

Magellan Complete Care of Arizona (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 21315,
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 AZ (HMO SNP)
1-800-424-4509 (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.mccofaz.com/dsnp

Magellan Complete Care of Arizona (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 Arizona (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 AZ (HMO SNP)?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por MCC of AZ (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 AZ (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 AZ (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 AZ (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 AZ (HMO SNP), comuníquese con Servicios al Miembros. 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.mccofaz.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 120. 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 AZ (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 AZ (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 envíemos 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 AZ (HMO SNP)?" 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 AZ (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 AZ (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 AZ (HMO SNP)?

Puede solicitar a MCC of AZ (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. Despues 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 AZ (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 AZ (HMO SNP)

El formulario a continuación brinda información de cobertura sobre los medicamentos cubiertos por MCC of AZ (HMO SNP). Si tiene dificultades para encontrar su medicamento en la lista, utilice el índice que comienza en la página 120.

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 AZ (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_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Analgesics		
Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs		
<i>celecoxib</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac potassium</i>	1	
<i>diclofenac 1.5% topical soln</i>	1	PA
<i>diclofenac sodium 1% gel</i>	1	QL (1000 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium (dr 25 mg tab, dr 50 mg tab, dr 75 mg tab, ec 25 mg tab, ec 50 mg tab, ec 75 mg tab)</i>	1	
<i>diclofenac sodium er</i>	1	
<i>diflunisal</i>	1	
<i>ec-naproxen</i>	1	
<i>etodolac (200 mg capsule, 300 mg capsule, 400 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	1	
<i>fenoprofen 600 mg tablet</i>	1	
<i>flurbiprofen</i>	1	
<i>ibu</i>	1	
<i>ibuprofen (100 mg/5 ml 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 (15 mg/ml syringe, 15 mg/ml vial, 30 mg/ml carpject, 30 mg/ml isecure syr, 30 mg/ml syringe, 30 mg/ml vial, 60 mg/2 ml carpject, 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_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>ketorolac 10 mg tablet</i>	1	QL (20 PER 30 OVER TIME)
<i>meclofenamate sodium</i>	1	
<i>mefenamic acid</i>	1	
<i>meloxicam (7.5 mg tablet, 15 mg tablet)</i>	1	
<i>nabumetone</i>	1	
<i>naproxen (250 mg tablet, 375 mg tablet, dr 375 mg tablet, 500 mg kit, 500 mg tablet, dr 500 mg tablet)</i>	1	
<i>naproxen sodium (275 mg tab, 550 mg tab)</i>	1	
<i>naproxen-esomeprazole mag</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>oxaprozin</i>	1	
<i>piroxicam</i>	1	
<i>SPRIX</i>	1	QL (5 PER 30 OVER TIME)
<i>sulindac</i>	1	
<i>tolmetin sodium (400 mg cap, 600 mg tab)</i>	1	

Opioid Analgesics, Long-acting

<i>EMBEDA</i>	1
<i>fentanyl</i>	1
<i>INFUMORPH</i>	1
<i>methadone hcl (5 mg/5 ml solution, hcl 5 mg tablet, 10 mg/5 ml solution, 10 mg/ml oral conc, hcl 10 mg tablet, hcl 10 mg/ml vial, hcl 200 mg/20 ml vl)</i>	1
<i>methadone intensol</i>	1
<i>METHADOSE</i>	1
<i>mitigo</i>	1

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>morphine sulfate er (sulf er 15 mg tablet, sulf er 30 mg tablet, sulf er 60 mg tablet, sulf er 100 mg tablet, sulf er 200 mg tablet, sulfate er 10 mg cap, sulfate er 20 mg cap, sulfate er 30 mg cap, sulfate er 40 mg cap, sulfate er 50 mg cap, sulfate er 60 mg cap, sulfate er 80 mg cap, sulfate er 100 mg cap)</i>	1	
<i>oxymorphone hcl er</i>	1	
<i>XTAMPZA ER</i>	1	

Opioid Analgesics, Short-acting

ABSTRAL (400 MCG TAB, 600 MCG TAB, 800 MCG TAB)	1	PA
<i>acetaminophen-codeine (acetamin-codein 300-30 mg/12.5, acetaminop-codeine 120-12 mg/5, acetaminophen-cod #2 tablet, acetaminophen-cod #3 tablet, acetaminophen-cod #4 tablet)</i>	1	
<i>butorphanol 10 mg/ml spray</i>	1	
<i>codeine sulfate</i>	1	
<i>endocet</i>	1	
<i>fentanyl citrate (50 mcg/ml vial, 100 mcg/2 ml ampul, 100 mcg/2 ml carpuct, 100 mcg/2 ml syringe, 100 mcg/2 ml vial, 250 mcg/5 ml ampul, 250 mcg/5 ml vial, 500 mcg/10 ml vial, 1,000 mcg/20 ml vial, 2,500 mcg/50 ml vial)</i>	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_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>fentanyl citrate (cit 100 mcg buccal tb, cit 200 mcg buccal tb, cit 400 mcg buccal tb, cit 600 mcg buccal tb, cit 800 mcg buccal tb, cit oftc 1,200 mcg, cit oftc 1,600 mcg, citrate oftc 200 mcg, citrate oftc 400 mcg, citrate oftc 600 mcg, citrate oftc 800 mcg)</i>	1	PA
<i>hydrocodone-acetaminophen (hydrocodone-acetamin 2.5-108/5, hydrocodone-acetamin 5-217/10, hydrocodone-acetamin 5-300 mg, hydrocodone-acetamin 5-325 mg, hydrocodone-acetamin 7.5-300, hydrocodone-acetamin 7.5-325, hydrocodone-acetamin 10-300 mg, hydrocodone-acetamin 10-325 mg, hydrocodone-acetamin 7.5-325/15)</i>	1	
<i>hydromorphone hcl (0.5 mg/0.5 ml, 1 mg/ml carpujct, 1 mg/ml solution, 1 mg/ml syringe, 1 mg/ml vial, hcl 1 mg/ml amp, 2 mg tablet, 2 mg/ml carpujct, 2 mg/ml isecure, 2 mg/ml syringe, 2 mg/ml vial, hcl 2 mg/ml amp, 4 mg tablet, 4 mg/ml carpujct, hcl 4 mg/ml amp, 5 mg/5 ml soln, 8 mg tablet, 10 mg/ml ampule, 10 mg/ml vial, 50 mg/5 ml amp, 50 mg/5 ml vial, 500 mg/50 ml vl)</i>	1	
LAZANDA (100 MCG SPRAY, 400 MCG SPRAY)	1	PA
<i>lorcet</i>	1	
<i>lorcet hd</i>	1	
<i>lorcet plus</i>	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>morphine sulfate (2 mg/ml syringe, sulfate 2 mg/ml vial, 4 mg/ml carpject, 4 mg/ml isecure syr, 4 mg/ml syringe, 5 mg/10 ml vial, 5 mg/ml syringe, 8 mg/ml carpject, 8 mg/ml isecure syr, 10 mg/10 ml vial, 10 mg/ml carpject, 10 mg/ml isecure syr, 10 mg/ml syringe, sulf 10 mg/5 ml soln, sulf 20 mg/5 ml soln, sulf 100 mg/5 ml conc, sulfate ir 15 mg tab, sulfate ir 30 mg tab)</i>	1	
<i>morphine sulfate (1 mg/ml vial, 4 mg/ml vial, 5 mg/ml vial, 8 mg/ml vial, 10 mg/ml vial)</i>	1	PA - Part B vs D Determination
OXAYDO	1	
<i>oxycodone hcl ((ir) 5 mg cap, (ir) 5 mg tablet, 5 mg/5 ml soln, (ir) 10 mg tab, (ir) 15 mg tab, (ir) 20 mg tab, (ir) 30 mg tab, 100 mg/5 ml conc)</i>	1	
oxycodone hcl-aspirin	1	
oxycodone hcl-ibuprofen	1	
<i>oxycodone-acetaminophen (oxycodone-acetaminophen 5-325, oxycodone-acetaminophen 10-325, oxycodone-acetaminophen 2.5-325, oxycodone-acetaminophen 7.5-325)</i>	1	
tramadol hcl	1	
tramadol hcl-acetaminophen	1	

Anesthetics

Local Anesthetics

aprizio pak	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
dermacinx empricaine	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_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>dermacinrx prizopak</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glydo</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine 5% patch</i>	1	PA
<i>lidocaine 5% ointment</i>	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine hcl (jel urojet ac, jelly, jelly uro-jet)</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine hcl 4% solution</i>	1	PA, QL (250 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine-prilocaine</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents

Alcohol Deterrents/Anti-craving

<i>acamprosate calcium</i>	1
<i>disulfiram</i>	1
<i>naltrexone hcl</i>	1
VIVITROL	1

Opioid Dependence

<i>buprenorphine hcl (2 mg tablet, 8 mg tablet)</i>	1
<i>buprenorphine-naloxone (2-0.5mg fm, 8-2 mg tab, 8-2mg film)</i>	1
<i>buprenorphine-naloxone (4-1mg film, 12-3mg flm)</i>	1
<i>buprenorphine-nalox 2-0.5mg tb</i>	1
LUCEMYRA	1

Opioid Reversal Agents

<i>naloxone hcl (0.4 mg/ml carpuject, 0.4 mg/ml vial, 2 mg/2 ml syringe, 4 mg/10 ml vial)</i>	1
NARCAN	1

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Smoking Cessation Agents		
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</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	1	QL (2688 PER 365 OVER TIME)
NICOTROL NS	1	QL (360 PER 365 OVER TIME)
<i>varenicline tartrate</i>	1	QL (504 PER 365 OVER TIME)

Antibacterials

Aminoglycosides

<i>amikacin sulfate</i>	1	
<i>gentamicin sulfate (0.1% cream, 0.1% ointment, ped 20 mg/2 ml vial, 80 mg/2 ml vial, 800 mg/20 ml vial)</i>	1	
<i>neomycin sulfate</i>	1	
<i>paromomycin sulfate</i>	1	
<i>streptomycin sulfate</i>	1	
<i>tobramycin 300 mg/4 ml ampule</i>	1	PA - Part B vs D Determination
<i>tobramycin sulfate (1.2 gm vial, 1.2 gram/30 ml vial, 10 mg/ml vial, 40 mg/ml vial, 80 mg/2 ml vial, 1,200 mg/30 ml vial)</i>	1	

Antibacterials, Other

<i>aztreonam</i>	1	
CLEOCIN 100 MG VAGINAL OVULE	1	
<i>clindacin etz</i>	1	
<i>clindacin p</i>	1	
<i>clindamycin (pediatric)</i>	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>clindamycin hcl</i>	1	
<i>clindamycin phosphate (2% vaginal cream, ph 9 g/60 ml vial, 300 mg/2 ml addvan, ph 300 mg/2 ml vl, 600 mg/4 ml addvan, ph 600 mg/4 ml vl, 900 mg/6 ml addvan, ph 900 mg/6 ml vl, phos 1% pledge)</i>	1	
<i>colistimethate</i>	1	
<i>daptomycin</i>	1	
IMPAVIDO	1	
<i>linezolid 100 mg/5 ml susp</i>	1	QL (1800 PER 28 DAYS)
<i>linezolid 600 mg tablet</i>	1	QL (56 PER 28 DAYS)
<i>linezolid-d5w</i>	1	
<i>methenamine hippurate</i>	1	
<i>metronidazole (vaginal 0.75% gl, 250 mg tablet, 500 mg tablet, 500 mg/100 ml)</i>	1	
<i>nitrofurantoin (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	1	
<i>nitrofurantoin mono-macro</i>	1	
<i>polymyxin b sulfate</i>	1	
SIVEXTRO 200 MG TABLET	1	QL (6 PER 30 OVER TIME)
<i>tinidazole</i>	1	
<i>trimethoprim</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 gm add-van vial, 1 gm vial, 250 mg/5 ml soln, hcl 250 mg vial, 500 mg add-van vial, 500 mg vial, 750 mg add-van vial, hcl 750 mg vial)</i>	1	
VANDAZOLE	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
XENLETA 600 MG TABLET	1	
Beta-lactam, Cephalosporins		
cefaclor (250 mg capsule, 500 mg capsule)	1	
cefadroxil (1 gm tablet, 250 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 500 mg/5 ml susp)	1	
cefazolin sodium (1 gm add-van vial, 1 gm vial, 500 mg vial)	1	
cefdinir (125 mg/5 ml susp, 250 mg/5 ml susp, 300 mg capsule)	1	
cefpime hcl (1 gm vial, 2 gram vial)	1	
cefixime (100 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 400 mg capsule)	1	
cefotaxime sodium 1 gm vial	1	
cefotetan (1 gm vial, 2 gm vial)	1	
cefoxitin	1	
cefpodoxime proxetil (50 mg/5 ml susp, 100 mg tablet, 100 mg/5 ml susp, 200 mg tablet)	1	
cefprozil (125 mg/5 ml susp, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml susp, 500 mg tablet)	1	
ceftazidime (1 gm vial, 2 gm vial, 6 gm vial)	1	
ceftriaxone (1 gm add-vant vial, 1 gm vial, 2 gm add vial, 2 gm vial, 250 mg vial, 500 mg vial)	1	
cefuroxime	1	
cefuroxime sodium	1	
cephalexin (125 mg/5 ml susp, 250 mg capsule, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml susp, 500 mg capsule)	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
FETROJA	1	
SUPRAX (100 MG TABLET CHEWABLE, 200 MG TABLET CHEWABLE, 500 MG/5 ML SUSPENSION)	1	
<i>tazicef (1 gm add-vantage vial, 1 gram vial, 2 gm add-vantage vial, 2 gram vial, 6 gram vial)</i>	1	
TEFLARO	1	
Beta-lactam, Penicillins		
<i>amoxicillin (125 mg tab chew, 125 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 250 mg capsule, 250 mg tab chew, 250 mg/5 ml susp, 400 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 500 mg tablet, 875 mg tablet)</i>	1	
<i>amoxicillin-clavulanate pot er</i>	1	
<i>amoxicillin-clavulanate potass (200-28.5 mg tab chew, 200-28.5 mg/5 ml sus, 250-125 mg tablet, 250-62.5 mg/5 ml sus, 400-57 mg tab chew, 400-57 mg/5 ml susp, 500-125 mg tablet, 600-42.9 mg/5 ml sus, 875-125 mg tablet)</i>	1	
<i>ampicillin sodium (1 gm add-vantage vl, 1 gm vial)</i>	1	
<i>ampicillin 500 mg capsule</i>	1	
<i>ampicillin-sulbactam (ampicillin-sulb 1.5 g add vial, ampicillin-sulb 3 gm add vial, ampicillin-sulbactam 1.5 gm vl, ampicillin-sulbactam 3 gm vial, ampicillin-sulbactam 15 gm vl)</i>	1	
BICILLIN C-R	1	
BICILLIN L-A	1	
<i>dicloxacillin sodium</i>	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>nafcillin</i>	1	
<i>nafcillin sodium (1 gm add-van vial, 1 gm vial, 2 gm add-vant vial, 2 gm vial, 10 gm bulk vial)</i>	1	
<i>penicillin g sodium</i>	1	
<i>penicillin v potassium (125 mg/5 ml soln, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml soln, 500 mg tablet)</i>	1	
<i>piperacillin-tazobactam (piperacil-tazo 2.25 gm add vl, piperacil-tazo 3.375 gm add vl, piperacil-tazo 4.5 gm add vial, piperacil-tazobact 2.25 gm vl, piperacil-tazobact 3.375 gm vl, piperacil-tazobact 4.5 gm vial, piperacil-tazobact 13.5 gm vl, piperacil-tazobact 40.5 gram)</i>	1	

Carbapenems

<i>ertapenem</i>	1
<i>imipenem-cilastatin sodium</i>	1
<i>meropenem</i>	1

Macrolides

<i>azithromycin (1 gm pwd packet, 100 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 250 mg tablet, 500 mg add-van vl, 500 mg tablet, 600 mg tablet, i.v. 500 mg vial)</i>	1
<i>clarithromycin (125 mg/5 ml sus, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml sus, 500 mg tablet)</i>	1
<i>clarithromycin er</i>	1
<i>DIFICID (40 MG/ML SUSPENSION, 200 MG TABLET)</i>	1
<i>ERYPED 400</i>	1
<i>ERYTHROGIN STEARATE</i>	1

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>erythromycin (250 mg filmtab, dr 250 mg cap, dr 250 mg tablet, dr 333 mg tablet, 500 mg filmtab, dr 500 mg tablet)</i>	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate (200 mg/5 ml susp, 400 mg/5 ml susp, es 400 mg tab)</i>	1	
Quinolones		
BAXDELA 450 MG TABLET	1	
<i>ciprofloxacin 500 mg/5 ml susp</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl (100 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	1	
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml-d5w</i>	1	
<i>levofloxacin (25 mg/ml solution, 250 mg tablet, 500 mg tablet, 500 mg/20 ml vial, 750 mg tablet, 750 mg/30 ml vial)</i>	1	
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl</i>	1	
<i>ofloxacin (300 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	1	
Sulfonamides		
<i>sulfadiazine</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (ds tablet, ss tablet, susp)</i>	1	
Tetracyclines		
<i>demeclercycline hcl</i>	1	
<i>doxy 100</i>	1	
<i>doxycycline hydiate (50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg tab, 100 mg vial)</i>	1	
<i>doxycycline ir-dr</i>	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>doxycycline monohydrate (25 mg/5 ml susp, mono 50 mg cap, mono 50 mg tablet, mono 100 mg cap, mono 100 mg tablet)</i>	1	
<i>minocycline hcl (50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	1	
<i>monodoxine nl 100 mg capsule</i>	1	
<i>morgidox 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</i>	1	
<i>tetracycline hcl</i>	1	
<i>VIBRAMYCIN 50 MG/5 ML SYRUP</i>	1	

Anticonvulsants

Anticonvulsants, Other

<i>BRIVIACT (10 MG TABLET, 10 MG/ML ORAL SOLN, 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 75 MG TABLET, 100 MG TABLET)</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>EPIDIOLEX</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>felbamate (400 mg tablet, 600 mg tablet, 600 mg/5 ml susp)</i>	1	
<i>FINTEPLA</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>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)</i>	1	
<i>lamotrigine (5 mg disper tablet, 25 mg disper tab, 25 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 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_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>lamotrigine (blue)</i>	1	
<i>lamotrigine (green)</i>	1	
<i>lamotrigine (orange)</i>	1	
<i>lamotrigine odt (orange)</i>	1	
<i>levetiracetam (100 mg/ml soln, 250 mg tablet, 500 mg tablet, 500 mg/5 ml soln, 750 mg tablet, 1,000 mg tablet, 1000 mg/10 ml)</i>	1	
<i>levetiracetam er</i>	1	
NAYZILAM	1	QL (10 PER 30 OVER TIME)
<i>roweepra</i>	1	
<i>roweepra xr</i>	1	
SPRITAM	1	
<i>subvenite</i>	1	
<i>subvenite (blue)</i>	1	
<i>subvenite (green)</i>	1	
<i>subvenite (orange)</i>	1	
<i>topiramate (15 mg sprinkle cap, 25 mg sprinkle cap, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	1	
<i>valproic acid (250 mg capsule, 250 mg/5 ml soln, 500 mg/10 ml sol)</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

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Calcium Channel Modifying Agents		
CELONTIN	1	
<i>ethosuximide (250 mg capsule, 250 mg/5 ml soln)</i>	1	
Gamma-aminobutyric Acid (GABA) Augmenting Agents		
<i>clobazam (2.5 mg/ml suspension, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	1	
<i>clonazepam (0.125 mg dis tab, 0.125 mg odt, 0.25 mg odt, 0.5 mg dis tablet, 0.5 mg odt, 0.5 mg tablet, 1 mg dis tablet, 1 mg odt, 1 mg tablet)</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>clonazepam (2 mg odt, 2 mg tablet)</i>	1	QL (300 PER 30 DAYS)
<i>DIACOMIT (250 MG CAPSULE, 250 MG POWDER PACKET, 500 MG CAPSULE, 500 MG POWDER PACKET)</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>diazepam (2.5 mg gel sys, 10 mg gel syst, 20 mg gel syst)</i>	1	
<i>divalproex sodium (dr 125 mg cap sprnk, dr 125 mg cp(sprnk), sod dr 125 mg tab, sod dr 250 mg tab, sod dr 500 mg tab)</i>	1	
<i>divalproex sodium er</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/5 ml soln, 300 mg/6 ml soln)</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)

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>phenobarbital (15 mg tablet, 16.2 mg tablet, 20 mg/5 ml elix, 20 mg/5 ml soln, 30 mg tablet, 30 mg/7.5 ml sol, 32.4 mg tablet, 60 mg tablet, 60 mg/15 ml soln, 64.8 mg tablet, 97.2 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>phenobarbital sodium</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>primidone</i>	1	
<i>SYMPAZAN</i>	1	
<i>tiagabine hcl</i>	1	
<i>VALTOCO</i>	1	QL (10 PER 30 OVER TIME)
<i>vigabatrin (500 mg powder packt, 500 mg tablet)</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadron</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY

Sodium Channel Agents

<i>APTIOM</i>	1
<i>BANZEL (40 MG/ML SUSPENSION, 200 MG TABLET, 400 MG TABLET)</i>	1
<i>carbamazepine (100 mg tab chew, 100 mg/5 ml susp, 200 mg tablet, 200 mg/10ml susp)</i>	1
<i>carbamazepine er (er 100 mg cap, er 100 mg tablet, er 200 mg cap, er 200 mg tablet, er 300 mg cap, er 400 mg tablet)</i>	1
<i>DILANTIN 30 MG CAPSULE</i>	1
<i>epitol</i>	1
<i>oxcarbazepine (150 mg tablet, 300 mg tablet, 300 mg/5 ml susp, 600 mg tablet)</i>	1
<i>PEGANONE</i>	1
<i>phenytoin (50 mg infatab, 50 mg infatab chew, 50 mg tablet chew, 100 mg/4 ml susp, 125 mg/5 ml susp)</i>	1

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>phenytoin sodium extended</i>	1	
<i>rufinamide (40 mg/ml suspension, 200 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	1	
<i>VIMPAT (10 MG/ML SOLUTION, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)</i>	1	
<i>zonisamide</i>	1	

Antidementia Agents

Antidementia Agents, Other

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

Cholinesterase Inhibitors

<i>donepezil hcl</i>	1	
<i>donepezil hcl odt</i>	1	
<i>galantamine er</i>	1	
<i>galantamine hbr</i>	1	
<i>galantamine hydrobromide</i>	1	
<i>rivastigmine (1.5 mg capsule, 3 mg capsule, 4.5 mg capsule, 4.6 mg/24hr patch, 6 mg capsule, 9.5 mg/24hr patch, 13.3 mg/24hr ptch)</i>	1	

N-methyl-D-aspartate (NMDA) Receptor Antagonist

<i>memantine hcl (hcl 2 mg/ml solution, 5-10 mg titration pk, hcl 5 mg tablet, hcl 10 mg tablet)</i>	1	
<i>memantine hcl er</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_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Antidepressants		
Antidepressants, Other		
<i>bupropion hcl</i>	1	
<i>bupropion hcl sr 100 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl sr 200 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl sr 150mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl xl 150 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl xl 300 mg tablet</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>chlordiazepoxide-amitriptyline</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>maprotiline hcl</i>	1	
<i>mirtazapine (7.5 mg tablet, 15 mg odt, 15 mg tablet, 30 mg odt, 30 mg tablet, 45 mg odt, 45 mg tablet)</i>	1	
<i>perphenazine-amitriptyline</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRAVATO (56 MG PACK, 84 MG PACK)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
Monoamine Oxidase Inhibitors		
<i>EMSAM</i>	1	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>MARPLAN</i>	1	
<i>phenelzine sulfate</i>	1	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	1	
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor		
<i>citalopram hbr (10 mg tablet, 10 mg/5 ml soln, 20 mg tablet, 20 mg/10 ml sol, 40 mg tablet)</i>	1	
<i>desvenlafaxine succinate er (er 25 mg, er 50 mg)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>desvenlafaxine succnt er 100mg</i>	1	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_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
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 (dr 20 mg cap, dr 60 mg cap)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>duloxetine hcl (dr 30 mg cap, dr 40 mg cap)</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>escitalopram oxalate (5 mg tablet, oxalate 5 mg/5 ml, 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 (hcl 10 mg capsule, hcl 10 mg tablet, 20 mg/5 ml solution, hcl 20 mg capsule, hcl 20 mg tablet, hcl 40 mg capsule)</i>	1	
<i>fluvoxamine maleate</i>	1	
<i>nefazodone hcl</i>	1	
<i>paroxetine cr</i>	1	
<i>paroxetine er</i>	1	
<i>paroxetine hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	1	
<i>paroxetine mesylate</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
PAXIL 10 MG/5 ML SUSPENSION	1	
<i>sertraline hcl (20 mg/ml oral conc, hcl 25 mg tablet, hcl 50 mg tablet, hcl 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_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>trazodone hcl</i>	1	
TRINTELLIX	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl</i>	1	
<i>venlafaxine hcl er (er 37.5 mg cap, er 37.5 mg tab, er 75 mg cap, er 75 mg tab, er 150 mg cap, er 150 mg tab, er 225 mg tab)</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</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>amoxapine</i>	1	
<i>clomipramine hcl</i>	1	
<i>desipramine hcl</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
<i>imipramine hcl</i>	1	
<i>nortriptyline hcl (10 mg/5 ml soln, hcl 10 mg cap, hcl 25 mg cap, hcl 50 mg cap, hcl 75 mg cap)</i>	1	
<i>protriptyline hcl</i>	1	
<i>trimipramine maleate</i>	1	
Antiemetics		
Antiemetics, Other		
<i>compro</i>	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>doxylamine succ-pyridoxine hcl</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>meclizine hcl (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	1	
<i>phenadoz</i>	1	PA
<i>prochlorperazine</i>	1	
<i>prochlorperazine 10 mg/2 ml vl</i>	1	
<i>prochlorperazine maleate</i>	1	
<i>promethazine hcl (6.25 mg/5 ml soln, 6.25 mg/5 ml syrup, 12.5 mg suppos, 12.5 mg tablet, 25 mg suppository, 25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	1	
<i>promethegan (25 mg, 50 mg)</i>	1	
<i>promethegan 12.5 mg suppos</i>	1	PA
<i>scopolamine</i>	1	

Emetogenic Therapy Adjuncts

<i>AKYNZEO 300-0.5 MG CAPSULE</i>	1	PA - Part B vs D Determination, QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>aprepitant 125-80-80 mg pack</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</i>	1	PA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
<i>EMEND 125 MG POWDER PACKET</i>	1	PA - Part B vs D Determination, QL (6 PER 30 OVER TIME)
<i>gransetron hcl 1 mg tablet</i>	1	PA - Part B vs D Determination, QL (30 PER 30 OVER TIME)
<i>ondansetron 4 mg/5 ml solution</i>	1	PA - Part B vs D Determination, QL (450 PER 30 DAYS)

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<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)
<i>ondansetron odt</i>	1	PA - Part B vs D Determination
SANCUSO	1	QL (2 PER 30 OVER TIME)
SYNDROS	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

Antifungals

ABELCET	1	PA - Part B vs D Determination
AMBISOME	1	PA - Part B vs D Determination
<i>amphotericin b</i>	1	PA - Part B vs D Determination
<i>caspofungin acetate</i>	1	
<i>clotrimazole (1% top cream grx, 1% topical cream, cvs 1% top cream, qc 1% top cream, sm 1% top cream, 10 mg troche)</i>	1	
CRESEMBA 186 MG CAPSULE	1	
<i>econazole nitrate</i>	1	
<i>fluconazole (10 mg/ml susp, 40 mg/ml susp, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	1	
<i>fluconazole-nacl (200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml)</i>	1	
<i>flucytosine</i>	1	
<i>griseofulvin (125 mg/5 ml susp, micro 500 mg tab)</i>	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	1	
<i>itraconazole (10 mg/ml solution, 100 mg capsule)</i>	1	PA
JUBLIA	1	
<i>ketoconazole (2% cream, 2% shampoo, 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_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>miconazole 3 200 mg vag supp</i>	1	
<i>naftifine hcl (1% cream, 1% gel, 2% cream)</i>	1	
NOXAFIL 40 MG/ML SUSPENSION	1	
<i>nyamyc</i>	1	
<i>nystatin (100,000 unit/gm cream, 100,000 unit/gm oint, 100,000 unit/gm powd, 100,000 unit/ml susp, 500,000 unit oral tab, 500,000 unit/5 ml sus)</i>	1	
<i>nystop</i>	1	
<i>posaconazole dr 100 mg tablet</i>	1	
<i>terbinafine hcl</i>	1	QL (84 PER 180 OVER TIME)
<i>terconazole (0.4% cream, 0.8% cream, 80 mg suppository)</i>	1	
TOLSURA	1	PA
<i>voriconazole (40 mg/ml susp, 50 mg tablet, 200 mg tablet, 200 mg vial)</i>	1	

Antigout Agents

<i>allopurinol</i>	1	
<i>colchicine (0.6 mg capsule, 0.6 mg tablet)</i>	1	
<i>febuxostat</i>	1	
GLOPERBA	1	ST
<i>probenecid</i>	1	
<i>probenecid-colchicine</i>	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Antimigraine Agents		
Ergot Alkaloids		
<i>dihydroergotamine 1 mg/ml amp</i>	1	PA
<i>dihydroergotamine 4 mg/ml spry</i>	1	PA, QL (8 PER 30 OVER TIME)
ERGOMAR	1	
<i>ergotamine-caffeine</i>	1	
<i>migergot</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)
AIMOVIG AUTOINJECTOR (2 PACK)	1	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
EMGALITY 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	1	PA, QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>timolol maleate (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	1	
UBRELVY	1	PA, QL (16 PER 30 OVER TIME)
Serotonin (5-HT) Receptor Agonist		
<i>eletiptan hbr</i>	1	QL (12 PER 30 OVER TIME)
<i>frovatriptan succinate</i>	1	QL (12 PER 30 OVER TIME)
<i>naratriptan hcl</i>	1	QL (9 PER 30 OVER TIME)
<i>rizatriptan (5 mg odt, 5 mg tablet, 10 mg odt, 10 mg tablet)</i>	1	QL (18 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_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>sumatriptan</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/0.5 ml cart, 4 mg/0.5 ml inject, 6 mg/0.5 ml cart, 6 mg/0.5 ml inject, 6 mg/0.5 ml syrng, 6 mg/0.5 ml vial)</i>	1	QL (5 PER 30 OVER TIME)
TOSYMRA	1	QL (12 PER 30 OVER TIME)
<i>zolmitriptan (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	1	QL (12 PER 30 OVER TIME)

Antimyasthenic Agents

Parasympathomimetics

<i>guanidine hcl</i>	1
<i>pyridostigmine bromide (60 mg/5 ml soln, br 60 mg tablet)</i>	1
<i>pyridostigmine bromide er</i>	1

Antimycobacterials

Antimycobacterials, Other

<i>dapsone (25 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1
<i>rifabutin</i>	1

Antituberculars

<i>ethambutol hcl</i>	1
<i>isoniazid (50 mg/5 ml solution, 100 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	1
<i>PASER</i>	1
<i>PRIFTIN</i>	1
<i>pyrazinamide</i>	1

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>rifampin (150 mg capsule, 300 mg capsule, iv 600 mg vial)</i>	1	
SIRTURO	1	
TRECATOR	1	

Antineoplastics

Alkylating Agents

<i>cyclophosphamide (25 mg capsule, 50 mg capsule)</i>	1	PA - Part B vs D Determination
GLEOSTINE	1	
<i>ifosfamide 3 gm vial</i>	1	
LEUKERAN	1	
MATULANE	1	
<i>thiotepa 100 mg vial</i>	1	
VALCHLOR	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZEPZELCA	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY

Antiandrogens

<i>abiraterone acetate</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bicalutamide</i>	1	
ERLEADA	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>flutamide</i>	1	
<i>nilutamide</i>	1	
NUBEQA	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI (40 MG CAPSULE, 40 MG TABLET, 80 MG TABLET)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
YONSA	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYTIGA 500 MG TABLET	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY

Antiangiogenic Agents

FOTIVDA	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_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
POMALYST	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
QINLOCK	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVLIMID	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABRECTA	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (120 PER 30 DAYS)
THALOMID	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
Antiestrogens/Modifiers		
EMCYT	1	
SOLTAMOX	1	
<i>tamoxifen citrate</i>	1	
<i>toremifene citrate</i>	1	
Antimetabolites		
<i>adrucil</i>	1	PA - Part B vs D Determination
<i>cytarabine</i>	1	PA - Part B vs D Determination
DROXIA	1	
<i>fluorouracil (1 gram/20 ml vial, 2.5 gram/50 ml vial, 5 gram/100 ml vial, 500 mg/10 ml vial)</i>	1	PA - Part B vs D Determination
<i>hydroxyurea</i>	1	
<i>mercaptopurine</i>	1	
PURIXAN	1	
SIKLOS	1	PA
TABLOID	1	
Antineoplastics, Other		
<i>bleomycin sulfate</i>	1	PA - Part B vs D Determination
<i>daunorubicin hcl (20 mg/4 ml vial, 50 mg/10 ml vial)</i>	1	
GAVRETO	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE (75 MG TABLET, 100 MG TABLET, 125 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_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
IDHIFA	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (30 PER 30 DAYS)
INREBIC	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA CO-PACK	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
LONSURF	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
NINLARO	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ONUREG	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEMAZYRE	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (30 PER 30 DAYS)
PHESGO	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROMIDEPSIN 27.5 MG/5.5 ML VIAL	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SYNRIBO	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAZVERIK	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
TRUSELTIQ	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
TUKYSA	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vinorelbine tartrate</i>	1	
XPOVIO	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZOLINZA	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY

Aromatase Inhibitors, 3rd Generation

<i>anastrozole</i>	1
<i>exemestane</i>	1
<i>letrozole</i>	1

Enzyme Inhibitors

<i>etoposide (100 mg/5 ml vial, 500 mg/25 ml vial, 1,000 mg/50 ml vial)</i>	1
<i>irinotecan hcl (40 mg/2 ml vial, 500 mg/25 ml v)</i>	1

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
toposar	1	
Molecular Target Inhibitors		
AFINITOR 10 MG TABLET	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (30 PER 30 DAYS)
AFINITOR DISPERZ	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALECensa	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	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (30 PER 30 DAYS)
BALVERSA	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRAFTOVI	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
CABOMETYX	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALQUENCE	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	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
COPIKTRA	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
COTELLIC	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERIVEDGE	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
erlotinib hcl	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 7.5 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_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
FARYDAK	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
GILOTrif	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
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</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	PA - FOR NEW STARTS ONLY
INQOVI	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
IRESSA	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	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>lapatinib</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYNPARZA	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKTOVI	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_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
NERLYNX	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (180 PER 30 DAYS)
NEXAVAR	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ODOMZO	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
RUBRACA	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
RYDAPT	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRYCEL	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
STIVARGA	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SUTENT	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR	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	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
TASIGNA	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
TEPMETKO	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
TIBSOVO	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
TURALIO	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
TYKERB	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
UKONIQ	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA STARTING PACK	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI (20 MG/ML SOLUTION, 25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIZIMPRO	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_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VOTRIENT	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
WELIREG	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
XOSPATA	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZEJULA	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZELBORAF	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYDELIG	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	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
DARZALEX FASPRO	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
HERCEPTIN 150 MG VIAL	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
HERCEPTIN HYLECTA	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
MVASI	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ONTRUZANT	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
RITUXAN	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
RITUXAN HYCELA	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
RUXIENCE	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SARCLISA	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
TRODELVY	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZIRABEV	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY

Retinoids

<i>bexarotene</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
PANRETIN	1	
TARGRETIN 1% GEL	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tretinoin 10 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_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Treatment Adjuncts		
<i>leucovorin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab, 50 mg vial, 100 mg vial, 200 mg vial, 350 mg vial, 500 mg vial)</i>	1	
<i>leucovorin calcium (100 mg/10 ml vial, 500 mg/50 ml vial)</i>	1	PA - Part B vs D Determination
MESNEX 400 MG TABLET	1	
Antiparasitics		
Anthelmintics		
<i>albendazole</i>	1	
<i>ivermectin 3 mg tablet</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>praziquantel</i>	1	
Antiprotozoals		
<i>ALINIA (100 MG/5 ML SUSPENSION, 500 MG TABLET)</i>	1	
<i>atovaquone</i>	1	
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	1	
<i>benznidazole</i>	1	
<i>chloroquine phosphate</i>	1	
<i>COARTEM</i>	1	
<i>hydroxychloroquine 200 mg tab</i>	1	
<i>mefloquine hcl</i>	1	
<i>nitazoxanide</i>	1	
<i>pentamidine 300 mg vial</i>	1	
<i>pentamidine 300 mg inhal powdr</i>	1	PA - Part B vs D Determination
<i>primaquine</i>	1	
<i>pyrimethamine</i>	1	PA

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>quinine sulfate</i>	1	PA
Antiparkinson Agents		
Anticholinergics		
<i>benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	1	
<i>trihexyphenidyl hcl (2 mg tablet, 2 mg/5 ml soln, 5 mg tablet)</i>	1	
Antiparkinson Agents, Other		
<i>entacapone</i>	1	
<i>GOCOVRI</i>	1	PA
<i>tolcapone</i>	1	
Dopamine Agonists		
<i>APOKYN</i>	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tablet, 5 mg capsule)</i>	1	
<i>KYNMOBI (10 MG FILM, 15 MG FILM, 20 MG FILM, 25 MG FILM, 30 MG FILM)</i>	1	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>NEUPRO</i>	1	ST
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	1	
<i>ropinirole hcl</i>	1	
Dopamine Precursors and/or L-Amino Acid Decarboxylase Inhibitors		
<i>carbidopa</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa (carbidopa-levo 10-100 mg odt, carbidopa-levo 25-100 mg odt, carbidopa-levo 25-250 mg odt, carbidopa-levodopa 10-100 tab, carbidopa-levodopa 25-100 tab, carbidopa-levodopa 25-250 tab)</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa er</i>	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
INBRIJA	1	PA
RYTARY	1	ST
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors		
<i>rasagiline mesylate</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 amp, 25 mg/ml ampule, 30 mg/ml conc, 50 mg tablet, 50 mg/2 ml amp, 100 mg tablet, 100 mg/ml conc, 200 mg tablet)</i>	1	
<i>fluphenazine decanoate</i>	1	
<i>fluphenazine hcl (1 mg tablet, 2.5 mg tablet, 2.5 mg/5 ml elix, 2.5 mg/ml vial, 5 mg tablet, 5 mg/ml conc, 10 mg tablet)</i>	1	
<i>haloperidol</i>	1	
<i>haloperidol decanoate (dec 50 mg/ml vial, dec 100 mg/ml amp, dec 100 mg/ml vial, dec 250 mg/5 ml vial, dec 500 mg/5 ml vial, decan 50 mg/ml amp)</i>	1	
<i>haloperidol decanoate 100</i>	1	
<i>haloperidol lactate (2 mg/ml conc, 5 mg/ml ampul, 5 mg/ml syring, 5 mg/ml vial, 10 mg/5 ml cup, 50 mg/10 ml vial)</i>	1	
<i>loxpipine</i>	1	
<i>molindone hcl</i>	1	
<i>perphenazine</i>	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>pimozide</i>	1	
<i>thioridazine hcl</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>thiothixene</i>	1	
<i>trifluoperazine hcl</i>	1	
2nd Generation/Atypical		
ABILIFY MAINTENA (ER 300 MG SYR, ER 300 MG VL, ER 400 MG SYR, ER 400 MG VL)	1	
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 odt</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ARISTADA	1	
ARISTADA INITIO	1	
<i>asenapine maleate</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
CAPLYTA	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	1	
INVEGA TRINZA	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)
NUPLAZID (10 MG TABLET, 17 MG TABLET, 34 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_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>olanzapine (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>olanzapine 10 mg vial</i>	1	
<i>olanzapine odt</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>paliperidone er (er 1.5 mg tablet, er 3 mg tablet, er 9 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>paliperidone er 6 mg tablet</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
PERSERIS	1	
<i>quetiapine fumarate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab)</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>quetiapine fumarate (300 mg tab, 400 mg tab)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>quetiapine er 200 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>quetiapine fumarate er (er 50 mg tablet, er 150 mg tablet, er 300 mg tablet, er 400 mg tablet)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
REXULTI	1	QL (30 PER 30 DAYS)
RISPERDAL CONSTA	1	
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i>	1	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>risperidone (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>risperidone odt</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SAPHRIS	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SECUADO	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</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_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>ziprasidone mesylate</i>	1	
ZYPREXA RELPREVV	1	
Treatment-Resistant		
<i>clozapine (25 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1	QL (270 PER 30 DAYS)
<i>clozapine 200 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>clozapine 50 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>clozapine odt (odt 25 mg tablet, odt 100 mg tablet)</i>	1	QL (270 PER 30 DAYS)
<i>clozapine odt 12.5 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>clozapine odt 150 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>clozapine odt 200 mg tablet</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
VERSACLOZ	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 cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	1	
<i>tizanidine hcl (2 mg tablet, 4 mg tablet)</i>	1	
Antivirals		
Anti-HIV Agents, Integrase Inhibitors (INSTI)		
BIKTARVY	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DOVATO	1	QL (30 PER 30 DAYS)
GENVOYA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ISENTRESS (25 MG TABLET CHEW, 100 MG POWDER PACKET, 100 MG TABLET CHEW, 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_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ISENTRESS HD	1	
JULUCA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
STRIBILD	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TIVICAY	1	
TIVICAY PD	1	
Anti-HIV Agents, Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)		
ATRIPLA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
COMPLERA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
DELSTRIGO	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EDURANT	1	
<i>efavirenz (50 mg capsule, 200 mg capsule, 600 mg tablet)</i>	1	
<i>efavirenz-emtric-tenofovir disop</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz-lamivu-tenofovir disop</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>etravirine</i>	1	
INTELENCE	1	
<i>nevirapine (50 mg/5 ml susp, 200 mg tablet)</i>	1	
<i>nevirapine er</i>	1	
PIFELTRO	1	
SYMFI	1	QL (30 PER 30 DAYS)
SYMFI LO	1	QL (30 PER 30 DAYS)
Anti-HIV Agents, Nucleoside and Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)		
<i>abacavir (20 mg/ml solution, 300 mg tablet)</i>	1	
<i>abacavir-lamivudine</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
CIMDUO	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_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
DESCOVY	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>didanosine (dr 200 mg capsule, dr 250 mg capsule, dr 400 mg capsule)</i>	1	
<i>emtricitabine</i>	1	
<i>emtricitabine-tenofovir disop</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EMTRIVA (10 MG/ML SOLUTION, 200 MG CAPSULE)	1	
<i>lamivudine (10 mg/ml oral soln, 150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	1	
<i>lamivudine-zidovudine</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ODEFSEY	1	QL (30 PER 30 DAYS)
RETROVIR 200 MG/20 ML VIAL	1	
<i>stavudine</i>	1	
TEMIXYS	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	1	
TRIUMEQ	1	QL (30 PER 30 DAYS)
TRUVADA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VIDEX	1	
VIDEX EC 125 MG CAPSULE	1	
VIREAD (150 MG TABLET, 200 MG TABLET, 250 MG TABLET, POWDER)	1	
<i>zidovudine (50 mg/5 ml syrup, 100 mg capsule, 300 mg tablet)</i>	1	
Anti-HIV Agents, Other		
FUZEON	1	
RUKOBIA	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_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
TYBOST	1	
Anti-HIV Agents, Protease Inhibitors (PI)		
APTIVUS (100 MG/ML SOLUTION, 250 MG CAPSULE)	1	
<i>atazanavir sulfate</i>	1	
CRIXIVAN	1	
EVOTAZ	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fosamprenavir calcium</i>	1	
INVIRASE	1	
KALETRA (100-25 MG TABLET, 200-50 MG TABLET)	1	
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	1	
<i>lopinavir-ritonavir (lopinavir-ritonavir 80-20mg/ml, lopinavir-ritonavr 100-25mg tb, lopinavir-ritonavr 200-50mg tb)</i>	1	
NORVIR (80 MG/ML SOLUTION, 100 MG POWDER PACKET)	1	
PREZCOBIX	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</i>	1	
SYMTUZA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
VIRACEPT	1	
Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents		
<i>cidofovir</i>	1	
<i>ganciclovir sodium (500 mg vial, 500 mg/10 ml vial)</i>	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_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
PREVYMIS (240 MG TABLET, 240 MG/12 ML VIAL, 480 MG TABLET, 480 MG/24 ML VIAL)	1	
<i>valganciclovir hcl (hcl 50 mg/ml, 450 mg tablet)</i>	1	
Anti-hepatitis B (HBV) Agents		
<i>adefovir dipivoxil</i>	1	
BARACLUDÉ 0.05 MG/ML SOLUTION	1	QL (600 PER 30 DAYS)
<i>entecavir</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML SOLN	1	
<i>lamivudine 100 mg tablet</i>	1	
<i>lamivudine hbv</i>	1	
VEMLIDY	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</i>	1	PA, QL (84 PER 365 OVER TIME)
VOSEVI	1	PA, QL (84 PER 365 OVER TIME)
Anti-influenza Agents		
<i>amantadine (50 mg/5 ml solution, 100 mg capsule, 100 mg tablet, 100 mg/10 ml soln)</i>	1	
<i>oseltamivir phos 30 mg capsule</i>	1	QL (168 PER 365 OVER TIME)
<i>oseltamivir phos 45 mg capsule</i>	1	QL (84 PER 365 OVER TIME)
<i>oseltamivir phos 75 mg capsule</i>	1	QL (110 PER 365 OVER TIME)
<i>oseltamivir 6 mg/ml suspension</i>	1	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
<i>rimantadine hcl</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)

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
XOFLUZA 80 MG TABLET	1	QL (2 PER 365 OVER TIME)
Antiherpetic Agents		
<i>acyclovir (200 mg capsule, 200 mg/5 ml susp, 400 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	1	
<i>acyclovir sodium (500 mg/10 ml vial, 1,000 mg/20 ml vial)</i>	1	PA - Part B vs D Determination
<i>famciclovir</i>	1	
<i>valacyclovir</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
Anxiolytics		
Anxiolytics, Other		
<i>buspirone hcl</i>	1	
<i>hydroxyzine pamoate</i>	1	
Benzodiazepines		
<i>alprazolam (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam 2 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam er (er 0.5 mg tablet, er 1 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam er 2 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam er 3 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam xr (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam xr 2 mg tablet</i>	1	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam xr 3 mg tablet</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>chlordiazepoxide 10 mg capsule</i>	1	QL (900 PER 30 DAYS)
<i>chlordiazepoxide 25 mg capsule</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>chlordiazepoxide 5 mg capsule</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>clorazepate 15 mg tablet</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>clorazepate 3.75 mg tablet</i>	1	QL (720 PER 30 DAYS)
<i>clorazepate 7.5 mg tablet</i>	1	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>diazepam (5 mg/5 ml solution, 5 mg/ml oral conc, 10 mg/2 ml carpuject, 10 mg/2 ml syringe, 50 mg/10 ml vial)</i>	1	
<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>lorazepam 2 mg/ml oral concent</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 carpuject, 2 mg/ml syringe, 2 mg/ml vial, 4 mg/ml carpuject, 4 mg/ml vial, 20 mg/10 ml vial, 40 mg/10 ml vial)</i>	1	PA
<i>lorazepam intensol</i>	1	

Bipolar Agents

Mood Stabilizers

EQUETRO	1
<i>lithium</i>	1
<i>lithium carbonate (150 mg cap, 300 mg cap, 300 mg tab, 600 mg cap)</i>	1
<i>lithium carbonate er</i>	1

Blood Glucose Regulators

Antidiabetic Agents

acarbose	1
CYCLOSET	1

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
FARXIGA	1	
<i>glimepiride</i>	1	
<i>glipizide</i>	1	
<i>glipizide er</i>	1	
<i>glipizide xl</i>	1	
<i>glipizide-metformin</i>	1	
<i>glyburide</i>	1	
<i>glyburide micronized</i>	1	
<i>glyburide-metformin hcl</i>	1	
GLYXAMBI	1	
JANUMET	1	
JANUMET XR	1	
JANUVIA	1	
JARDIANCE	1	
JENTADUETO	1	
JENTADUETO XR	1	
<i>metformin hcl (500 mg tablet, 500 mg/5 ml soln, 850 mg tablet, 1,000 mg tablet)</i>	1	
<i>metformin hcl er</i>	1	
<i>nateglinide</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</i>	1	
<i>pioglitazone-glimepiride</i>	1	
<i>pioglitazone-metformin</i>	1	
<i>repaglinide</i>	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	1	PA
SYMLINPEN 60	1	PA
SYNJARDY	1	
SYNJARDY XR	1	
<i>tolazamide</i>	1	
TRADJENTA	1	
TRIJARDY XR	1	
TRULICITY	1	QL (2 PER 28 DAYS)
VICTOZA 2-PAK	1	QL (9 PER 30 DAYS)
VICTOZA 3-PAK	1	QL (9 PER 30 DAYS)
XIGDUO XR	1	

Glycemic Agents

diazoxide	1
GLUCAGEN	1
GLUCAGON EMERGENCY KIT	1
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	1
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	1
PROGLYCEM	1

Insulins

HUMALOG (100 UNIT/ML CARTRIDGE, 100 UNIT/ML VIAL)	1
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	1
HUMALOG KWIKPEN U-100	1
HUMALOG KWIKPEN U-200	1
HUMALOG MIX 50-50	1

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	1	
HUMALOG MIX 75-25	1	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	1	
HUMULIN 70-30	1	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	1	
HUMULIN N	1	
HUMULIN N KWIKPEN	1	
HUMULIN R	1	
HUMULIN R U-500	1	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	1	
INSULIN LISPRO	1	
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN	1	
INSULIN LISPRO KWIKPEN U-100	1	
INSULIN LISPRO PROTAMINE MIX	1	
LANTUS	1	
LANTUS SOLOSTAR	1	
LEVEMIR	1	
LEVEMIR FLEXTOUCH	1	
LYUMJEV	1	
LYUMJEV KWIKPEN U-100	1	
LYUMJEV KWIKPEN U-200	1	
TOUJEO MAX SOLOSTAR	1	
TOUJEO SOLOSTAR	1	
TRESIBA	1	
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	1	
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 30 mg/0.3 ml syr</i>	1	QL (10.5 PER 90 OVER TIME)
<i>enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr</i>	1	QL (14 PER 90 OVER TIME)
<i>enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr</i>	1	QL (21 PER 90 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium (100 mg/ml syringe, 150 mg/ml syringe)</i>	1	QL (35 PER 90 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium (80 mg/0.8 ml syr, 120 mg/0.8 ml syr)</i>	1	QL (28 PER 90 OVER TIME)
<i>enoxaparin 300 mg/3 ml vial</i>	1	QL (105 PER 90 OVER TIME)
<i>fondaparinux 10 mg/0.8 ml syr</i>	1	QL (28 PER 90 OVER TIME)
<i>fondaparinux 2.5 mg/0.5 ml syr</i>	1	QL (17.5 PER 90 OVER TIME)
<i>fondaparinux 5 mg/0.4 ml syr</i>	1	QL (14 PER 90 OVER TIME)
<i>fondaparinux 7.5 mg/0.6 ml syr</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)
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)

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
FRAGMIN 95,000 UNIT/3.8 ML VL	1	QL (22.8 PER 90 OVER TIME)
<i>heparin sodium (5,000 unit/ml carpujct, sod 5,000 unit/ml syrg, sod 5,000 unit/ml vial, 50,000 unit/10 ml vial)</i>	1	
<i>jantoven</i>	1	
<i>warfarin sodium</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	1	PA
<i>anagrelide hcl</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	1	PA
GRANIX (300 MCG/ML VIAL, 480 MCG/1.6 ML VIAL)	1	ST
LEUKINE	1	PA
MOZOBIL	1	PA, QL (38.4 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_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
MULPLETA	1	PA
NEULASTA	1	PA
NEULASTA ONPRO	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	1	PA
NYVEPRIA	1	PA
OXBRYTA	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	1	PA
RETACRIT	1	PA
UDENYCA	1	PA
ZARXIO	1	
ZIEXTENZO	1	PA

Hemostasis Agents

<i>aminocaproic acid (500 mg tab, 1,000 mg tab)</i>	1
<i>tranexamic acid 650 mg tablet</i>	1

Platelet Modifying Agents

<i>aspirin-dipyridamole er</i>	1
BRILINTA	1
CABLIVI (11 MG KIT, 11 MG VIAL)	1

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>cilostazol</i>	1	
<i>clopidogrel</i>	1	
<i>prasugrel hcl</i>	1	
TAVALISSE	1	PA

Cardiovascular Agents

Alpha-adrenergic Agonists

<i>clonidine</i>	1	
<i>clonidine hcl (0.1 mg tablet, 0.2 mg tablet, 0.3 mg tablet)</i>	1	
<i>droxidopa</i>	1	PA
<i>guanfacine hcl</i>	1	
<i>methyldopa</i>	1	
<i>midodrine hcl</i>	1	
NORTHERA	1	PA

Alpha-adrenergic Blocking Agents

<i>phenoxybenzamine hcl</i>	1	
<i>prazosin hcl</i>	1	

Angiotensin II Receptor Antagonists

<i>candesartan cilexetil</i>	1	
<i>irbesartan</i>	1	
<i>losartan potassium</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil</i>	1	
<i>telmisartan</i>	1	
<i>valsartan</i>	1	

Angiotensin-converting Enzyme (ACE) Inhibitors

<i>benazepril hcl</i>	1	
<i>captopril</i>	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tablet, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	1	
<i>fosinopril sodium</i>	1	
<i>lisinopril</i>	1	
<i>moexipril hcl</i>	1	
<i>perindopril erbumine</i>	1	
<i>quinapril hcl</i>	1	
<i>ramipril</i>	1	
<i>trandolapril</i>	1	

Antiarrhythmics

<i>amiodarone hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	1	
<i>digitek</i>	1	
<i>digox</i>	1	
<i>digoxin (0.05 mg/ml solution, 0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet, 125 mcg tablet, 250 mcg tablet, 500 mcg/2 ml ampule)</i>	1	
<i>disopyramide phosphate</i>	1	
<i>dofetilide</i>	1	
<i>flecainide acetate</i>	1	
<i>LANOXIN 62.5 MCG TABLET</i>	1	
<i>mexiletine hcl</i>	1	
<i>NORPACE CR</i>	1	
<i>pacerone (100 mg tablet, 200 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	1	
<i>propafenone hcl</i>	1	
<i>propafenone hcl er</i>	1	
<i>quinidine gluc er 324 mg tab</i>	1	
<i>quinidine sulfate</i>	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
sorine	1	
sotalol	1	
sotalol af	1	
Beta-adrenergic Blocking Agents		
acebutolol hcl	1	
atenolol	1	
betaxolol hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet)	1	
bisoprolol fumarate	1	
BYSTOLIC	1	
carvedilol	1	
carvedilol er	1	
labetalol hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 300 mg tablet)	1	
metoprolol succinate	1	
metoprolol tartrate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	1	
nadolol	1	
nebivolol hcl	1	
pindolol	1	
propranolol hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 20 mg/5 ml soln, 40 mg tablet, 40 mg/5 ml soln, 60 mg tablet, 80 mg tablet)	1	
propranolol hcl er	1	
Calcium Channel Blocking Agents, Dihydropyridines		
amlodipine besylate	1	
felodipine er	1	
nicardipine hcl (20 mg capsule, 30 mg capsule)	1	
nifedipine er	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>nimodipine</i>	1	
<i>nisoldipine</i>	1	
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>cartia xt</i>	1	
<i>dilt-xr</i>	1	
<i>diltiazem 12hr er</i>	1	
<i>diltiazem 24hr er</i>	1	
<i>diltiazem 24hr er (cd)</i>	1	
<i>diltiazem 24hr er (la)</i>	1	
<i>diltiazem 24hr er (xr)</i>	1	
<i>diltiazem hcl (30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	1	
<i>matzim la</i>	1	
<i>taztia xt</i>	1	
<i>tiadylt er</i>	1	
<i>verapamil er (er 120 mg capsule, er 120 mg tablet, er 180 mg capsule, er 180 mg tablet, er 240 mg capsule, er 240 mg tablet)</i>	1	
<i>verapamil er pm</i>	1	
<i>verapamil hcl (40 mg tablet, 80 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	1	
<i>verapamil sr</i>	1	
Cardiovascular Agents, Other		
<i>acetazolamide</i>	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
ALDACTAZIDE 50-50 TABLET	1	
<i>aliskiren</i>	1	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>amlodipine besylate-benazepril</i>	1	
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	1	
<i>amlodipine-valsartan</i>	1	
<i>amlodipine-valsartan-hctz</i>	1	
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>	1	
<i>captopril-hydrochlorothiazide</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)
DEM SER	1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	1	
ENTRESTO	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>methyldopa-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>metyrosine</i>	1	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>pentoxifylline</i>	1	
<i>propranolol-hydrochlorothiazid</i>	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>ranolazine er</i>	1	
<i>spironolactone-hctz</i>	1	
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>	1	
<i>trandolapril-verapamil er</i>	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid (37.5-25 mg cp, 37.5-25 mg tb, 75-50 mg tab)</i>	1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	1	
VYNDAMAX	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

Diuretics, Loop

<i>bumetanide (0.25 mg/ml vial, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/4 ml vial, 2 mg tablet, 2.5 mg/10 ml vial)</i>	1
<i>ethacrynic acid</i>	1
<i>furosemide (10 mg/ml solution, 20 mg tablet, 20 mg/2 ml vial, 40 mg tablet, 40 mg/4 ml syringe, 40 mg/4 ml vial, 40 mg/5 ml soln, 80 mg tablet, 100 mg/10 ml syring, 100 mg/10 ml vial)</i>	1
<i>torsemide</i>	1

Diuretics, Potassium-sparing

<i>amiloride hcl</i>	1
<i>eplerenone</i>	1
<i>spironolactone</i>	1

Diuretics, Thiazide

<i>chlorothiazide</i>	1
<i>chlorthalidone</i>	1
<i>DIURIL</i>	1
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cp, 12.5 mg tb, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	1

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>indapamide</i>	1	
<i>metolazone</i>	1	
Dyslipidemics, Fibric Acid Derivatives		
<i>fenofibrate (40 mg tablet, 43 mg capsule, 48 mg tablet, 54 mg tablet, 67 mg capsule, 120 mg tablet, 130 mg capsule, 134 mg capsule, 145 mg tablet, 160 mg tablet, 200 mg capsule)</i>	1	
<i>fenofibric acid (dr 45 mg cap, dr 135 mg cap)</i>	1	
<i>gemfibrozil</i>	1	
Dyslipidemics, HMG CoA Reductase Inhibitors		
<i>atorvastatin calcium</i>	1	
<i>fluvastatin er</i>	1	
<i>fluvastatin sodium</i>	1	
<i>LIVALO</i>	1	ST
<i>lovastatin</i>	1	
<i>pravastatin sodium</i>	1	
<i>rosuvastatin calcium</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 (packet, powder)</i>	1	
<i>cholestyramine light (packet, powder)</i>	1	
<i>colesevelam 625 mg tablet</i>	1	
<i>colestipol hcl (1 gm tablet, granules, granules packet)</i>	1	
<i>ezetimibe</i>	1	
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>icosapent ethyl</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	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>niacin (500 mg tablet, ra 500 mg tablet)</i>	1	
<i>niacin er</i>	1	
<i>niacor</i>	1	
<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	1	PA
<i>plain niacin 500 mg tablet</i>	1	
<i>prevalite (packet, powder)</i>	1	
REPATHA PUSHTRONEX	1	PA, QL (7 PER 28 DAYS)
REPATHA SURECLICK	1	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
REPATHA SYRINGE	1	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
VASCEPA	1	PA

Vasodilators, Direct-acting Arterial

<i>hydralazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	1
<i>minoxidil (2.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1

Vasodilators, Direct-acting Arterial/Venous

DILATRATE-SR	1
<i>isosorbide dinitrate</i>	1
<i>isosorbide mononitrate</i>	1
<i>isosorbide mononitrate er</i>	1
<i>minitran</i>	1
NITRO-BID	1

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
NITRO-DUR (0.3 MG/HR PATCH, 0.8 MG/HR PATCH)	1	
<i>nitroglycerin (0.3 mg tablet, 0.4 mg tablet, 0.6 mg tablet)</i>	1	
<i>nitroglycerin patch</i>	1	

Central Nervous System Agents

Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Amphetamines

<i>dextroamphetamine 5 mg/5 ml</i>	1	QL (1800 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine 10 mg tab</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine 5 mg tab</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine er 10 mg cap</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine er 15 mg cap</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine er 5 mg cap</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine-amphetamine er</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine-amphetamine</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 er</i>	1	
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>dexmethylphenidate hcl er</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>guanfacine hcl er</i>	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>methylphenidate er (er 10 mg cap, er 15 mg cap, er 18 mg tab, er 20 mg cap, er 27 mg tab, er 30 mg cap, er 40 mg cap, er 50 mg cap, er 54 mg tab, er 60 mg cap, er 72 mg tab)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate er 36 mg tab</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate er 10 mg tab</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate er 20 mg tab</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate er (la)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate 5 mg/5 ml soln</i>	1	
<i>methylphenidate 10 mg chew tab</i>	1	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl (2.5 mg chew tb, 5 mg chew tab, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	1	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl cd</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er (cd)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate la</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>relexxii</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)

Central Nervous System, Other

AUSTEDO	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>butalbital-acetaminophn 50-325</i>	1	PA
<i>butalb-acetamin-caff 50-325-40</i>	1	PA
<i>butalbital-asa-caffeine cap</i>	1	PA
EXSERVAN	1	PA
FIRDAPSE	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)

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
NUEDEXTA	1	PA
RADICAVA	1	PA
<i>riluzole</i>	1	PA
RUZURGI	1	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
<i>tencon</i>	1	PA
<i>tetrabenazine</i>	1	PA
TIGLUTIK	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	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
BAFIERTAM	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
BETASERON (0.3 MG KIT, 0.3 MG VIAL)	1	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>dalfampridine er</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>dimethyl fumarate (dr 120 mg cp, dr 240 mg cp)</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>dimethyl fumarate 30d start pk</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)

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
GILENYA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatiramer 20 mg/ml syringe</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatiramer 40 mg/ml syringe</i>	1	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>glatopa 20 mg/ml syringe</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatopa 40 mg/ml syringe</i>	1	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
KESIMPTA PEN	1	PA, QL (0.4 PER 28 DAYS)
MAVENCLAD	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</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
OCREVUS	1	PA, QL (40 PER 365 OVER TIME)
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML SYRINGE	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)
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)

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
TECFIDERA STARTER PACK	1	PA, QL (120 PER 365 OVER TIME)
TYSABRI	1	PA
VUMERTY	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 0.12% rinse</i>	1	
<i>doxycycline hyclate 20 mg tab</i>	1	
<i>lidocaine hcl viscous</i>	1	
<i>oralone</i>	1	
<i>paroex</i>	1	
<i>periogard</i>	1	
<i>pilocarpine hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet)</i>	1	
<i>triamcinolone 0.1% paste</i>	1	

Dermatological Agents

Acne and Rosacea Agents

<i>accutane (20 mg capsule, 30 mg capsule, 40 mg capsule)</i>	1	PA
<i>acitretin</i>	1	
<i>adapalene (0.1% cream, 0.1% gel, 0.3% gel, 0.3% gel pump)</i>	1	
<i>adapalene-benzoyl peroxide</i>	1	
<i>amnesteem</i>	1	PA
<i>AVITA (CREAM, GEL)</i>	1	PA

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>azelaic acid</i>	1	
<i>claravis</i>	1	PA
<i>clind ph-benzoyl perox 1.2-5%</i>	1	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide (clindamycin-benzoyl 1-5%, clindamycin-bnz 1-5% pmp)</i>	1	
<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i>	1	
<i>FINACEA 15% FOAM</i>	1	
<i>isotretinoin (10 mg capsule, 20 mg capsule, 30 mg capsule, 40 mg capsule)</i>	1	PA
<i>metronidazole (0.75% cream, 0.75% lotion, top 1% gel pump, topical 0.75% gl, topical 1% gel)</i>	1	
<i>MIRVASO (GEL, GEL PUMP)</i>	1	PA
<i>myorisan</i>	1	PA
<i>rosadan (cream, gel)</i>	1	
<i>tazarotene 0.1% cream</i>	1	
<i>tretinoin (0.01% gel, 0.025% cream, 0.025% gel, 0.05% cream, 0.05% gel, 0.1% cream)</i>	1	PA
<i>tretinoin microsphere (gel 0.04% pump, gel 0.04% tube, gel 0.1% pump, gel 0.1% tube)</i>	1	PA
<i>zenatane</i>	1	PA

Dermatitis and Pruitus Agents

<i>ala-cort 2.5% cream</i>	1
<i>alclometasone dipropionate (dipr oint, dipro.crm)</i>	1
<i>ammonium lactate (cream, lotion)</i>	1
<i>betamethasone diprop augmented (crm, gel, lot, oin)</i>	1

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>betamethasone dipropionate (crm, lot, oint)</i>	1	
<i>betamethasone valerate (va cream, va lotion, valer ointm)</i>	1	
<i>clobetasol emollient (emollient crm, emollnt foam)</i>	1	
<i>clobetasol emulsion</i>	1	
<i>clobetasol propionate (cream, gel, ointment, prop spray, solution, topical lotn)</i>	1	
CORDRAN 0.025% CREAM	1	
<i>desonide (cream, gel, lotion, ointment)</i>	1	
<i>desoximetasone (cream, ointment)</i>	1	
<i>desrx</i>	1	
EUCRISA	1	PA
<i>fluocinolone acetonide (0.01% cream, 0.01% solution, 0.025% cream, 0.025% ointment)</i>	1	
<i>fluocinonide 0.1% cream</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>fluocinonide (cream, gel, ointment, solution)</i>	1	
<i>fluocinonide-e</i>	1	
<i>fluticasone propionate (0.005% oint, 0.05% cream)</i>	1	
<i>halobetasol propionate (cream, ointmnt)</i>	1	
HALOG 0.1% SOLUTION	1	
<i>hydrocortisone (cream, lotion, ointment)</i>	1	
<i>hydrocortisone butyrate (buty cream, butyr oint, butyr soln)</i>	1	
<i>hydrocortisone val 0.2% cream</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_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>hydrocortisone val 0.2% ointmt</i>	1	
<i>mometasone furoate (cream, oint, soln)</i>	1	
<i>pimecrolimus</i>	1	
<i>prednicarbate (cream, ointment)</i>	1	
<i>selenium sulfide</i>	1	
<i>tacrolimus (0.03%, 0.1%)</i>	1	
<i>tovet emollient</i>	1	
<i>triamcinolone acetonide (0.025% cream, 0.025% lotion, 0.025% oint, 0.05% ointment, 0.1% cream, 0.1% lotion, 0.1% ointment, 0.5% cream, 0.5% ointment)</i>	1	
<i>trianex</i>	1	
<i>triderm</i>	1	
<i>tritocin</i>	1	
Dermatological Agents, Other		
<i>calcipotriene (cream, ointment)</i>	1	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>calcipotriene 0.005% solution</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>clotrimazole-betamethasone (crm, lot)</i>	1	
<i>diclofenac sodium 3% gel</i>	1	
<i>DUOBRII</i>	1	PA
<i>FLUOROPLEX</i>	1	
<i>fluorouracil (0.5% cream, 2% topical soln, 5% cream, 5% topical soln)</i>	1	
<i>hydrocort-pramoxine 1%-1% crm</i>	1	
<i>imiquimod 5% cream packet</i>	1	
<i>KLISYRI</i>	1	ST
<i>methoxsalen</i>	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>nystatin-triamcinolone (cream, ointm)</i>	1	
OTEZLA 30 MG TABLET	1	PA
PICATO	1	
<i>podofolox</i>	1	
SANTYL	1	
<i>silver sulfadiazine</i>	1	
SSD	1	
Pediculicides/Scabicides		
<i>crotan</i>	1	
<i>ivermectin 1% cream</i>	1	
<i>lindane</i>	1	
<i>malathion</i>	1	
<i>permethrin</i>	1	
Topical Anti-infectives		
<i>acyclovir 5% ointment</i>	1	
BACTROBAN NASAL	1	
<i>ciclodan 8% solution</i>	1	PA
<i>ciclopirox (0.77% cream, 0.77% gel, 0.77% topical susp, 1% shampoo)</i>	1	
<i>ciclopirox 8% solution</i>	1	PA
<i>clindamycin ph 1% solution</i>	1	
<i>dapsone 5% gel</i>	1	
DENAVIR	1	
ery	1	
<i>erythromycin (gel, pledges, solution)</i>	1	
<i>mupirocin 2% ointment</i>	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
Electrolyte/Mineral Replacement		
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	1	
CLINISOL	1	PA - Part B vs D Determination
<i>dextrose 5%-0.45% nacl</i>	1	
<i>dextrose 5%-0.9% nacl</i>	1	
<i>dextrose in water (50 ml, 100 ml, iv soln, vial)</i>	1	
<i>glucose in water</i>	1	
<i>klor-con</i>	1	
KLOR-CON 10	1	
KLOR-CON 8	1	
<i>klor-con m10</i>	1	
KLOR-CON M15	1	
<i>klor-con m20</i>	1	
<i>lactated ringers injection</i>	1	
PLENAMINE	1	PA - Part B vs D Determination
<i>potassium chloride (er 8 meq capsule, er 8 meq tablet, 10% (20 meq/15ml), 10% (40 meq/30ml), er 10 meq capsule, er 10 meq tablet, er 15 meq tablet, 20 meq packet, 20% (40 meq/15ml), er 20 meq tablet)</i>	1	
<i>potassium citrate er (er 5 tab, er 10 tb)</i>	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
sodium chloride (saline 0.45% soln-excel con, sodium chloride 0.45% soln, sodium chloride 0.9% 100 ml, sodium chloride 0.9% 1,000 ml, sodium chloride 0.9% 250 ml, sodium chloride 0.9% 50 ml, sodium chloride 0.9% 500 ml, sodium chloride 0.9% ampule, sodium chloride 0.9% sol-excel, sodium chloride 0.9% soln, sodium chloride 0.9% solution, sodium chloride 0.9% vial, sodium chloride 3% iv soln)	1	
sodium chloride-water	1	
sodium fluoride 2.2 mg (fluoride ion 1 mg) oral tablet	1	

Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers

clovique	1	PA
deferasirox (90 mg granule pkt, 90 mg tablet, 125 mg tb for susp, 180 mg granule pkt, 180 mg tablet, 250 mg tb for susp, 360 mg granule pkt, 360 mg tablet, 500 mg tb for susp)	1	PA
deferiprone	1	PA
FERRIPROX (100 MG/ML SOLUTION, 500 MG TABLET, 1,000 MG TABLET)	1	PA
FERRIPROX (2 TIMES A DAY)	1	PA
FERRIPROX (3 TIMES A DAY)	1	PA
JADENU SPRINKLE	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)

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
sodium polystyrene sulf powder	1	
trientine hcl	1	PA
Phosphate Binders		
AURYXIA	1	PA
calcium acetate (667 mg capsule, 667 mg gelcap, 667 mg tablet)	1	
lanthanum carbonate	1	
sevelamer carbonate (0.8 gm powder packet, 2.4 gm powder packet, carbonate 800 mg tab)	1	
sevelamer hcl	1	
VELPHORO	1	
Potassium Binders		
kionex	1	
sodium polystyrene sulfonate (sod polystyren sulf 15 g/60 ml, sps 15 gm/60 ml suspension, sps 30 gm/120 ml enema, sps 50 gm/200 ml enema)	1	
SPS (15 GM/60 ML SUSPENSION, 30 GM/120 ML ENEMA SUSP)	1	
VELTASSA	1	
Vitamins		
DERMACINRX PRENATRIX	1	
DERMACINRX PRENATRYL	1	
NEONATAL-DHA	1	
PNV TABS 20-1	1	
PREGEN DHA	1	
PRENATAL VITAMINS	1	
westab plus	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Gastrointestinal Agents		
Anti-Constipation Agents		
AMITIZA	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>constulose</i>	1	
<i>enulose</i>	1	
<i>generlac</i>	1	
<i>lactulose (10 gm/15 ml solution, 20 gm/30 ml solution)</i>	1	
LINZESS	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lubiprostone</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</i>	1	PA
<i>diphenoxylate-atrop 2.5-0.025</i>	1	
<i>loperamide 2 mg capsule</i>	1	
XERMELO	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
Antispasmodics, Gastrointestinal		
CUVPOSA	1	
<i>dicyclomine hcl (10 mg capsule, 20 mg tablet)</i>	1	
GLYCATE	1	
<i>glycopyrrolate (1 mg tablet, 1.5 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	1	
<i>methscopolamine bromide</i>	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Gastrointestinal Agents, Other		
CHENODAL	1	PA
CLENPIQ	1	
GATTEX	1	PA
<i>gavilyte-c</i>	1	
<i>gavilyte-g</i>	1	
<i>gavilyte-n</i>	1	
GIMOTI	1	ST
<i>loperamide (1 mg/7.5 ml liquid, 1 mg/7.5 ml soln, 1 mg/7.5 ml susp, cvs 1 mg/7.5 ml sus, eq 1 mg/7.5 ml susp, eql 1 mg/7.5 ml sus, gnp 1 mg/7.5 ml liq, hm 1 mg/7.5 ml liq, kro 1 mg/7.5 ml sus, ra 1 mg/7.5 ml susp, sm 1 mg/7.5 ml liq)</i>	1	
<i>loperamide hcl</i>	1	
<i>metoclopramide hcl (5 mg tablet, 5 mg/5 ml soln, 10 mg tablet, 10 mg/10 ml sol)</i>	1	
MYALEPT	1	PA
OCALIVA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>opium tincture</i>	1	
<i>peg 3350-electrolyte</i>	1	
<i>peg-3350 and electrolytes</i>	1	
<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c</i>	1	
RECTIV	1	
SUPREP	1	
<i>trilyte with flavor packets</i>	1	
<i>ursodiol (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	1	
XIFAXAN	1	PA

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
ZORBTIVE	1	PA
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists		
<i>famotidine (20 mg tablet, 40 mg tablet, 40 mg/5 ml susp)</i>	1	
<i>nizatidine (150 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	1	
Protectants		
<i>misoprostol</i>	1	
<i>sucralfate (1 gm tablet, 1 gm/10 ml susp)</i>	1	
Proton Pump Inhibitors		
<i>esomeprazole magnesium (dr 10 mg packet, dr 20 mg packet, dr 40 mg packet, mag dr 20 mg cap, mag dr 40 mg cap)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lansoprazole (dr 15 mg capsule, dr 30 mg capsule)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>omeprazole (dr 10 mg capsule, dr 20 mg capsule, dr 40 mg capsule)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pantoprazole sodium (sod dr 20 mg tab, 40 mg suspension, sod dr 40 mg tab)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>rabeprazole sod dr 20 mg tab</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
Genetic or Enzyme or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
ALDURAZYME	1	PA
ARALAST NP	1	PA
CERDELGA	1	PA
CEREZYME	1	PA
CHOLBAM	1	PA
CREON	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>cromolyn 100 mg/5 ml oral conc</i>	1	
CYSTAGON	1	
ELAPRASE	1	PA
ENDARI	1	PA
EVRYSDI	1	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
FABRAZYME 35 MG VIAL	1	PA
GALAFOLD	1	PA, QL (14 PER 28 DAYS)
GLASSIA	1	PA
KANUMA	1	PA
KEVEYIS	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
KUVAN (100 MG POWDER PACKET, 100 MG TABLET, 500 MG POWDER PACKET)	1	PA
LUMIZYME	1	PA
<i>miglustat</i>	1	PA
NAGLAZYME	1	PA
<i>nitisinone</i>	1	
NITYR	1	
ONPATTRO	1	PA
ORFADIN (4 MG/ML SUSPENSION, 20 MG CAPSULE)	1	
PROSYSBI (DR 25 MG CAPSULE, DR 75 MG CAPSULE)	1	PA
PROLASTIN C	1	PA
RAVICTI	1	PA
REVCovi	1	PA
<i>sapropterin dihydrochloride (100 mg powder pkt, 100 mg tablet, 500 mg powder pkt)</i>	1	PA

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
sodium phenylbutyrate powder	1	
STRENSIQ	1	PA
TEGSEDI	1	PA
VIMIZIM	1	PA
VPRIV	1	PA
VYNDAQEL	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
XURIDEN	1	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
ZEMAIRA	1	PA
ZENPEP	1	

Genitourinary Agents

Antispasmodics, Urinary

<i>darifenacin er</i>	1
<i>flavoxate hcl</i>	1
MYRBETRIQ (ER 8 MG/ML SUSP, ER 25 MG TABLET, ER 50 MG TABLET)	1
<i>oxybutynin chloride (5 mg tablet, 5 mg/5 ml syrup)</i>	1
<i>oxybutynin chloride er</i>	1
<i>solifenacin succinate</i>	1
<i>tolterodine tartrate</i>	1
<i>tolterodine tartrate er</i>	1
<i>trospium chloride</i>	1
<i>trospium chloride er</i>	1

Benign Prostatic Hypertrophy Agents

<i>alfuzosin hcl er</i>	1
<i>doxazosin mesylate</i>	1
<i>dutasteride</i>	1

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>finasteride 5 mg tablet</i>	1	
<i>silodosin</i>	1	
<i>tamsulosin hcl</i>	1	
<i>terazosin hcl</i>	1	
Genitourinary Agents, Other		
<i>acetic acid 0.25% irrig soln</i>	1	
<i>bethanechol chloride</i>	1	
D-PENAMINE	1	
ELMIRON	1	
<i>penicillamine 250 mg tablet</i>	1	
THIOLA EC	1	
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)		
ACTHAR	1	PA
<i>cortisone acetate</i>	1	
<i>dexamethasone (0.5 mg tablet, 0.5 mg/5 ml elx, 0.5 mg/5 ml liq, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet, 1.5 mg tablet, 2 mg tablet, 4 mg tablet, 6 mg tablet)</i>	1	
<i>dexamethasone intensol</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</i>	1	
<i>hydrocortisone (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	1	
<i>methylprednisolone (4 mg dosepk, 4 mg tablet, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)</i>	1	
<i>prednisolone</i>	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>prednisolone sodium phosphate (5 mg/5 ml soln, 10 mg/5 ml soln, 15 mg/5 ml soln, 20 mg/5 ml soln, sod ph 25 mg/5 ml)</i>	1	
<i>prednisone (1 mg tablet, 2.5 mg tablet, 5 mg tab dose pack, 5 mg tablet, 5 mg/5 ml solution, 10 mg tab dose pack, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	1	
RAYOS	1	

Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)

<i>desmopressin acetate (0.01% solution, 0.01% spray, ac 4 mcg/ml ampul, ac 4 mcg/ml vial, acetate 0.1 mg tb, acetate 0.2 mg tb, 40 mcg/10 ml vial)</i>	1	
EGRIFTA SV	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	1	PA
STIMATE	1	

Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Prostaglandins)

KORLYM	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_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
Anabolic Steroids		
ANADROL-50	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	1	PA
<i>danazol</i>	1	
<i>testosterone (1% (25mg/2.5g) pk, 1% (50 mg/5 g) pk, 1.62% gel pump, 12.5 mg/1.25 gram, 50 mg/5 gram gel, 50 mg/5 gram pkt)</i>	1	PA
<i>testosterone cypionate</i>	1	PA
<i>testosterone enanthate</i>	1	PA
Estrogens		
<i>altavera</i>	1	
<i>alyacen</i>	1	
<i>amabelz</i>	1	
<i>amethia</i>	1	QL (91 PER 91 DAYS)
<i>amethia lo</i>	1	QL (91 PER 91 DAYS)
<i>amethyst</i>	1	
<i>apri</i>	1	
<i>aranelle</i>	1	
<i>ashlyna</i>	1	QL (91 PER 91 DAYS)
<i>aubra</i>	1	
<i>aubra eq</i>	1	
<i>aurovela 24 fe</i>	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>aviane</i>	1	
<i>azurette</i>	1	
<i>balziva</i>	1	
<i>bekyree</i>	1	
<i>blisovi 24 fe</i>	1	
<i>blisovi fe</i>	1	
<i>brielllyn</i>	1	
<i>camrese</i>	1	QL (91 PER 91 DAYS)
<i>camrese lo</i>	1	QL (91 PER 91 DAYS)
<i>caziant</i>	1	
<i>chateal</i>	1	
CLIMARA PRO	1	
<i>cryselle</i>	1	
<i>cyclafem</i>	1	
<i>cyred</i>	1	
<i>cyred eq</i>	1	
<i>dasetta</i>	1	
<i>daysee</i>	1	QL (91 PER 91 DAYS)
<i>desogestr-eth estrad eth estra</i>	1	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	1	
<i>dotti</i>	1	
<i>drospirenone-eth estra-levomef</i>	1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	1	
ELESTRIN	1	
<i>elonest</i>	1	
<i>emoquette</i>	1	
<i>enpresse</i>	1	
<i>enskyce</i>	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>estarrylla</i>	1	
<i>estradiol (0.01% cream, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 10 mcg vaginal insrt)</i>	1	
<i>estradiol (once weekly)</i>	1	
<i>estradiol (twice weekly)</i>	1	
<i>estradiol valerate</i>	1	
<i>estradiol-norethindrone acetat</i>	1	
<i>ESTRING</i>	1	QL (1 PER 90 OVER TIME)
<i>ethynodiol-ethinyl estradiol</i>	1	
<i>falmina</i>	1	
<i>fayosim</i>	1	QL (91 PER 91 DAYS)
<i>femynor</i>	1	
<i>fyavolv</i>	1	
<i>gemmily</i>	1	
<i>gianvi</i>	1	
<i>hailey 24 fe</i>	1	
<i>iclevia</i>	1	QL (91 PER 91 DAYS)
<i>introvale</i>	1	QL (91 PER 91 DAYS)
<i>isibloom</i>	1	
<i>jasmiel</i>	1	
<i>jintel</i>	1	
<i>jolessa</i>	1	QL (91 PER 91 DAYS)
<i>juleber</i>	1	
<i>junel</i>	1	
<i>junel fe</i>	1	
<i>junel fe 24</i>	1	
<i>kaitlib fe</i>	1	
<i>kariva</i>	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>kelnor</i> 1-35	1	
<i>kelnor</i> 1-50	1	
<i>kurvelo</i>	1	
<i>larin</i>	1	
<i>larin</i> 24 fe	1	
<i>larin</i> fe	1	
<i>larissia</i>	1	
LAYOLIS FE	1	
<i>leena</i>	1	
<i>lessina</i>	1	
<i>levonest</i>	1	
<i>levonorg-eth estrad eth estrad</i>	1	QL (91 PER 91 DAYS)
<i>levonorgestrel-eth estradiol</i>	1	
<i>levora-28</i>	1	
LO LOESTRIN FE	1	
<i>lopreeza</i>	1	
<i>loryna</i>	1	
<i>low-ogestrel</i>	1	
<i>lutera</i>	1	
<i>lyllana</i>	1	
<i>marlissa</i>	1	
<i>melodetta</i> 24 fe	1	
MENEST (0.3 MG TABLET, 0.625 MG TABLET, 1.25 MG TABLET)	1	
<i>merzee</i>	1	
<i>mibelas</i> 24 fe	1	
<i>microgestin</i>	1	
<i>microgestin</i> fe	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>mili</i>	1	
<i>mimvey</i>	1	
<i>mimvey lo</i>	1	
<i>mono-linyah</i>	1	
<i>mononessa</i>	1	
<i>necon</i>	1	
<i>nikki</i>	1	
<i>norethin-eth estra-ferrous fum</i>	1	
<i>norethindron-ethinyl estradiol (norethin-eth 1 mg-5 mcg, noretind-eth 0.5-2.5, norethind- eth 1-0.02 mg)</i>	1	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron (1- 0.02(21)-75 tab, 1-0.02(24)-75 cap, 1-0.02(24)-75 chw, 1- 0.02(24)-75 tab)</i>	1	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	1	
<i>norlyda</i>	1	
<i>nortrel</i>	1	
<i>nylia</i>	1	
<i>nymyo</i>	1	
<i>ocella</i>	1	
<i>ogestrel</i>	1	
<i>orsythia</i>	1	
<i>philith</i>	1	
<i>pimtrea</i>	1	
<i>pirmella</i>	1	
<i>portia</i>	1	
<i>PREMARIN (0.3 MG TABLET, 0.45 MG TABLET, 0.625 MG TABLET, 0.9 MG TABLET, 1.25 MG TABLET, VAGINAL CREAM-APPL)</i>	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
PREMPHASE	1	
PREMPRO	1	
<i>previfem</i>	1	
<i>reclipsen</i>	1	
<i>rivelsa</i>	1	QL (91 PER 91 DAYS)
<i>setlakin</i>	1	QL (91 PER 91 DAYS)
<i>sprintec</i>	1	
<i>sronyx</i>	1	
<i>syeda</i>	1	
<i>tarina 24 fe</i>	1	
<i>tarina fe</i>	1	
<i>tarina fe 1-20 eq</i>	1	
<i>tilia fe</i>	1	
<i>tri-estarylla</i>	1	
<i>tri-legest fe</i>	1	
<i>tri-linyah</i>	1	
<i>tri-lo-estarylla</i>	1	
<i>tri-lo-marzia</i>	1	
<i>tri-lo-sprintec</i>	1	
<i>tri-mili</i>	1	
<i>tri-nymyo</i>	1	
<i>tri-previfem</i>	1	
<i>tri-sprintec</i>	1	
<i>tri-vylibra</i>	1	
<i>tri-vylibra lo</i>	1	
<i>trivora-28</i>	1	
<i>tydemy</i>	1	
<i>velivet</i>	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>vestura</i>	1	
<i>vienna</i>	1	
<i>viorele</i>	1	
<i>vyfemla</i>	1	
<i>vylibra</i>	1	
<i>wera</i>	1	
<i>wymzya fe</i>	1	
<i>xulane</i>	1	
<i>yuvafem</i>	1	
<i>zafemy</i>	1	
<i>zarah</i>	1	
<i>zovia 1-35</i>	1	
<i>zovia 1-35e</i>	1	
<i>zumandimine</i>	1	
Progestins		
<i>camila</i>	1	
<i>deblitane</i>	1	
DEPO-PROVERA 400 MG/ML VIAL	1	QL (10 PER 28 DAYS)
DEPO-SUBQ PROVERA 104	1	QL (0.65 PER 90 OVER TIME)
<i>errin</i>	1	
<i>heather</i>	1	
<i>hydroxyprogesterone caproate (250 mg/ml vial, 1,250 mg/5 ml)</i>	1	PA
<i>incassia</i>	1	
<i>jencycla</i>	1	
<i>jolivette</i>	1	
<i>lyleq</i>	1	
<i>lyza</i>	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
MAKENA 275 MG/1.1 ML AUTOINJCT	1	PA
<i>medroxyprogesterone 150 mg/ml</i>	1	QL (1 PER 90 OVER TIME)
<i>medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	1	
<i>megestrol acetate (20 mg tablet, 40 mg tablet, acet 40 mg/ml susp, acet 400 mg/10 ml, 625 mg/5 ml susp)</i>	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>nora-be</i>	1	
<i>norethindrone</i>	1	
<i>norethindrone ac (lupaneta)</i>	1	
<i>norethindrone acetate</i>	1	
<i>progesterone (100 mg capsule, 200 mg capsule, 500 mg/10 ml vial)</i>	1	
<i>sharobel</i>	1	
<i>tulana</i>	1	

Selective Estrogen Receptor Modifying Agents

OSPHENA	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>raloxifene hcl</i>	1	

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	1
<i>liothyronine sodium (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)</i>	1

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
UNITHROID	1	
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal)		
ISTURISA	1	PA
LYSODREN	1	
Hormonal Agents, Suppressant (Pituitary)		
BYNFEZIA	1	PA
<i>cabergoline</i>	1	
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 (14 mg/2.8 ml kt, 14 mg/2.8 ml vl)</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)

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	1	PA
MYFEMBREE	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>octreotide acetate (acet 0.05 mg/ml vl, acet 50 mcg/ml amp, acet 50 mcg/ml syr, acet 50 mcg/ml vial, acet 100 mcg/ml amp, acet 100 mcg/ml syr, acet 100 mcg/ml vl, acet 200 mcg/ml vl, acet 500 mcg/ml amp, acet 500 mcg/ml syr, acet 500 mcg/ml vl, 1,000 mcg/5 ml vial, 1,000 mcg/ml vial, 5,000 mcg/5 ml vial)</i>	1	PA
ORGOVYX	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORIAHNN	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	1	PA
SIGNIFOR	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
SIGNIFOR LAR	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	1	PA
SUPPRELIN LA	1	PA, QL (1 PER 365 OVER TIME)
SYNAREL	1	
TRELSTAR 11.25 MG VIAL	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 84 OVER TIME)

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TRELSTAR 22.5 MG VIAL	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 168 OVER TIME)
TRELSTAR 3.75 MG VIAL	1	PA - FOR NEW STARTS ONLY, QL (1 PER 28 OVER TIME)
TRIPTODUR	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</i>	1	
<i>propylthiouracil</i>	1	

Immunological Agents

Angioedema Agents

BERINERT (500 UNIT KIT, 500 UNIT VIAL)	1	PA
CINRYZE	1	PA
HAEGARDA	1	PA
<i>icatibant</i>	1	PA
KALBITOR	1	PA
RUCONEST	1	PA
TAKHYRO	1	PA

Immunoglobulins

ASCENIV	1	PA
BIVIGAM	1	PA
CUTAQUIG	1	PA
CUVITRU	1	PA
FLEBOGAMMA DIF	1	PA
GAMASTAN	1	PA

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
GAMASTAN S-D	1	PA
GAMMAGARD LIQUID	1	PA
GAMMAGARD S-D	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	1	PA
GAMUNEX-C	1	PA
HEPAGAM B	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
HYPERHEP B (NEONATAL SYRINGE, SYRINGE, VIAL)	1	PA - Part B vs D Determination
HYPERRAB	1	PA - Part B vs D Determination
HYPERRHO S-D	1	
MICRHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS	1	
NABI-HB	1	PA - Part B vs D Determination
OCTAGAM	1	PA
PANZYGA	1	PA
PRIVIGEN	1	PA
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS	1	
RHOPHYLAC	1	
SYNAGIS	1	PA
VARIZIG	1	PA
XEMBIFY	1	PA

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Immunological Agents, Other		
ACTEMRA ACTPEN	1	PA
ARCALYST	1	PA
BENLYSTA (200 MG/ML AUTOINJECT, 200 MG/ML SYRINGE)	1	PA
COSENTYX (2 SYRINGES)	1	PA
COSENTYX PEN	1	PA
COSENTYX PEN (2 PENS)	1	PA
COSENTYX 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	1	PA
ENTYVIO	1	PA
ILARIS	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
ILUMYA	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	1	PA
LEMTRADA	1	PA
OLUMIANT	1	PA
ORENCIA (50 MG/0.4 ML SYRINGE, 87.5 MG/0.7 ML SYRINGE, 125 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_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ORENCIA CLICKJECT	1	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
RIDAURA	1	
RINVOQ	1	PA
SILIQ	1	PA
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE	1	PA
SKYRIZI (2 SYRINGES) KIT	1	PA
SKYRIZI PEN	1	PA
SOLIRIS	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	1	PA
TALTZ AUTOINJECTOR	1	PA
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK)	1	PA
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK)	1	PA
TALTZ 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	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_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Immunostimulants		
ACTIMMUNE	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	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, 50 mg, 100 mg, 100mg/ml)</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 MINI	1	PA
ENBREL SURECLICK	1	PA
<i>everolimus (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 0.75 mg tablet)</i>	1	PA - Part B vs D Determination
<i>gengraf (25 mg capsule, 100 mg capsule, 100 mg/ml solution)</i>	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_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
HUMIRA	1	PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHN'S	1	PA
HUMIRA PEN	1	PA
HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS	1	PA
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS	1	PA
HUMIRA(CF)	1	PA
HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S	1	PA
HUMIRA(CF) PEN	1	PA
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	1	PA
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	1	PA
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	1	PA
INFLECTRA	1	PA
<i>leflunomide</i>	1	
LUPKYNIS	1	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
<i>methotrexate (1 gm vial, 2.5 mg tablet, 50 mg/2 ml vial, 250 mg/10 ml vial)</i>	1	
<i>methotrexate sodium</i>	1	
<i>mycophenolate mofetil (200 mg/ml susp, 250 mg capsule, 500 mg tablet)</i>	1	PA - Part B vs D Determination
<i>mycophenolic acid</i>	1	PA - Part B vs D Determination
NULOJIX	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)

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	1	PA
RENFLEXIS	1	PA
REZUROCK	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLN	1	PA - Part B vs D Determination
SIMPONI ARIA	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 (ir), 1 mg capsule (ir), 5 mg capsule (ir))</i>	1	PA - Part B vs D Determination
XATMEP	1	
ZORTRESS 1 MG TABLET	1	PA - Part B vs D Determination
Vaccines		
ACTHIB	1	
ADACEL TDAP (SYRINGE, VIAL)	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
BCG VACCINE (TICE STRAIN)	1	
BEXZERO	1	
BOOSTRIX TDAP (SYRINGE, VIAL)	1	
DAPTACEL DTAP	1	
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	1	
ENGERIX-B ADULT (20 MCG/ML SYRN, 20 MCG/ML VIAL)	1	PA - Part B vs D Determination
ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT	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	
HIBERIX	1	
IMOVAX RABIES VACCINE	1	PA - Part B vs D Determination
INFANRIX DTAP (SYRINGE, VIAL)	1	
IPOL	1	
IXIARO	1	
KINRIX (TIP-LOK SYRINGE, VIAL)	1	
M-M-R II VACCINE	1	
MENACTRA	1	
MENQUADFI	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	1	
PEDIARIX	1	
PEDVAXHIB	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
PENTACEL	1	
PROQUAD	1	
QUADRACEL DTAP-IPV	1	
RABAVERT	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	1	
ROTAQE	1	
SHINGRIX	1	
STAMARIL	1	
TDVAX	1	
TENIVAC (SYRINGE, VIAL)	1	
TRUMENBA	1	
TWINRIX	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	1	
YF-VAX	1	
ZOSTAVAX	1	

Inflammatory Bowel Disease Agents

Aminosalicylates

balsalazide disodium	1
mesalamine (dr 1.2 gm tablet, 4 gm/60 ml enema, 4 gm/60 ml kit, 800 mg dr tablet, 1,000 mg supp)	1

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>mesalamine er</i>	1	
<i>sulfasalazine</i>	1	
<i>sulfasalazine dr</i>	1	
Glucocorticoids		
<i>budesonide ec</i>	1	
<i>budesonide er</i>	1	
CORTIFOAM	1	
<i>hydrocortisone 100 mg/60 ml</i>	1	
ORTIKOS	1	
<i>procto-med hc</i>	1	
<i>procto-pak</i>	1	
<i>proctosol-hc</i>	1	
<i>proctozone-hc</i>	1	
Metabolic Bone Disease Agents		
<i>alendronate sodium (sod 70 mg/75 ml, sodium 5 mg tablet, sodium 10 mg tab, sodium 35 mg tab, sodium 40 mg tab)</i>	1	
<i>alendronate sodium 70 mg tab</i>	1	QL (4 PER 28 DAYS)
<i>calcitonin-salmon 200 units sp</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</i>	1	
<i>doxercalciferol (0.5 mcg cap, 1 mcg capsule, 2.5 mcg cap)</i>	1	
EVENITY	1	PA, QL (2.34 PER 28 DAYS)
EVENITY (2 SYRINGES)	1	PA, QL (2.34 PER 28 DAYS)
FORTEO	1	PA
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	1	QL (1 PER 28 DAYS)

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
NATPARA	1	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
<i>paricalcitol (1 mcg capsule, 2 mcg capsule, 4 mcg capsule)</i>	1	
PROLIA	1	QL (2 PER 365 OVER TIME)
RAYALDEE	1	
TERIPARATIDE	1	PA
TYMLOS	1	PA
XGEVA	1	PA

Miscellaneous Therapeutic Agents

<i>afirmelle</i>	1	
<i>alcohol prep pads (70%, advocate 70%, pharm choice, saps 70%)</i>	1	
<i>alcohol 70% swabs</i>	1	
<i>aurovela</i>	1	
<i>aurovela fe</i>	1	
<i>ayuna</i>	1	
<i>charlotte 24 fe</i>	1	
<i>chateal eq</i>	1	
<i>comfort touch pen needle (pen ndl 33g 6mm, pen ndl 33gx4mm, pen ndl 33gx5mm)</i>	1	QL (200 PER 30 DAYS)
DOJOLVI	1	PA
<i>droplet pen needle (pen needle 29gx1/2", pen needle 31gx3/16", pen needle 31gx5/16", pen needle 32gx5/32")</i>	1	QL (200 PER 30 DAYS)
<i>easy touch insulin syringe (syr 0.5ml 27g12.7mm, syr 0.5ml 28g12.7mm, syr 0.5ml 29g12.7mm, syr 1 ml 27g 12.7mm, syr 1 ml 28g 12.7mm, syr 1 ml 29g 12.7mm)</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_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>easy touch safety pen needle (easy touch pen ndl 29g 8mm, easy touch pen ndl 30g 8mm, easytouch pen ndl 30g 6mm)</i>	1	QL (200 PER 30 DAYS)
ELLA	1	
GAUZE PADS & DRESSINGS - PADS 2 X 2	1	
GIVLAARI	1	PA
<i>hailey</i>	1	
<i>hailey fe</i>	1	
<i>incontrol pen needle</i>	1	QL (200 PER 30 DAYS)
INSULIN PEN NEEDLE	1	QL (200 PER 30 DAYS)
<i>insulin syringe (ins syr 0.5ml 12.7mmx30g, ins syrn 1 ml 12.7mmx30g, ins syrng 0.5 ml 8mmx31g, insulin syr 1 ml 8mmx31g)</i>	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>jaimiess</i>	1	QL (91 PER 91 DAYS)
<i>kalliga</i>	1	
<i>levocarnitine (1 g/10 ml soln, 330 mg tablet)</i>	1	
<i>levocarnitine sf</i>	1	
<i>lillow</i>	1	
<i>lo-zumandimine</i>	1	
<i>lojaimiess</i>	1	QL (91 PER 91 DAYS)
<i>myzilra</i>	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY	1	QL (200 PER 30 DAYS)
<i>norethin-ee 1.5-0.03 mg(21) tb</i>	1	
<i>noreth-ee-fe 1.5-0.03mg(21)-75</i>	1	
NUTRILIPID	1	PA - Part B vs D Determination
<i>omnipod dash pdm kit</i>	1	QL (1 PER 365 OVER TIME)
ORLADEYO	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>pen needle (pen needle 33g 4mm, relion pen needle 31g 6mm, relion pen needle 31gx5/16", relion pen needle 32gx5/32")</i>	1	QL (200 PER 30 DAYS)
<i>pip pen needle</i>	1	QL (200 PER 30 DAYS)
<i>quasense</i>	1	QL (91 PER 91 DAYS)
<i>securesafe pen needle</i>	1	QL (200 PER 30 DAYS)
<i>simliya</i>	1	
<i>simpesse</i>	1	QL (91 PER 91 DAYS)
<i>sodium chloride (irrig, irrig., prcss sol)</i>	1	
<i>sure comfort safety pen needle</i>	1	QL (200 PER 30 DAYS)
<i>tri femynor</i>	1	
<i>tri-lo-mili</i>	1	
<i>true comfort pen needle (pen ndl 31g 8mm, pen ndl 32g 5mm)</i>	1	QL (200 PER 30 DAYS)
<i>true comfort pro alcohol pads</i>	1	
<i>ulticare pen needle (gnp pen ndl, hm pen needle)</i>	1	QL (200 PER 30 DAYS)
<i>ulticare safety pen needle</i>	1	QL (200 PER 30 DAYS)
<i>ultiguard safepack-insulin syr</i>	1	QL (200 PER 30 DAYS)
<i>ultra flo insulin syringe (0.3ml 30g 1/2" (1/2), 0.3ml 30g 5/16"(1/2), 0.3ml 31g 5/16"(1/2), syr 0.3 ml 30g 5/16", syr 0.3 ml 31g 5/16", syr 0.5 ml 29g 1/2")</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_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>ultra flo pen needle (pen needle 31g 5mm, pen needle 31g 8mm, pen needle 32g 4mm, pen needle 33g 4mm)</i>	1	QL (200 PER 30 DAYS)
<i>unifine pen needle</i>	1	QL (200 PER 30 DAYS)
<i>unifine pentips (31g 6mm, 31g 8mm, 31gx3/16", 32gx5/32")</i>	1	QL (200 PER 30 DAYS)
<i>unifine pentips plus</i>	1	QL (200 PER 30 DAYS)
<i>v-go 20</i>	1	
<i>v-go 30</i>	1	
<i>v-go 40</i>	1	
<i>veo insulin syringe (ins syring 1 ml, ins syrn 0.5 ml)</i>	1	QL (200 PER 30 DAYS)
<i>vgo 20</i>	1	
<i>vgo 30</i>	1	
<i>vgo 40</i>	1	
VISTOGARD	1	
<i>volnea</i>	1	

Ophthalmic Agents

Ophthalmic Agents, Other

<i>ak-poly-bac</i>	1	
<i>atropine 1% eye drops</i>	1	
<i>bacitracin-polymyxin</i>	1	
<i>BLEPHAMIDE</i>	1	
<i>BLEPHAMIDE S.O.P.</i>	1	
<i>COMBIGAN</i>	1	
<i>CYSTADROPS</i>	1	PA, QL (20 PER 28 OVER TIME)
<i>CYSTARAN</i>	1	PA, QL (60 PER 28 OVER TIME)
<i>dorzolamide-timolol (2%-0.5%, eye drops)</i>	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
LACRISERT	1	
<i>neo-polycin</i>	1	
<i>neo-polycin hc</i>	1	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	1	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth (neomyc-polym-dexamet ointm, neomyc-polym-dexameth drop)</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	1	
<i>neomycin-poly-hc eye drops</i>	1	
OXERVATE	1	PA, QL (56 PER 28 DAYS)
<i>polycin</i>	1	
<i>polymyxin b sul-trimethoprim</i>	1	
PRED-G (1% DROPS, S.O.P. OINTMENT)	1	
RESTASIS	1	
RESTASIS MULTIDOSE	1	
ROCKLATAN	1	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SIMBRINZA	1	
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	1	
TOBRADEX EYE OINTMENT	1	
TOBRADEX ST	1	
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	1	
XIIDRA	1	QL (60 PER 30 DAYS)
ZYLET	1	

Ophthalmic Anti-Infectives

<i>bacitracin 500 unit/gm ophth</i>	1
BESIVANCE	1
<i>ciprofloxacin 0.3% eye drop</i>	1

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>erythromycin 0.5% eye ointment</i>	1	
<i>gatifloxacin</i>	1	
<i>gentak</i>	1	
<i>gentamicin 0.3% eye drop</i>	1	
<i>levofloxacin 0.5% eye drops</i>	1	
<i>moxifloxacin 0.5% eye drops</i>	1	
NATACYN	1	
<i>ofloxacin 0.3% eye drops</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium (drops, ointment)</i>	1	
<i>tobramycin 0.3% eye drop</i>	1	
TOBREX 0.3% EYE OINTMENT	1	
<i>trifluridine</i>	1	
ZIRGAN	1	

Ophthalmic Anti-allergy Agents

<i>azelastine hcl 0.05% drops</i>	1
<i>bepotastine besilate</i>	1
BEPREVE	1
<i>cromolyn 4% eye drops</i>	1
<i>epinastine hcl</i>	1
<i>olopatadine hcl (0.1% drops, 0.2% drop)</i>	1

Ophthalmic Anti-inflammatories

ALREX	1
<i>bromfenac sodium</i>	1
<i>dexamethasone 0.1% eye drop</i>	1
<i>diclofenac 0.1% eye drops</i>	1
<i>difluprednate</i>	1
DUREZOL	1

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
FLAREX	1	
<i>flurbiprofen sodium</i>	1	
FML FORTE	1	
<i>ketorolac tromethamine (0.4% solution, 0.5% solution)</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	1	QL (20 PER 365 OVER TIME)
<i>loteprednol 0.5% ophthalmic gel</i>	1	QL (20 PER 365 OVER TIME)
<i>loteprednol etabonate 0.5% drp</i>	1	
<i>prednisolone acetate</i>	1	
<i>prednisolone sod 1% eye drop</i>	1	
PROLENSA	1	QL (12 PER 365 OVER TIME)

Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Agents

<i>betaxolol hcl 0.5% eye drop</i>	1
BETIMOL	1
<i>carteolol hcl</i>	1
<i>levobunolol hcl</i>	1
<i>timolol maleate (0.25% gel-solution, 0.25% gfs gel-solution, maleate 0.25% eye drop, 0.5% eye drop, 0.5% gel-solution, 0.5% gfs gel-solution, maleate 0.5% eye drop, maleate 0.5% eye drops)</i>	1

Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other

<i>acetazolamide er</i>	1
ALPHAGAN P 0.1% DROPS	1
<i>apraclonidine hcl</i>	1

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
AZOPT	1	
<i>brimonidine tartrate</i>	1	
<i>brinzolamide</i>	1	
<i>dorzolamide hcl</i>	1	
IOPIDINE 1% EYE DROPS	1	
<i>methazolamide</i>	1	
PHOSPHOLINE IODIDE	1	
<i>pilocarpine hcl (1% drops, 2% drops, 4% drops)</i>	1	
RHOPRESSA	1	QL (2.5 PER 25 DAYS)

Ophthalmic Prostaglandin and Prostamide Analogs

<i>bimatoprost 0.03% eye drops</i>	1	QL (5 PER 30 DAYS)
DURYSTA	1	
<i>latanoprost 0.005% eye drops</i>	1	
LUMIGAN	1	QL (2.5 PER 25 DAYS)
VYZULTA	1	QL (5 PER 25 DAYS)

Otic Agents

<i>acetic acid 2% ear solution</i>	1	
<i>ciprofloxacin 0.2% otic soln</i>	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	1	
<i>flac otic oil</i>	1	
<i>fluocinolone acetonide oil</i>	1	
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc ear susp</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hydrocort</i>	1	
<i>ofloxacin 0.3% ear drops</i>	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
Anti-inflammatories, Inhaled Corticosteroids		
ARNUITY ELLIPTA	1	QL (30 PER 30 DAYS)
ASMANEX	1	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX HFA	1	QL (13 PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE	1	QL (23.6 PER 28 DAYS)
<i>budesonide (0.25 mg/2 ml susp, 0.5 mg/2 ml susp, 1 mg/2 ml inh susp)</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 prop 50 mcg spray</i>	1	
<i>mometasone furoate 50 mcg spry</i>	1	QL (34 PER 30 DAYS)
Antihistamines		
<i>azelastine hcl (0.1% (137 mcg spry, 0.15% nasal spray)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>azelastine-fluticasone</i>	1	QL (23 PER 30 DAYS)
<i>ciproheptadine 4 mg tablet</i>	1	
<i>desloratadine 5 mg tablet</i>	1	
<i>diphenhydramine hcl (50 mg/ml crpj, 50 mg/ml syrng, 50 mg/ml vial)</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl (10 mg/5 ml soln, 10 mg/5 ml syrup, hcl 10 mg tablet, hcl 25 mg tablet, 50 mg/25 ml syrup, hcl 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_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>levocetirizine 5 mg tablet</i>	1	
Antileukotrienes		
<i>montelukast sodium (4 mg granules, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew, 10 mg tablet)</i>	1	
<i>zafirlukast</i>	1	
<i>zileuton er</i>	1	ST
ZYFLO	1	ST
Bronchodilators, Anticholinergic		
ATROVENT HFA	1	QL (25.8 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium br 0.02% soln</i>	1	PA - Part B vs D Determination, QL (312.5 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide (0.03% spray, 0.06% spray)</i>	1	
LONHALA MAGNAIR REFILL	1	QL (60 PER 30 DAYS)
SPIRIVA	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	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 (2.5 mg/0.5 ml sol, 5 mg/ml solution, 15 mg/3 ml solution, 20 mg/4 ml solution, 100 mg/20 ml soln)</i>	1	PA - Part B vs D Determination, QL (100 PER 30 DAYS)

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>albuterol sulfate (sulf 2 mg/5 ml syrup, sulfate 2 mg tab, sulfate 4 mg tab)</i>	1	
<i>albuterol sul 2.5 mg/3 ml soln</i>	1	PA - Part B vs D Determination, QL (525 PER 30 DAYS)
<i>albuterol sulfate (0.63 mg/3 ml sol, 1.25 mg/3 ml sol)</i>	1	PA - Part B vs D Determination, QL (375 PER 30 DAYS)
<i>albuterol sulfate hfa</i>	1	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>epinephrine (0.15 mg auto-injct, 0.3 mg auto-inject)</i>	1	
EPIPEN	1	
EPIPEN 2-PAK	1	
EPIPEN JR	1	
EPIPEN JR 2-PAK	1	
<i>formoterol fumarate</i>	1	PA - Part B vs D Determination, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>levalbuterol concentrate</i>	1	PA - Part B vs D Determination, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>levalbuterol 1.25 mg/3 ml sol</i>	1	PA - Part B vs D Determination, QL (270 PER 30 DAYS)
<i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3 ml sol, 0.63 mg/3 ml sol)</i>	1	PA - Part B vs D Determination, QL (540 PER 30 DAYS)
<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>metaproterenol 10 mg/5 ml syr</i>	1	
PERFOROMIST	1	PA - Part B vs D Determination, QL (120 PER 30 DAYS)
PROAIR HFA	1	QL (17 PER 30 DAYS)
PROAIR RESPICLICK	1	QL (2 PER 30 DAYS)
SEREVENT DISKUS	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>terbutaline sulfate (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	1	

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
Cystic Fibrosis Agents		
CAYSTON	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	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	1	QL (224 PER 56 OVER TIME)
<i>tobramycin 300 mg/5 ml ampule</i>	1	PA - Part B vs D Determination
TRIKAFTA	1	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
Mast Cell Stabilizers		
<i>cromolyn 20 mg/2 ml neb soln</i>	1	PA - Part B vs D Determination
Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Disease		
DALIRESP	1	PA
<i>theophylline (er 400 mg tablet, er 600 mg tablet)</i>	1	
<i>theophylline er 300 mg tab</i>	1	
Pulmonary Antihypertensives		
ADEMPAS	1	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>alyq</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>ambrisentan</i>	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_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
<i>bosentan</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
OPSUMIT	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ORENITRAM ER	1	PA
<i>sildenafil 10 mg/ml oral susp</i>	1	PA
<i>sildenafil 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	1	PA, QL (270 PER 30 DAYS)

Pulmonary Fibrosis Agents

ESBRIET (267 MG CAPSULE, 267 MG TABLET, 801 MG TABLET)	1	PA
OFEV	1	PA

Respiratory Tract Agents, Other

<i>acetylcysteine (10% vial, 20% vial)</i>	1	PA - Part B vs D Determination
ANORO ELLIPTA	1	QL (60 PER 30 DAYS)
BREO ELLIPTA	1	QL (60 PER 30 DAYS)
BRONCHITOL	1	PA, QL (560 PER 28 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT	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	1	PA

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

2021_MCC_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LIMITES
FASENRA PEN	1	PA
<i>fluticasone-salmeterol (100-50, 250-50, 500-50)</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium-albuterol</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	1	QL (24 PER 30 DAYS)
SYMBICORT 160-4.5 MCG INHALER	1	QL (12 PER 30 DAYS)
SYMBICORT 80-4.5 MCG INHALER	1	QL (13.8 PER 30 DAYS)
TRELEGY ELLIPTA	1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>wixela inh</i>	1	QL (60 PER 30 DAYS)

Skeletal Muscle Relaxants

<i>carisoprodol</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	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>doxepin hcl (3 mg tablet, 6 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>estazolam</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>eszopiclone</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_Arizona (Lista de medicamentos cubiertos)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DE MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
HETLIOZ	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
HETLIOZ LQ	1	PA, QL (158 PER 30 DAYS)
<i>ramelteon</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>temazepam</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)
<i>zolpidem tartrate (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>zolpidem tartrate er</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</i>	1	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>WAKIX</i>	1	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>XYREM</i>	1	PA, QL (540 PER 30 DAYS)
<i>XYWAV</i>	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

A

abacavir.....	46
abacavir-lamivudine.....	46
abacavir-lamivudine-zidovudine.....	46
ABELCET.....	29
ABILIFY MAINTENA.....	43
ABILIFY MYCITE.....	43
abiraterone acetate.....	33
ABSTRAL.....	10
acamprosate calcium.....	13
acarbose.....	51
accutane.....	70
acebutolol hcl.....	60
acetaminophen-codeine.....	10
acetazolamide.....	61
acetazolamide er.....	111
acetic acid.....	83,112
acetylcysteine.....	117
acitretin.....	70
ACTEMRA ACTPEN.....	97
ACTHAR.....	83
ACTHIB.....	101
ACTIMMUNE.....	99
acyclovir.....	50,74
acyclovir sodium.....	50
ADACEL TDAP.....	101
ADAKVEO.....	56
adapalene.....	70
adapalene-benzoyl peroxide.....	70
adefovir dipivoxil.....	49
ADEMPAS.....	116
adrucil.....	34
AFINITOR.....	36
AFINITOR DISPERZ.....	36
afirmelle.....	105
AIMOVIG AUTOINJECTOR.....	31
AIMOVIG AUTOINJECTOR (2 PACK).....	31
ak-poly-bac.....	108
AKYNZEO.....	28
ala-cort.....	71
albendazole.....	40
albuterol hfa 90 mcg inhaler (generic proair hfa).....	114
albuterol hfa 90 mcg inhaler (generic proventil hfa).....	114
albuterol hfa 90 mcg inhaler (generic ventolin hfa).....	114
albuterol sulfate.....	114,115
albuterol sulfate hfa.....	115
alclometasone dipropionate.....	71
alcohol prep pads.....	105
alcohol swabs.....	105
ALDACTAZIDE.....	62
ALDURAZYME.....	80
ALECENSA.....	36
alendronate sodium.....	104
alfuzosin hcl er.....	82
ALINIA.....	40
aliskiren.....	62
allopurinol.....	30
alosetron hcl.....	78
ALPHAGAN P.....	111
alprazolam.....	50
alprazolam er.....	50
alprazolam xr.....	50
ALREX.....	110
altavera.....	85
ALUNBRIG.....	36
alyacen.....	85
alyq.....	116
amabelz.....	85
amantadine.....	49
AMBISOME.....	29
ambrisentan.....	116
amethia.....	85
amethia lo.....	85
amethyst.....	85
amikacin sulfate.....	14
amiloride hcl.....	63
amiloride-hydrochlorothiazide.....	62
aminocaproic acid.....	57

AMINOSYN II.....	75	ARNUITY ELLIPTA.....	113
AMINOSYN-PF.....	75	ASCENIV.....	95
amiodarone hcl.....	59	asenapine maleate.....	43
AMITIZA.....	78	ashlyna.....	85
amitriptyline hcl.....	27	ASMANEX.....	113
amlodipine besylate.....	60	ASMANEX HFA.....	113
amlodipine besylate-benazepril.....	62	aspirin-dipyridamole er.....	57
amlodipine-atorvastatin.....	62	atazanavir sulfate.....	48
amlodipine-valsartan.....	62	atenolol.....	60
amlodipine-valsartan-hctz.....	62	atenolol-chlorthalidone.....	62
ammonium lactate.....	71	atomoxetine hcl.....	66
amnesteem.....	70	atorvastatin calcium.....	64
amoxapine.....	27	atovaquone.....	40
amoxicillin.....	17	atovaquone-proguanil hcl.....	40
amoxicillin-clavulanate pot er.....	17	ATRIPLA.....	46
amoxicillin-clavulanate potass.....	17	atropine sulfate.....	108
amphotericin b.....	29	ATROVENT HFA.....	114
ampicillin sodium.....	17	aubra.....	85
ampicillin trihydrate.....	17	aubra eq.....	85
ampicillin-sulbactam.....	17	aurovela.....	105
ANADROL-50.....	85	aurovela 24 fe.....	85
anagrelide hcl.....	56	aurovela fe.....	105
anastrozole.....	35	AURYXIA.....	77
ANDRODERM.....	85	AUSTEDO.....	67
ANORO ELLIPTA.....	117	AVASTIN.....	39
APOKYN.....	41	aviane.....	86
apraclonidine hcl.....	111	AVITA.....	70
aprepitant.....	28	AVONEX.....	68
apri.....	85	AVONEX PEN.....	68
aprizio pak.....	12	ayuna.....	105
APTIOM.....	23	AYVAKIT.....	36
APTIVUS.....	48	AZASAN.....	99
ARALAST NP.....	80	azathioprine.....	99
aranelle.....	85	azelaic acid.....	71
ARANESP.....	56	azelastine hcl.....	110,113
ARCALYST.....	97	azelastine-fluticasone.....	113
ariPIPrazole.....	43	azithromycin.....	18
ariPIPrazole odt.....	43	AZOPT.....	112
ARISTADA.....	43	aztreonam.....	14
ARISTADA INITIO.....	43	azurette.....	86
armodafinil.....	119		

B

bacitracin.....	109
bacitracin-polymyxin.....	108
baclofen.....	45
BACTROBAN NASAL.....	74
BAFIERTAM.....	68
balsalazide disodium.....	103
BALVERSA.....	36
balziva.....	86
BANZEL.....	23
BARACLUDE.....	49
BAXDELA.....	19
BCG VACCINE (TICE STRAIN).....	102
bekyree.....	86
BELSOMRA.....	118
benazepril hcl.....	58
benazepril-hydrochlorothiazide.....	62
BENLYSTA.....	97,99
benznidazole.....	40
benztropine mesylate.....	41
bepotastine besilate.....	110
BEPREVE.....	110
BERINERT.....	95
BESIVANCE.....	109
betamethasone diprop augmented.....	71
betamethasone dipropionate.....	72
betamethasone valerate.....	72
BETASERON.....	68
betaxolol hcl.....	60,111
bethanechol chloride.....	83
BETIMOL.....	111
bexarotene.....	39
BEXZERO.....	102
bicalutamide.....	33
BICILLIN C-R.....	17
BICILLIN L-A.....	17
BIKTARVY.....	45
bimatoprost.....	112
bisoprolol fumarate.....	60
bisoprolol-hydrochlorothiazide.....	62

BIVIGAM.....	95
bleomycin sulfate.....	34
BLEPHAMIDE.....	108
BLEPHAMIDE S.O.P.....	108
blisovi 24 fe.....	86
blisovi fe.....	86
BOOSTRIX TDAP.....	102
bosentan.....	117
BOSULIF.....	36
BRAFTOVI.....	36
BREO ELLIPTA.....	117
BREZTRI AEROSPHERE.....	113
briellyn.....	86
BRILINTA.....	57
brimonidine tartrate.....	112
brinzolamide.....	112
BRIVIACT.....	20
bromfenac sodium.....	110
bromocriptine mesylate.....	41
BRONCHITOL.....	117
BRUKINSA.....	36
budesonide.....	113
budesonide ec.....	104
budesonide er.....	104
bumetanide.....	63
buprenorphine hcl.....	13
buprenorphine-naloxone.....	13
bupropion hcl.....	25
bupropion hcl sr.....	14,25
bupropion hcl sr 150mg tablet.....	25
bupropion xl.....	25
buspirone hcl.....	50
butalbital-acetaminophen.....	67
butalbital-acetaminophen-caffe.....	67
butalbital-aspirin-caffeine.....	67
butorphanol tartrate.....	10
BYNFEZIA.....	93
BYSTOLIC.....	60

C

cabergoline.....	93
------------------	----

CABLIVI.....	57	ceftazidime.....	16
CABOMETYX.....	36	ceftriaxone.....	16
calcipotriene.....	73	cefuroxime.....	16
calcitonin-salmon.....	104	cefuroxime sodium.....	16
calcitriol.....	104	celecoxib.....	8
calcium acetate.....	77	CELONTIN.....	22
CALQUENCE.....	36	cephalexin.....	16
camila.....	91	CERDELGA.....	80
camrese.....	86	CEREZYME.....	80
camrese lo.....	86	CHANTIX.....	14
candesartan cilexetil.....	58	charlotte 24 fe.....	105
candesartan-hydrochlorothiazid.....	62	chateal.....	86
CAPLYTA.....	43	chateal eq.....	105
CAPRELSA.....	36	CHENODAL.....	79
captopril.....	58	chlordiazepoxide hcl.....	50
captopril-hydrochlorothiazide.....	62	chlordiazepoxide-amitriptyline.....	25
CARBAGLU.....	75	chlorhexidine gluconate.....	70
carbamazepine.....	23	chloroquine phosphate.....	40
carbamazepine er.....	23	chlorothiazide.....	63
carbidopa.....	41	chlorpromazine hcl.....	42
carbidopa-levodopa.....	41	chlorthalidone.....	63
carbidopa-levodopa er.....	41	chlorzoxazone.....	118
carisoprodol.....	118	CHOLBAM.....	80
carteolol hcl.....	111	cholestyramine.....	64
cartia xt.....	61	cholestyramine light.....	64
carvedilol.....	60	ciclodan.....	74
carvedilol er.....	60	ciclopirox.....	74
caspofungin acetate.....	29	cidofovir.....	48
CAYSTON.....	116	cilostazol.....	58
caziant.....	86	CIMDUO.....	46
cefaclor.....	16	CIMZIA.....	99
cefadroxil.....	16	cinacalcet hcl.....	104
cefazolin sodium.....	16	CINRYZE.....	95
cefdinir.....	16	ciprofloxacin.....	19
cefepime hcl.....	16	ciprofloxacin hcl.....	19,109,112
cefixime.....	16	ciprofloxacin-d5w.....	19
cefotaxime sodium.....	16	ciprofloxacin-dexamethasone.....	112
cefotetan.....	16	citalopram hbr.....	25
cefoxitin.....	16	claravis.....	71
cefpodoxime proxetil.....	16	clarithromycin.....	18
cefprozil.....	16	clarithromycin er.....	18

CLENPIQ	79	CORDRAN	72
CLEOCIN	14	CORLANOR	62
CLIMARA PRO	86	CORTIFOAM	104
clindacin etz	14	cortisone acetate	83
clindacin p	14	COSENTYX (2 SYRINGES)	97
clindamycin (pediatric)	14	COSENTYX PEN	97
clindamycin hcl	15	COSENTYX PEN (2 PENS)	97
clindamycin phos-benzoyl perox	71	COSENTYX SYRINGE	97
clindamycin phosphate	15,74	COTELLIC	36
clindamycin-benzoyl peroxide	71	CREON	80
CLINISOL	75	CRESEMBA	29
clobazam	22	CRIXIVAN	48
clobetasol emollient	72	cromolyn sodium	81,110,116
clobetasol emulsion	72	crotan	74
clobetasol propionate	72	cryselle	86
clomipramine hcl	27	CUTAQUIG	95
clonazepam	22	CUVITRU	95
clonidine	58	CUVPOSA	78
clonidine hcl	58	cyclafem	86
clonidine hcl er	66	cyclobenzaprine hcl	118
clopidogrel	58	cyclophosphamide	33
clorazepate dipotassium	50,51	CYCLOSET	51
clotrimazole	29	cyclosporine	99
clotrimazole-betamethasone	73	cyclosporine modified	99
clovique	76	cyproheptadine hcl	113
clozapine	45	cyred	86
clozapine odt	45	cyred eq	86
COARTEM	40	CYSTADROPS	108
codeine sulfate	10	CYSTAGON	81
colchicine	30	CYSTARAN	108
colesevelam hcl	64	cytarabine	34
colestipol hcl	64		
colistimethate	15		
COMBIGAN	108	D	
COMBIVENT RESPIMAT	117	D-PENAMINE	83
COMETRIQ	36	dalfampridine er	68
comfort touch pen needle	105	DALIRESP	116
COMPLERA	46	danazol	85
compro	27	dantrolene sodium	45
constulose	78	dapsone	32,74
COPIKTRA	36	DAPTACEL DTAP	102
		daptomycin	15

darifenacin er.....	82	DIACOMIT.....	22
DARZALEX FASPRO.....	39	diazepam.....	22,51
dasetta.....	86	diazoxide.....	53
daunorubicin hcl.....	34	diclofenac potassium.....	8
DAURISMO.....	36	diclofenac sodium.....	8,73,110
daysee.....	86	diclofenac sodium er.....	8
deblitane.....	91	dicloxacillin sodium.....	17
deferasirox.....	76	dicyclomine hcl.....	78
deferiprone.....	76	didanosine.....	47
DELSTRIGO.....	46	DIFICID.....	18
demeclacycline hcl.....	19	diflunisal.....	8
DEMSSER.....	62	diluprednate.....	110
DENAVIR.....	74	digitek.....	59
DEPO-PROVERA.....	91	digox.....	59
DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	91	digoxin.....	59
dermacinrx empircaine.....	12	dihydroergotamine mesylate.....	31
DERMACINRX PRENATRIX.....	77	DILANTIN.....	23
DERMACINRX PRENATRYL.....	77	DILATRATE-SR.....	65
dermacinrx prizopak.....	13	dilt-xr.....	61
DESCOVY.....	47	diltiazem 12hr er.....	61
desipramine hcl.....	27	diltiazem 24hr er.....	61
desloratadine.....	113	diltiazem 24hr er (cd).....	61
desmopressin acetate.....	84	diltiazem 24hr er (la).....	61
desogestrel-eth estrad eth estra.....	86	diltiazem 24hr er (xr).....	61
desogestrel-ethynodiol estradiol.....	86	diltiazem hcl.....	61
desonide.....	72	dimethyl fumarate.....	68
desoximetasone.....	72	diphenhydramine hcl.....	113
desrx.....	72	diphenoxylate-atropine.....	78
desvenlafaxine succinate er.....	25	DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED.....	102
dexamethasone.....	83	disopyramide phosphate.....	59
dexamethasone intensol.....	83	disulfiram.....	13
dexamethasone sodium phosphate.....	110	DIURIL.....	63
dexmethylphenidate hcl.....	66	divalproex sodium.....	22
dexmethylphenidate hcl er.....	66	divalproex sodium er.....	22
dextroamphetamine sulfate.....	66	dofetilide.....	59
dextroamphetamine sulfate er.....	66	DOJOLVI.....	105
dextroamphetamine-amphet er.....	66	donepezil hcl.....	24
dextroamphetamine-amphetamine.....	66	donepezil hcl odt.....	24
dextrose 5%-0.45% nacl.....	75	dorzolamide hcl.....	112
dextrose 5%-0.9% nacl.....	75	dorzolamide-timolol.....	108
dextrose in water.....	75	dotti.....	86

DOVATO	45	ELMIRON	83
doxazosin mesylate	82	EMBEDA	9
doxepin hcl	27,118	EMCYT	34
doxercalciferol	104	EMEND	28
doxy 100	19	EMFLAZA	83
doxycycline hydiate	19,70	EMGALITY PEN	31
doxycycline ir-dr	19	EMGALITY SYRINGE	31
doxycycline monohydrate	20	emoquette	86
doxylamine succ-pyridoxine hcl	28	EMSAM	25
DRIZALMA SPRINKLE	26	emtricitabine	47
dronabinol	28	emtricitabine-tenofovir disop	47
droplet pen needle	105	EMTRIVA	47
drospirenone-eth estra-levomef	86	enalapril maleate	59
drospirenone-ethinyl estradiol	86	enalapril-hydrochlorothiazide	62
DROXIA	34	ENBREL	99
droxidopa	58	ENBREL MINI	99
DULEREA	117	ENBREL SURECLICK	99
duloxetine hcl	26	ENDARI	81
DUOBRII	73	endocet	10
DUPIXENT PEN	97	ENGERIX-B ADULT	102
DUPIXENT SYRINGE	97	ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT	102
DUREZOL	110	enoxaparin sodium	55
DURYSTA	112	enpresso	86
dutasteride	82	enskyce	86

E

easy touch insulin syringe	105	ENSPRYNG	97
easy touch safety pen needle	106	entacapone	41
ec-naproxen	8	entecavir	49
econazole nitrate	29	ENTRESTO	62
EDURANT	46	ENTYVIO	97
efavirenz	46	enulose	78
efavirenz-emtric-tenofovir disop	46	EPIDIOLEX	20
efavirenz-lamivu-tenofovir disop	46	epinastine hcl	110
EGRIFTA SV	84	epinephrine	115
ELAPRASE	81	EPIPEN	115
ELESTRIN	86	EPIPEN 2-PAK	115
eletriptan hbr	31	EPIPEN JR	115
elinest	86	EPIPEN JR 2-PAK	115
ELIQUIS	55	epitol	23
ELLA	106	EPIVIR HBV	49
		eplerenone	63
		EQUETRO	51

ergoloid mesylates	24	EXTAVIA	68
ERGOMAR	31	ezetimibe	64
ergotamine-caffeine	31	ezetimibe-simvastatin	64
ERIVEDGE	36		
ERLEADA	33	F	
erlotinib hcl	36	FABRAZYME	81
errin	91	falmina	87
ertapenem	18	famciclovir	50
ery	74	famotidine	80
ERYPED 400	18	FANAPT	43
ERYTHROCIN STEARATE	18	FARXIGA	52
erythromycin	19,74,110	FARYDAK	37
erythromycin ethylsuccinate	19	FASENRA	117
erythromycin-benzoyl peroxide	71	FASENRA PEN	118
ESBRIET	117	fayosim	87
escitalopram oxalate	26	febuxostat	30
esomeprazole magnesium	80	felbamate	20
estarrylla	87	felodipine er	60
estazolam	118	femynor	87
estradiol	87	fenofibrate	64
estradiol (once weekly)	87	fenofibric acid	64
estradiol (twice weekly)	87	fenoprofen calcium	8
estradiol valerate	87	fentanyl	9
estradiol-norethindrone acetat	87	fentanyl citrate	10,11
ESTRING	87	FERRIPROX	76
eszopiclone	118	FERRIPROX (2 TIMES A DAY)	76
ethacrynic acid	63	FERRIPROX (3 TIMES A DAY)	76
ethambutol hcl	32	FETROJA	17
ethosuximide	22	FETZIMA	26
ethynodiol-ethinyl estradiol	87	FINACEA	71
etodolac	8	finasteride	83
etoposide	35	FINTEPLA	20
etravirine	46	FIRDAPSE	67
EUCRISA	72	FIRMAGON	93
EVENITY	104	flac otic oil	112
EVENITY (2 SYRINGES)	104	FLAREX	111
everolimus	36,99	flavoxate hcl	82
EVOTAZ	48	FLEBOGAMMA DIF	95
EVRYSDI	81	flecainide acetate	59
exemestane	35	FLOVENT DISKUS	113
EXSERVAN	67	FLOVENT HFA	113

fluconazole.....	29	galantamine hbr.....	24
fluconazole-nacl.....	29	galantamine hydrobromide.....	24
flucytosine.....	29	GAMASTAN.....	95
fludrocortisone acetate.....	83	GAMASTAN S-D.....	96
fluocinolone acetonide.....	72	GAMMAGARD LIQUID.....	96
fluocinolone acetonide oil.....	112	GAMMAGARD S-D.....	96
fluocinonide.....	72	GAMMAKED.....	96
fluocinonide-e.....	72	GAMMAPLEX.....	96
FLUOROPLEX.....	73	GAMUNEX-C.....	96
fluorouracil.....	34,73	ganciclovir sodium.....	48
fluoxetine hcl.....	26	GARDASIL 9.....	102
fluphenazine decanoate.....	42	gatifloxacin.....	110
fluphenazine hcl.....	42	GATTEX.....	79
flurbiprofen.....	8	GAUZE PADS & DRESSINGS - PADS 2 X 2.....	106
flurbiprofen sodium.....	111	gavilyte-c.....	79
flutamide.....	33	gavilyte-g.....	79
fluticasone propionate.....	72,113	gavilyte-n.....	79
fluticasone-salmeterol.....	118	GAVRETO.....	34
fluvastatin er.....	64	gemfibrozil.....	64
fluvastatin sodium.....	64	gemmily.....	87
fluvoxamine maleate.....	26	generlac.....	78
FML FORTE.....	111	genraf.....	99
fondaparinux sodium.....	55	GENOTROPIN.....	84
formoterol fumarate.....	115	gentak.....	110
FORTEO.....	104	gentamicin sulfate.....	14,110
fosamprenavir calcium.....	48	GENVOYA.....	45
fosinopril sodium.....	59	gianvi.....	87
fosinopril-hydrochlorothiazide.....	62	GILENYA.....	69
FOTIVDA.....	33	GILOTRIF.....	37
FRAGMIN.....	55,56	GIMOTI.....	79
frovatriptan succinate.....	31	GIVLAARI.....	106
FULPHILA.....	56	GLASSIA.....	81
furosemide.....	63	glatiramer acetate.....	69
FUZEON.....	47	glatopa.....	69
fyavolv.....	87	GLEOSTINE.....	33
FYCOMPA.....	20	glimepiride.....	52
		glipizide.....	52
G		glipizide er.....	52
gabapentin.....	22	glipizide xl.....	52
GALAFOLD.....	81	glipizide-metformin.....	52
galantamine er.....	24		

GLOPERBA.....	30	HIBERIX.....	102
GLUCAGEN.....	53	HIZENTRA.....	96
GLUCAGON EMERGENCY KIT.....	53	HUMALOG.....	53
glucose in water.....	75	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....	53
glyburide.....	52	HUMALOG KWIKPEN U-100.....	53
glyburide micronized.....	52	HUMALOG KWIKPEN U-200.....	53
glyburide-metformin hcl.....	52	HUMALOG MIX 50-50.....	53
GLYCATE.....	78	HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN.....	54
glycopyrrolate.....	78	HUMALOG MIX 75-25.....	54
glydo.....	13	HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN.....	54
GLYXAMBI.....	52	HUMIRA.....	100
GOCOVRI.....	41	HUMIRA PEDIATRIC CROHN'S.....	100
gransetron hcl.....	28	HUMIRA PEN.....	100
GRANIX.....	56	HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS.....	100
griseofulvin.....	29	HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS..	100
griseofulvin ultramicrosize.....	29	HUMIRA(CF).....	100
guanfacine hcl.....	58	HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S.....	100
guanfacine hcl er.....	66	HUMIRA(CF) PEN.....	100
guanidine hcl.....	32	HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-UC-HS.....	100
GVOKE HYPOOPEN 1-PACK.....	53	HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC.....	100
GVOKE HYPOOPEN 2-PACK.....	53	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS..	100
 H		HUMULIN 70-30.....	54
HAEGARDA.....	95	HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	54
hailey.....	106	HUMULIN N.....	54
hailey 24 fe.....	87	HUMULIN N KWIKPEN.....	54
hailey fe.....	106	HUMULIN R.....	54
halobetasol propionate.....	72	HUMULIN R U-500.....	54
HALOG.....	72	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	54
haloperidol.....	42	hydralazine hcl.....	65
haloperidol decanoate.....	42	hydrochlorothiazide.....	63
haloperidol decanoate 100.....	42	hydrocodone-acetaminophen.....	11
haloperidol lactate.....	42	hydrocortisone.....	72,83,104
HAVRIX.....	102	hydrocortisone butyrate.....	72
heather.....	91	hydrocortisone valerate.....	72,73
HEPAGAM B.....	96	hydrocortisone-acetic acid.....	112
heparin sodium.....	56	hydrocortisone-pramoxine.....	73
HERCEPTIN.....	39	hydromorphone hcl.....	11
HERCEPTIN HYLECTA.....	39	hydroxychloroquine sulfate.....	40
HETLIOZ.....	119	hydroxyprogesterone caproate.....	91
HETLIOZ LQ.....	119	hydroxyurea.....	34
		hydroxyzine hcl.....	113

hydroxyzine pamoate	50	INSULIN LISPRO KWIKPEN U-100	54
HYPERHEP B	96	INSULIN LISPRO PROTAMINE MIX	54
HYPERRAB	96	INSULIN PEN NEEDLE	106
HYPERRHO S-D	96	insulin syringe	106
		INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1 ML	106
		INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1/2 ML	106
ibandronate sodium	104	INTELENCE	46
IBRANCE	34,37	INTRALIPID	106
ibu	8	INTRON A	99
ibuprofen	8	introvale	87
icatibant	95	INVEGA SUSTENNA	43
iclevia	87	INVEGA TRINZA	43
ICLUSIG	37	INVIRASE	48
icosapent ethyl	65	IOPIDINE	112
IDHIFA	35	IPOL	102
ifosfamide	33	ipratropium bromide	114
ILARIS	97	ipratropium-albuterol	118
ILUMYA	97	irbesartan	58
imatinib mesylate	37	irbesartan-hydrochlorothiazide	62
IMBRUVICA	37	IRESSA	37
imipenem-cilastatin sodium	18	irinotecan hcl	35
imipramine hcl	27	ISENTRESS	45
imiquimod	73	ISENTRESS HD	46
IMOVAX RABIES VACCINE	102	isibloom	87
IMPAVIDO	15	isoniazid	32
INBRIJA	42	ISOPROPYL ALCOHOL 0.7 ML/ML	
incassia	91	MEDICATED PAD	106
incontrol pen needle	106	isosorbide dinitrate	65
INCRELEX	84	isosorbide mononitrate	65
indapamide	64	isosorbide mononitrate er	65
indomethacin	8	isotretinoin	71
INFANRIX DTAP	102	ISTURISA	93
INFLECTRA	100	itraconazole	29
INFUMORPH	9	ivermectin	40,74
INGREZZA	67	IXIARO	102
INGREZZA INITIATION PACK	67		
INLYTA	37	J	
INQOVI	37	JADENU SPRINKLE	76
INREBIC	35	jaimiess	106
INSULIN LISPRO	54	JAKAFI	37
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN	54	jantoven	56

JANUMET	52	KLISYRI	73
JANUMET XR	52	klor-con	75
JANUVIA	52	KLOR-CON 10	75
JARDIANCE	52	KLOR-CON 8	75
jasmiel	87	klor-con m10	75
jencycla	91	KLOR-CON M15	75
JENTADUETO	52	klor-con m20	75
JENTADUETO XR	52	KORLYM	84
jinteli	87	KOSELUGO	37
jolessa	87	kurvelo	88
jolivette	91	KUVAN	81
JUBLIA	29	KYNMOBI	41
juleber	87		
JULUCA	46		
junel	87	L	
junel fe	87	labetalol hcl	60
junel fe 24	87	LACRISERT	109
JUXTAPID	65	lactated ringers	75
JYNARQUE	76	lactulose	78
		lamivudine	47,49
K		lamivudine hbv	49
kaitlib fe	87	lamivudine-zidovudine	47
KALBITOR	95	lamotrigine	20
KALETRA	48	lamotrigine (blue)	21
kalliga	106	lamotrigine (green)	21
KALYDECO	116	lamotrigine (orange)	21
KANUMA	81	lamotrigine odt (orange)	21
kariva	87	LANOXIN	59
kelnor 1-35	88	lansoprazole	80
kelnor 1-50	88	lanthanum carbonate	77
KESIMPTA PEN	69	LANTUS	54
ketoconazole	29	LANTUS SOLOSTAR	54
ketoprofen	8	lapatinib	37
ketorolac tromethamine	8,9,111	larin	88
KEVEYIS	81	larin 24 fe	88
KEVZARA	97	larin fe	88
KINERET	97	larissia	88
KINRIX	102	latanoprost	112
kionex	77	LATUDA	43
KISQALI	37	LAYOLIS FE	88
KISQALI FEMARA CO-PACK	35	LAZANDA	11
		leena	88

leflunomide	100	lithium carbonate	51
LEMTRADA	97	lithium carbonate er	51
LENVIMA	37	LIVALO	64
lessina	88	LO LOESTRIN FE	88
letrozole	35	lo-zumandimine	106
leucovorin calcium	40	lojaimiess	106
LEUKERAN	33	LONHALA MAGNAIR REFILL	114
LEUKINE	56	LONSURF	35
leuprolide acetate	93	loperamide	78,79
levalbuterol concentrate	115	loperamide hcl	79
levalbuterol hcl	115	lopinavir-ritonavir	48
levalbuterol tartrate hfa	115	lopreeza	88
LEVEMIR	54	lorazepam	51
LEVEMIR FLEXTOUCH	54	lorazepam intensol	51
levetiracetam	21	LORBRENA	37
levetiracetam er	21	lorcet	11
levobunolol hcl	111	lorcet hd	11
levocarnitine	106	lorcet plus	11
levocarnitine sf	106	loryna	88
levocetirizine dihydrochloride	114	losartan potassium	58
levofloxacin	19,110	losartan-hydrochlorothiazide	62
levonest	88	LOTEMAX	111
levonorg-eth estrad eth estrad	88	LOTEMAX SM	111
levonorgestrel-eth estradiol	88	loteprednol etabonate	111
levora-28	88	lovastatin	64
levothyroxine sodium	92	low-ogestrel	88
LEVOXYL	92	loxapine	42
LEXIVA	48	lubiprostone	78
lidocaine	13	LUCEMYRA	13
lidocaine hcl	13	LUMAKRAS	35
lidocaine hcl viscous	70	LUMIGAN	112
lidocaine-prilocaine	13	LUMIZYME	81
lillow	106	LUPANETA PACK	93
lindane	74	LUPKYNIS	100
linezolid	15	LUPRON DEPOT	93
linezolid-d5w	15	LUPRON DEPOT (LUPANETA)	93
LINZESS	78	LUPRON DEPOT-PED	93,94
liothyronine sodium	92	lutera	88
lisinopril	59	lyleq	91
lisinopril-hydrochlorothiazide	62	lyllana	88
lithium	51	LYNPARZA	37

LYSODREN.....	93	metformin hcl.....	52
LYUMJEV.....	54	metformin hcl er.....	52
LYUMJEV KWIKPEN U-100.....	54	methadone hcl.....	9
LYUMJEV KWIKPEN U-200.....	54	methadone intensol.....	9
lyza.....	91	METHADOSE.....	9
M		methazolamide.....	112
M-M-R II VACCINE.....	102	methenamine hippurate.....	15
MAKENA.....	92	methimazole.....	95
malathion.....	74	methocarbamol.....	118
maprotiline hcl.....	25	methotrexate.....	100
marlissa.....	88	methotrexate sodium.....	100
MARPLAN.....	25	methoxsalen.....	73
MATULANE.....	33	methscopolamine bromide.....	78
matzim la.....	61	methyldopa.....	58
MAVENCLAD.....	69	methyldopa-hydrochlorothiazide.....	62
MAVYRET.....	49	methylphenidate er.....	67
MAYZENT.....	69	methylphenidate er (la).....	67
meclizine hcl.....	28	methylphenidate hcl.....	67
meclofenamate sodium.....	9	methylphenidate hcl cd.....	67
medroxyprogesterone acetate.....	92	methylphenidate hcl er (cd).....	67
mefenamic acid.....	9	methylphenidate la.....	67
mefloquine hcl.....	40	methylprednisolone.....	83
megestrol acetate.....	92	metoclopramide hcl.....	79
MEKINIST.....	37	metolazone.....	64
MEKTOVI.....	37	metoprolol succinate.....	60
melodetta 24 fe.....	88	metoprolol tartrate.....	60
meloxicam.....	9	metoprolol-hydrochlorothiazide.....	62
memantine hcl.....	24	metronidazole.....	15,71
memantine hcl er.....	24	metyrosine.....	62
MENACTRA.....	102	mexiletine hcl.....	59
MENEST.....	88	mibelas 24 fe.....	88
MENQUADFI.....	102	miconazole 3.....	30
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP.....	102	MICRHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS.....	96
mercaptopurine.....	34	microgestin.....	88
meropenem.....	18	microgestin fe.....	88
merzee.....	88	midodrine hcl.....	58
mesalamine.....	103	migergot.....	31
mesalamine er.....	104	miglustat.....	81
MESNEX.....	40	mili.....	89
metaproterenol sulfate.....	115	mimvey.....	89
		mimvey lo.....	89

minitran	65	NAGLAZYME	81
minocycline hcl	20	naloxone hcl	13
minoxidil	65	naltrexone hcl	13
mirtazapine	25	NAMZARIC	24
MIRVASO	71	naproxen	9
misoprostol	80	naproxen sodium	9
mitigo	9	naproxen-esomeprazole mag	9
mitoxantrone hcl	69	naratriptan hcl	31
modafinil	119	NARCAN	13
moexipril hcl	59	NATACYN	110
molindone hcl	42	nateglinide	52
mometasone furoate	73,113	NATPARA	105
monodoxine nl	20	NAYZILAM	21
mono-linyah	89	nebivolol hcl	60
mononessa	89	necon	89
montelukast sodium	114	NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY	107
morgidox	20	nefazodone hcl	26
morphine sulfate	12	neo-polycin	109
morphine sulfate er	10	neo-polycin hc	109
moxifloxacin	19,110	neomycin sulfate	14
moxifloxacin hcl	19	neomycin-bacitracin-poly-hc	109
MOZOBIL	56	neomycin-bacitracin-polymyxin	109
MULPLETA	57	neomycin-polymyxin-dexameth	109
mupirocin	74	neomycin-polymyxin-gramicidin	109
MVASI	39	neomycin-polymyxin-hc	109,112
MYALEPT	79	neomycin-polymyxin-hydrocort	112
MYCAPSSA	94	NEONATAL-DHA	77
mycophenolate mofetil	100	NERLYNX	38
mycophenolic acid	100	NEULASTA	57
MYFEMBREE	94	NEULASTA ONPRO	57
myorisan	71	NEUPOGEN	57
MYRBETRIQ	82	NEUPRO	41
myzilra	106	nevirapine	46
		nevirapine er	46
N		NEXAVAR	38
NABI-HB	96	NEXLETOL	65
nabumetone	9	niacin	65
nadolol	60	niacin er	65
nafcillin	18	niacor	65
nafcillin sodium	18	nicardipine hcl	60
naftifine hcl	30	NICOTROL	14

NICOTROL NS.....	14	NUZYRA.....	20
nifedipine er.....	60	nyamyc.....	30
nikki.....	89	nylia.....	89
nilutamide.....	33	NYMALIZE.....	61
nimodipine.....	61	nymyo.....	89
NINLARO.....	35	nystatin.....	30
nisoldipine.....	61	nystatin-triamcinolone.....	74
nitazoxanide.....	40	nystop.....	30
nitisinone.....	81	NYVEPRIA.....	57
NITRO-BID.....	65		
NITRO-DUR.....	66	O	
nitrofurantoin.....	15	OCALIVA.....	79
nitrofurantoin mono-macro.....	15	ocella.....	89
nitroglycerin.....	66	OCREVUS.....	69
nitroglycerin patch.....	66	OCTAGAM.....	96
NITYR.....	81	octreotide acetate.....	94
NIVESTYM.....	57	ODEFSEY.....	47
nizatidine.....	80	ODOMZO.....	38
nora-be.....	92	OFEV.....	117
norethin-eth estra-ferrous fum.....	89	ofloxacin.....	19,110,112
norethindron-ethinyl estradiol.....	89,107	ogestrel.....	89
norethindrone.....	92	olanzapine.....	44
norethindrone ac (lupaneta).....	92	olanzapine odt.....	44
norethindrone acetate.....	92	olmesartan medoxomil.....	58
norethindrone-e.estradiol-iron.....	89,107	olmesartan-hydrochlorothiazide.....	62
norgestimate-ethinyl estradiol.....	89	olopatadine hcl.....	110
norlyda.....	89	OLUMIANT.....	97
NORPACE CR.....	59	omega-3 acid ethyl esters.....	65
NORTHERA.....	58	omeprazole.....	80
nortrel.....	89	omnipod dash pdm kit.....	107
nortriptyline hcl.....	27	ondansetron hcl.....	28,29
NORVIR.....	48	ondansetron odt.....	29
NOXAFILE.....	30	ONPATTRO.....	81
NPLATE.....	57	ONTRUZANT.....	39
NUBEQA.....	33	ONUREG.....	35
NUCALA.....	118	opium tincture.....	79
NUEDEXTA.....	68	OPSUMIT.....	117
NULOJIX.....	100	oralone.....	70
NUPLAZID.....	43	ORENCIA.....	97,100
NURTEC ODT.....	31	ORENCIA CLICKJECT.....	98
NUTRILIPID.....	107	ORENITRAM ER.....	117

ORFADIN	81	PEDIARIX	102
ORGOVYX	94	PEDVAXHIB	102
ORIAHNN	94	peg 3350-electrolyte	79
ORILISSA	94	peg-3350 and electrolytes	79
ORKAMBI	116	peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c	79
ORLADEYO	107	PEGANONE	23
orsythia	89	PEGASYS	99
ORTIKOS	104	PEGASYS PROCLICK	99
oseltamivir phosphate	49	PEMAZYRE	35
OSPHENA	92	pen needle	107
OTEZLA	74	penicillamine	83
oxandrolone	85	penicillin g sodium	18
oxaprozin	9	penicillin v potassium	18
OXAYDO	12	PENTACEL	103
OXBRYTA	57	pentamidine isethionate	40
oxcarbazepine	23	pentoxifylline	62
OXERVATE	109	PERFOROMIST	115
oxybutynin chloride	82	perindopril erbumine	59
oxybutynin chloride er	82	periogard	70
oxycodone hcl	12	permethrin	74
oxycodone hcl-aspirin	12	perphenazine	42
oxycodone hcl-ibuprofen	12	perphenazine-amitriptyline	25
oxycodone-acetaminophen	12	PERSERIS	44
oxymorphone hcl er	10	phenadoz	28
OZEMPIC	52	phenelzine sulfate	25
P		phenobarbital	23
pacerone	59	phenobarbital sodium	23
paliperidone er	44	phenoxybenzamine hcl	58
PANRETIN	39	phenytoin	23
pantoprazole sodium	80	phenytoin sodium extended	24
PANZYGA	96	PHESGO	35
paricalcitol	105	philith	89
paroex	70	PHOSPHOLINE IODIDE	112
paromomycin sulfate	14	PICATO	74
paroxetine cr	26	PIFELTRO	46
paroxetine er	26	pilocarpine hcl	70,112
paroxetine hcl	26	pimecrolimus	73
paroxetine mesylate	26	pimozide	43
PASER	32	pimtrea	89
PAXIL	26	pindolol	60
		pioglitazone hcl	52

pioglitazone-glimepiride.....	52	PREZCOBIX.....	48
pioglitazone-metformin.....	52	PREZISTA.....	48
pip pen needle.....	107	PRIFTIN.....	32
piperacillin-tazobactam.....	18	primaquine.....	40
PIQRAY.....	38	primidone.....	23
pirmella.....	89	PRIVIGEN.....	96
piroxicam.....	9	PROAIR HFA.....	115
plain niacin.....	65	PROAIR RESPICLICK.....	115
PLEGRIDY.....	69	probencid.....	30
PLEGRIDY PEN.....	69	probencid-colchicine.....	30
PLENAMINE.....	75	prochlorperazine.....	28
PNV TABS 20-1.....	77	prochlorperazine edisylate.....	28
podofilox.....	74	prochlorperazine maleate.....	28
polycin.....	109	procto-med hc.....	104
polymyxin b sul-trimethoprim.....	109	procto-pak.....	104
polymyxin b sulfate.....	15	proctosol-hc.....	104
POMALYST.....	34	proctozone-hc.....	104
portia.....	89	PROCYSBI.....	81
posaconazole.....	30	progesterone.....	92
potassium chloride.....	75	PROGLYCEM.....	53
potassium citrate er.....	75	PROGRAF.....	100
pramipexole dihydrochloride.....	41	PROLASTIN C.....	81
prasugrel hcl.....	58	PROLENSA.....	111
pravastatin sodium.....	64	PROLIA.....	105
praziquantel.....	40	PROMACTA.....	57
prazosin hcl.....	58	promethazine hcl.....	28
PRED-G.....	109	promethegan.....	28
prednicarbate.....	73	propafenone hcl.....	59
prednisolone.....	83	propafenone hcl er.....	59
prednisolone acetate.....	111	propranolol hcl.....	60
prednisolone sodium phosphate.....	84,111	propranolol hcl er.....	60
prednisone.....	84	propranolol-hydrochlorothiazid.....	62
pregabalin.....	68	propylthiouracil.....	95
PREGEN DHA.....	77	PROQUAD.....	103
PREMARIN.....	89	protriptyline hcl.....	27
PREMPHASE.....	90	PULMOZYME.....	116
PREMPRO.....	90	PURIXAN.....	34
PRENATAL VITAMINS.....	77	pyrazinamide.....	32
prevalite.....	65	pyridostigmine bromide.....	32
previfem.....	90	pyridostigmine bromide er.....	32
PREVYTMIS.....	49	pyrimethamine.....	40

Q

QINLOCK	34
QUADRACEL DTAP-IPV	103
quasense	107
quetiapine fumarate	44
quetiapine fumarate er	44
quinapril hcl	59
quinapril-hydrochlorothiazide	63
quinidine gluconate	59
quinidine sulfate	59
quinine sulfate	41

R

RABAVERT	103
rabeprazole sodium	80
RADICAVA	68
raloxifene hcl	92
ramelteon	119
ramipril	59
ranolazine er	63
rasagiline mesylate	42
RASUVO	100,101
RAVICTI	81
RAYALDEE	105
RAYOS	84
REBIF	69
REBIF REBIDOSE	69
REBLOZYL	57
reclipsen	90
RECOMBIVAX HB	103
RECTIV	79
relexxii	67
RELISTOR	78
REMICADE	101
RENFLEXIS	101
repaglinide	52
REPATHA PUSHTRONEX	65
REPATHA SURECLICK	65
REPATHA SYRINGE	65
RESTASIS	109

RESTASIS MULTIDOSE	109
RETACRIT	57
RETEVMO	35
RETROVIR	47
REVCORI	81
REVLIMID	34
REXULTI	44
REYATAZ	48
REZUROCK	101
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS	96
RHOPHYLAC	96
RHOPRESSA	112
ribavirin	49
RIDAURA	98
rifabutin	32
rifampin	33
riluzole	68
rimantadine hcl	49
RINVOQ	98
RISPERDAL CONSTA	44
risperidone	44
risperidone odt	44
ritonavir	48
RITUXAN	39
RITUXAN HYCELA	39
rivastigmine	24
rivelsa	90
rizatriptan	31
ROCKLATAN	109
ROMIDEPSIN	35
ropinirole hcl	41
rosadan	71
rosuvastatin calcium	64
ROTARIX	103
ROTATEQ	103
roweepra	21
roweepra xr	21
ROZLYTREK	38
RUBRACA	38
RUCONEST	95
rufinamide	24

RUKOBIA	47	simvastatin	64
RUXIENCE	39	sirolimus	101
RUZURGI	68	SIRTURO	33
RYBELSUS	53	SIVEXTRO	15
RYDAPT	38	SKYRIZI	98
RYTARY	42	SKYRIZI (2 SYRINGES) KIT	98
S		SKYRIZI PEN	98
SANCUSO	29	sodium chloride	76,107
SANDIMMUNE	101	sodium chloride-water	76
SANDOSTATIN LAR DEPOT	94	sodium fluoride 2.2 mg (fluoride ion 1 mg) oral tablet	76
SANTYL	74	sodium phenylbutyrate	82
SAPHRIS	44	sodium polystyrene sulfonate	77
sapropterin dihydrochloride	81	sofosbuvir-velpatasvir	49
SARCLISA	39	solifenacin succinate	82
SAVELLA	68	SOLIRIS	98
scopolamine	28	SOLTAMOX	34
SECUADO	44	SOMATULINE DEPOT	94
securesafe pen needle	107	SOMAVERT	94
selegiline hcl	42	sorine	60
selenium sulfide	73	sotalol	60
SELZENTRY	47	sotalol af	60
SEREVENT DISKUS	115	SPIRIVA	114
sertraline hcl	26	SPIRIVA RESPIMAT	114
setlakin	90	spironolactone	63
sevelamer carbonate	77	spironolactone-hctz	63
sevelamer hcl	77	SPRAVATO	25
SEYSARA	20	sprintec	90
sharobel	92	SPRITAM	21
SHINGRIX	103	SPRIX	9
SIGNIFOR	94	SPRYCEL	38
SIGNIFOR LAR	94	SPS	77
SIKLOS	34	sronyx	90
sildenafil citrate	117	SSD	74
SILIQ	98	STAMARIL	103
silodosin	83	stavudine	47
silver sulfadiazine	74	STELARA	98
SIMBRINZA	109	STIMATE	84
simliya	107	STIOLTO RESPIMAT	118
simpesse	107	STIVARGA	38
SIMPONI ARIA	101	STRENSIQ	82

streptomycin sulfate.....	14
STRIBILD.....	46
subvenite.....	21
subvenite (blue).....	21
subvenite (green).....	21
subvenite (orange).....	21
sucralfate.....	80
sulfacetamide sodium.....	110
sulfacetamide-prednisolone.....	109
sulfadiazine.....	19
sulfamethoxazole-trimethoprim.....	19
sulfasalazine.....	104
sulfasalazine dr.....	104
sulindac.....	9
sumatriptan.....	32
sumatriptan succinate.....	32
sunitinib malate.....	38
SUPPRELIN LA.....	94
SUPRAX.....	17
SUPREP.....	79
sure comfort safety pen needle.....	107
SUTENT.....	38
syeda.....	90
SYLATRON.....	99
SYLVANT.....	98
SYMBICORT.....	118
SYMDEKO.....	116
SYMFI.....	46
SYMFI LO.....	46
SYMLINPEN 120.....	53
SYMLINPEN 60.....	53
SYMPAZAN.....	23
SYMTUZA.....	48
SYNAGIS.....	96
SYNAREL.....	94
SYNDROS.....	29
SYNJARDY.....	53
SYNJARDY XR.....	53
SYNRIBO.....	35

T

TABLOID.....	34
TABRECTA.....	34
tacrolimus.....	73,101
tadalafil.....	117
TAFINLAR.....	38
TAGRISSO.....	38
TAKHZYRO.....	95
TALTZ AUTOINJECTOR.....	98
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK).....	98
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK).....	98
TALTZ SYRINGE.....	98
TALZENNA.....	38
tamoxifen citrate.....	34
tamsulosin hcl.....	83
TARGRETIN.....	39
tarina 24 fe.....	90
tarina fe.....	90
tarina fe 1-20 eq.....	90
TASIGNA.....	38
TAVALISSE.....	58
tazarotene.....	71
tazicef.....	17
taztia xt.....	61
TAZVERIK.....	35
TDVAX.....	103
TECFIDERA.....	69,70
TEFLARO.....	17
TEGSEDI.....	82
telmisartan.....	58
telmisartan-hydrochlorothiazid.....	63
temazepam.....	119
TEMIXYS.....	47
tencon.....	68
TENIVAC.....	103
tenofovir disoproxil fumarate.....	47
TEPMETKO.....	38
terazosin hcl.....	83
terbinafine hcl.....	30
terbutaline sulfate.....	115

terconazole.....	30	TOSYMRA.....	.32
TERIPARATIDE.....	105	TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	.54
testosterone.....	85	TOUJEO SOLOSTAR.....	.54
testosterone cypionate.....	85	tovet emollient.....	.73
testosterone enanthate.....	85	TRADJENTA.....	.53
tetrabenazine.....	68	tramadol hcl.....	.12
tetracycline hcl.....	20	tramadol hcl-acetaminophen.....	.12
THALOMID.....	34	trandolapril.....	.59
theophylline.....	116	trandolapril-verapamil er.....	.63
theophylline anhydrous.....	116	tranexamic acid.....	.57
THIOLA EC.....	83	tranylcyromine sulfate.....	.25
thioridazine hcl.....	43	trazodone hcl.....	.27
thiotepa.....	33	TRECATOR.....	.33
thiothixene.....	43	TRELEGY ELLIPTA.....	.118
tiadylt er.....	61	TRELSTAR.....	.94,.95
tiagabine hcl.....	23	TREMFYA.....	.98
TIBSOVO.....	38	TRESIBA.....	.54
TIGLUTIK.....	68	TRESIBA FLEXTOUCH U-100.....	.54
tilia fe.....	90	TRESIBA FLEXTOUCH U-200.....	.55
timolol maleate.....	31,111	tretinoin.....	.39,.71
tinidazole.....	15	tretinoin microsphere.....	.71
TIVICAY.....	46	tri-femynor.....	.107
TIVICAY PD.....	46	tri-estarrylla.....	.90
tizanidine hcl.....	45	tri-legest fe.....	.90
TOBI PODHALER.....	116	tri-linyah.....	.90
TOBRADEX.....	109	tri-lo-estarrylla.....	.90
TOBRADEX ST.....	109	tri-lo-marzia.....	.90
tobramycin.....	14,110,116	tri-lo-mili.....	.107
tobramycin sulfate.....	14	tri-lo-sprintec.....	.90
tobramycin-dexamethasone.....	109	tri-mili.....	.90
TOBREX.....	110	tri-nymyo.....	.90
tolazamide.....	53	tri-previfem.....	.90
tolcapone.....	41	tri-sprintec.....	.90
tolmetin sodium.....	9	tri-vylibra.....	.90
TOLSURA.....	30	tri-vylibra lo.....	.90
tolterodine tartrate.....	82	triamcinolone acetonide.....	.70,.73
tolterodine tartrate er.....	82	triamterene-hydrochlorothiazid.....	.63
topiramate.....	21	trianex.....	.73
toposar.....	.36	triderm.....	.73
toremifene citrate.....	34	trientine hcl.....	.77
torsemide.....	63	trifluoperazine hcl.....	.43

trifluridine	110	ultra flo pen needle	108
trihexyphenidyl hcl	41	unifine pen needle	108
TRIJARDY XR	53	unifine pentips	108
TRIKAFTA	116	unifine pentips plus	108
trilyte with flavor packets	79	UNITHROID	93
trimethoprim	15	UPTRAVI	117
trimipramine maleate	27	ursodiol	79
TRINTELLIX	27		
TRIPTODUR	95		
tritocin	73		
TRIUMEQ	47	v-go 20	108
trivora-28	90	v-go 30	108
TRODELVY	39	v-go 40	108
trospium chloride	82	valacyclovir	50
trospium chloride er	82	VALCHLOR	33
true comfort pen needle	107	valganciclovir hcl	49
true comfort pro alcohol pads	107	valproic acid	21
TRULICITY	53	valsartan	58
TRUMENBA	103	valsartan-hydrochlorothiazide	63
TRUSELTIQ	35	VALTOCO	23
TRUVADA	47	vancomycin hcl	15
TUKYSA	35	VANDAZOLE	15
tulana	92	VAQTA	103
TURALIO	38	varenicline tartrate	14
TWINRIX	103	VARIVAX VACCINE	103
TYBOST	48	VARIZIG	96
tydemy	90	VASCEPA	65
TYKERB	38	velvet	90
TYMLOS	105	VELPHORO	77
TYPHIM VI	103	VELTASSA	77
TYSSABRI	70	VEMLIDY	49
		VENCLEXTA	38
		VENCLEXTA STARTING PACK	38
		venlafaxine hcl	27
		venlafaxine hcl er	27
		VENTAVIS	117
		veo insulin syringe	108
		verapamil er	61
		verapamil er pm	61
		verapamil hcl	61
		verapamil sr	61
		VERSACLOZ	45

U

UBRELVY	31
UDENYCA	57
UKONIQ	38
ulticare pen needle	107
ulticare safety pen needle	107
ultigard safepack-insulin syr	107
ULTOMIRIS	98
ultra flo insulin syringe	107

VERZENIO	38	wera	91
vestura	91	westab plus	77
vgo 20	108	wixela inhub	118
vgo 30	108	wymzya fe	91
vgo 40	108		
VIBRAMYCIN	20		
VICTOZA 2-PAK	53	X	
VICTOZA 3-PAK	53	XALKORI	39
VIDEX	47	XARELTO	56
VIDEX EC	47	XATMEP	101
vienna	91	XCOPRI	21
vigabatrin	23	XELJANZ	98
vigadrone	23	XELJANZ XR	98
VIIBRYD	27	XEMBIFY	96
VIMIZIM	82	XENLETA	16
VIMPAT	24	XERMELO	78
vinorelbine tartrate	35	XGEVA	105
viorele	91	XIFAXAN	79
VIRACEPT	48	XIGDUO XR	53
VIREAD	47	XiIDRA	109
VISTOGARD	108	XOFLUZA	49,50
VITRAKVI	38	XOLAIR	98
VIVITROL	13	XOSPATA	39
VIZIMPRO	38	XPOVIO	35
volnea	108	XTAMPZA ER	10
voriconazole	30	XTANDI	33
VOSEVI	49	xulane	91
VOTRIENT	39	XURIDEN	82
VPRIV	82	XYREM	119
VRAYLAR	44	XYWAV	119
VUMERTY	70		
vyfemla	91		
vylibra	91		
VYNDAMAX	63		
VYNDAQEL	82		
VYZULTA	112		
W			
WAKIX	119	Y	
warfarin sodium	56	YF-VAX	103
WELIREG	39	YONSA	33
		YUPELRI	114
		yuvafem	91
Z			
zafemy	91		
zafirlukast	114		
zaleplon	119		
zarah	91		

ZARXIO.....	.57
ZEJULA.....	.39
ZELBORAF.....	.39
ZEMAIRA.....	.82
zenatane.....	.71
ZENPEP.....	.82
ZEPOSIA.....	.70
ZEPZELCA.....	.33
zidovudine.....	.47
ZIEXTENZO.....	.57
zileuton er.....	.114
ziprasidone hcl.....	.44
ziprasidone mesylate.....	.45
ZIRABEV.....	.39
ZIRGAN.....	.110
ZOLADEX.....	.95
ZOLINZA.....	.35
zolmitriptan.....	.32
zolpidem tartrate.....	.119
zolpidem tartrate er.....	.119
zonisamide.....	.24
ZORBTIVE.....	.80
ZORTRESS.....	.101
ZOSTAVAX.....	.103
zovia 1-35.....	.91
zovia 1-35e.....	.91
zumandimine.....	.91
ZYDELIG.....	.39
ZYFLO.....	.114
ZYKADIA.....	.39
ZYLET.....	.109
ZYPREXA RELPREVV.....	.45
ZYTIGA.....	.33

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

MCC of AZ (HMO SNP)

1-800-424-4509 (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.mccofaz.com/dsnp

Número de identificación de presentación de formulario aprobado por HPMS: 21315, 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 AZ (HMO SNP)
1-800-424-4509 (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.mccofaz.com/dsnp