

# Formulario 2012

(Lista parcial de medicamentos cubiertos)

**LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN.**

**Nota para los miembros actuales:** Este formulario cambió con respecto al año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que toma.

El presente documento incluye el formulario parcial de Health Alliance Medicare al 1 de enero de 2012. Para obtener el formulario actualizado completo, visite nuestro sitio web en [HealthAllianceMedicare.org](http://HealthAllianceMedicare.org) o llame al 1-800-965-4022 los siete días de la semana, entre las 8 a. m. y las 8 p. m. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-866-883-8551.

Los beneficiarios deben utilizar las farmacias de la red para tener acceso al beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, la prima o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2013.

Health Alliance Medicare es un plan de salud que tiene un contrato con Medicare y un patrocinador de la Parte D aprobada por Medicare.

## ¿En qué consiste el Formulario de Health Alliance Medicare?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Health Alliance Medicare con la colaboración de un equipo de proveedores de atención médica, que representa los tratamientos con receta que se considera que son parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Normalmente, Health Alliance Medicare cubrirá los medicamentos incluidos en el formulario siempre que el medicamento sea necesario desde el punto de vista médico, que este medicamento con receta se obtenga en una farmacia de la red de Health Alliance Medicare y que se cumpla con otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte la Evidencia de cobertura. Este documento es un formulario parcial y solo incluye algunos de los medicamentos cubiertos por Health Alliance Medicare.

Para obtener el listado completo de todos los medicamentos con receta cubiertos por Health Alliance Medicare, visite nuestro sitio web en [HealthAllianceMedicare.org](http://HealthAllianceMedicare.org) o llame al 1-800-965-4022, los siete días de la semana, entre las 8 a. m. y las 8 p. m. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

## ¿El Formulario puede cambiar?

En general, si usted toma un medicamento de nuestro formulario 2012 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2012, excepto cuando esté disponible un nuevo medicamento genérico de menor costo o cuando se dé a conocer nueva información adversa acerca de la seguridad o eficacia del medicamento. Otros tipos de cambios en el formulario, como por ejemplo, la eliminación de un medicamento de nuestro formulario, no afectarán a los miembros que actualmente estén tomando el medicamento. Continuará disponible al mismo costo compartido para aquellos miembros que estén tomándolo por el resto del año de cobertura. Consideramos que es importante que tenga acceso continuo a los medicamentos del formulario que estaban disponibles cuando eligió nuestro plan durante el resto del año de cobertura, salvo en los casos en los que usted podría ahorrar más dinero o que nosotros podríamos garantizarle su seguridad.

Si retiramos medicamentos de nuestro formulario; agregamos autorización previa, límites de cantidad o restricciones en tratamientos escalonados en relación con un medicamento; o pasamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar a los miembros afectados del cambio al menos 60 días antes de que entre en vigencia dicho cambio o en el momento en el que el miembro solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro del medicamento para 60 días. Si la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) considera que un medicamento de nuestro formulario es inseguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos de inmediato dicho medicamento de nuestro formulario y notificaremos a los miembros que toman el medicamento en cuestión. El formulario adjunto tiene vigencia a partir del 1 de enero de 2012. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Health Alliance Medicare, visite nuestro sitio web en [HealthAllianceMedicare.org](http://HealthAllianceMedicare.org) o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022, los siete días de la semana, entre las 8 a. m. y las 8 p. m. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

El formulario se actualiza de manera periódica y de acuerdo con las pautas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).

## ¿Cómo utilizo el Formulario?

### Listado alfabético

El Formulario comienza en la página 6. Los medicamentos están ordenados alfabéticamente. El Formulario también enumera la dosis, la forma de dosificación, el nivel, los requisitos/límites y la categoría terapéutica.

Los medicamentos se agrupan en los siguientes cinco niveles.

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos
- Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos
- Nivel 3: medicamentos de marca preferidos
- Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos
- Nivel 5: medicamentos especializados

## ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Health Alliance Medicare cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA dado que se considera que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Normalmente, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

## ¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** Health Alliance Medicare exige que usted o su médico obtengan una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con la aprobación de Health Alliance Medicare antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no consigue la autorización, es posible que Health Alliance Medicare no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, Health Alliance Medicare limita la cantidad de medicamento que cubrirá. Por ejemplo, Health Alliance Medicare provee 20 comprimidos por receta de ketorolaco trometamina. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, Health Alliance Medicare requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su enfermedad antes de que cubramos otro medicamento para esa enfermedad. Por ejemplo, si tanto el Medicamento A como el Medicamento B se utilizan para tratar su enfermedad, Health Alliance Medicare puede no cubrir el Medicamento B a menos que usted pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona para usted, entonces Health Alliance Medicare cubrirá el Medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos adicionales o límites consultando el formulario que comienza en la página 6. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web, [HealthAllianceMedicare.org](http://HealthAllianceMedicare.org).

Puede pedirle a Health Alliance Medicare que haga una excepción a estas restricciones o límites. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte la sección titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Health Alliance Medicare?” en la página 3.

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

Si el medicamento que toma no está incluido en esta lista de medicamentos cubiertos, primero, debe ponerse en contacto con el Departamento de Servicio de Health Alliance Medicare y preguntar si su medicamento está cubierto.

Este documento incluye solo una lista parcial de los medicamentos cubiertos, por eso es posible que Health Alliance Medicare cubra su medicamento. Puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare llamando al 1-800-965-4022, los siete días de la semana, entre las 8 a. m. y las 8 p. m. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

Si resulta que Health Alliance Medicare no cubre el medicamento que toma, tiene dos alternativas:

- Puede pedirle al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare una lista de medicamentos similares que Health Alliance Medicare cubra. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Health Alliance Medicare.
- Puede pedirle a Health Alliance Medicare que haga una excepción y cubra el medicamento. Consulte más abajo para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

## ¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Health Alliance Medicare?

Puede pedirle a Health Alliance Medicare que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos su medicamento aunque este no se encuentre en nuestro formulario.
- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones o límites de cobertura para medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, Health Alliance Medicare limita la cantidad de medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que hagamos una excepción al límite y cubramos una cantidad mayor.
- Puede pedirnos que le brindemos un nivel de cobertura superior para su medicamento. Si el medicamento está incluido en el nivel de medicamentos no preferidos, puede solicitarnos que lo cubramos al costo compartido que se aplica a los medicamentos incluidos en el nivel de medicamentos preferidos. Esto reduciría el monto que usted debe pagar por su medicamento. Tenga en cuenta que si le concedemos su solicitud de cubrir un medicamento que no está incluido en el formulario, no puede solicitarnos que le brindemos un nivel de cobertura más alto para el medicamento.

Por lo general, Health Alliance Medicare solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan, el medicamento del nivel más bajo o las restricciones de uso adicionales no fueran tan efectivos para tratar su afección o le causaran efectos médicos adversos.

Debe ponerse en contacto con nosotros para solicitarnos una decisión inicial de cobertura respecto de una excepción al formulario, al nivel o a la restricción de uso. **Cuando solicita una excepción al formulario, al nivel o a la restricción de uso, usted debe presentar una declaración de su médico que avale su pedido.** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas a partir de la fecha de haber recibido la declaración que respalda su solicitud por parte del médico que le extiende la receta. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico consideran que esperar hasta 72 horas para la toma de la decisión podría perjudicar gravemente su salud. Si se le concede la excepción acelerada, debemos comunicarle nuestra decisión en un plazo máximo de 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo del médico que le extiende la receta.

## ¿Qué debo hacer antes de hablar con mi médico sobre el cambio de los medicamentos que tomo o la solicitud una excepción?

Como miembro nuevo o permanente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están incluidos en el formulario. También es posible que esté tomando un medicamento incluido en el formulario pero su capacidad de conseguirlo sea limitada. Por ejemplo, puede necesitar nuestra autorización previa antes de poder obtener su medicamento con receta. Debe consultar con su médico para decidir si debe cambiar su medicamento por uno apropiado que nosotros cubramos o solicitar una excepción al formulario para que le cubramos el medicamento que toma. Mientras evalúa con su médico el procedimiento adecuado a seguir en su caso, podemos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros 90 días en que usted es miembro de nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que no están incluidos en el formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 30 días (a menos que tenga una receta para menos días) cuando acuda a una farmacia de la red. Después del primer suministro para 30 días, no pagaremos los medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de 90 días.

Si reside en un centro de atención a largo plazo, le permitiremos resurtir su receta hasta que le hayamos provisto un suministro de transición de 91 días, de manera consistente con el incremento de provisión (a menos que tenga una receta para menos días). Cubriremos más de un resurtido de estos medicamentos durante los primeros 90 días en que usted es miembro del plan. Si necesita un medicamento que no está en el formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, pero ya han pasado los primeros 90 días de ser miembro del plan, cubriremos un suministro de emergencia del medicamento para 31 días (a menos que tenga una receta para menos días) mientras solicita la excepción al formulario.

Los miembros actuales que pasen por transiciones no planificadas, como altas del hospital o cambios en el nivel de atención, que ocurran después de los primeros 90 días en que son miembros, pueden solicitar un único suministro de emergencia para 31 días, como máximo, para dar tiempo para discutir con el médico sobre un tratamiento alternativo o solicitar una excepción al formulario.

### Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura para medicamentos con receta de Health Alliance Medicare, consulte la Evidencia de cobertura y demás documentación del plan.

Si tiene preguntas sobre Health Alliance Medicare, puede llamar al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022, los siete días de la semana, entre las 8 a. m. y las 8 p. m. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844. O visite [HealthAllianceMedicare.org](http://HealthAllianceMedicare.org).

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura para medicamentos con receta de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. O visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

### Formulario de Health Alliance Medicare

El formulario resumido que comienza en la página 6 proporciona información acerca de la cobertura de algunos medicamentos cubiertos por Health Alliance Medicare.

Recuerde que se trata solamente de una lista parcial de los medicamentos que cubre Health Alliance Medicare. Si su medicamento con receta no está en este formulario parcial, visite nuestro sitio web en [HealthAllianceMedicare.org](http://HealthAllianceMedicare.org) o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance al 1-800-965-4022, los siete días de la semana, entre las 8 a. m. y las 8 p. m. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-866-883-8551 para obtener más ayuda.

La primera columna de la tabla menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en letra mayúscula (por ejemplo, ZOFRAN) y los medicamentos genéricos figuran en letra minúscula (por ejemplo, ondansetron hcl).

La información incluida en la columna de Requisitos/Límites indica si Health Alliance Medicare tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento.

Tenga en cuenta que todos los medicamentos, salvo los medicamentos especializados del nivel 5, se encuentran disponibles a través del servicio de pedidos por correo:

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFICACIÓN	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES	CATEGORIA TERAPÉUTICA
CELEXA	10 MG	TABLET	Tier 4	ST	ANTIDEPRESSANTS
RELENZA	5 MG	DISK W/DEV	Tier 3	QL	NEURAMINIDASE INHIBITORS
SYNAGIS	100 MG/ML	VIAL	Tier 5	PA	MONOCLONAL ANTIBODIES

**PA** - esta abreviatura indica que este medicamento necesita autorización previa de Health Alliance Medicare antes de obtener un medicamento con receta.

**ST** - esta abreviatura indica que el medicamento está sujeto a requisitos de tratamiento escalonado.

**QL** - esta abreviatura indica que el medicamento tiene un límite de cantidad por receta.

**\*** - Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.

**+** - Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

Suministro para un mes (30 días) de medicamentos con receta de una farmacia minorista dentro de la red o a través del servicio de pedidos por correo:

	<b>HMO 20Rx (HMO)</b>	<b>PPO 10Rx (PPO) y PPO 30Rx (PPO)</b>	<b>Plan básico de medicamentos con receta (PDP, por sus siglas en inglés)</b>
<b>Deducible anual</b>	\$100 para los niveles 3, 4 y 5	\$105 para los niveles 3, 4 y 5	\$200 para los niveles 3, 4 y 5
<b>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos</b>	Copago de \$0 en Walmart; copago de \$8 en otros lugares	Copago de \$0 en Walmart; copago de \$10 en otros lugares	Copago de \$0 en Walmart; copago de \$5 en otros lugares
<b>Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos</b>	Copago de \$35	Copago de \$35	Copago de \$30
<b>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos</b>	Copago de \$45	Copago de \$45	Copago de \$44
<b>Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos</b>	Copago de \$95	Copago de \$95	Copago de \$95
<b>Nivel 5: medicamentos especializados</b>	Coseguro del 30%	Coseguro del 30%	Coseguro del 27%

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES	CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
ABILIFY	9.75MG/1.3	VIAL	Tier 3			ANTIPSYCHOTIC AGENTS
acarbose*	25 MG	TABLET	Tier 1			ALPHA-GLUCOSIDASE INHIBITORS
ACCOLATE	20 MG	TABLET	Tier 3			LEUKOTRIENE MODIFIERS
ACCUHIST	2.5-1MG/ML	DROPS	Tier 4			PROPYLAMINE DERIVATIVES
ACCUNEB	0.63MG/3ML	VIAL-NEB	Tier 3			BETA-ADRENERGIC AGONISTS
ACCUTANE	40 MG	CAPSULE	Tier 3			SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISCELLANEOUS
acebutolol hcl*	200 MG	CAPSULE	Tier 1			BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
acetaminophen w/codeine	12-120MG/5	ELIXIR	Tier 1			OPIATE AGONISTS
acetaminophen- codeine	300MG- 15MG	TABLET	Tier 1			OPIATE AGONISTS
acetaminophen- codeine	300MG- 30MG	TABLET	Tier 1			OPIATE AGONISTS
acetaminophen- codeine	300MG- 60MG	TABLET	Tier 1			OPIATE AGONISTS
acetazol hc	2 %-1 %	DROPS	Tier 1			EENT ANTI- INFECTIVES, MISCELLANEOUS
acetazolamide*	250 MG	TABLET	Tier 1			CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS (EENT)
acetic acid	2 %	SOLU- TION	Tier 1			EENT ANTI- INFECTIVES, MISCELLANEOUS
acetic acid- hydrocortisone	2 %-1 %	DROPS	Tier 1			EENT ANTI- INFECTIVES, MISCELLANEOUS
ACTIGALL	300 MG	CAPSULE	Tier 3			CHOLELITHOLYTIC AGENTS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES		CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
ACTIQ	1600MCG	LOZENGE HD	Tier 4		PA		OPIATE AGONISTS
ACTONEL	30 MG	TABLET	Tier 3				MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
ACTONEL	5 MG	TABLET	Tier 3				MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
ACTONEL	35 MG	TABLET	Tier 3				MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
ACTONEL	35 MG	TABLET	Tier 3				MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
ACTONEL	150 MG	TABLET	Tier 3				MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
ACTONEL WITH CALCIUM	35MG- 500MG	TAB DS PK	Tier 3				MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
ACTOPLUS MET	15MG- 500MG	TABLET	Tier 3				THIAZOLIDINEDIONES
ACTOPLUS MET XR	15-1000 MG	TBMP 24HR	Tier 3				THIAZOLIDINEDIONES
ACTOS	45 MG	TABLET	Tier 3				THIAZOLIDINEDIONES
ACUVAIL	0.45 %	DROPER- ETTE	Tier 3				EENT NONSTEROIDAL ANTI-INFLAM. AGENTS
ADAGEN	250 UNIT/1	VIAL	Tier 5				ENZYMES
ADALAT CC	90 MG	TABLET ER	Tier 3				DIHYDROPYRIDINES
ADCIRCA	20 MG	TABLET	Tier 5		PA		PHOSPHODIESTER- ASE INHIBITORS
ADDERALL	5 MG	TABLET	Tier 3				AMPHETAMINES
ADDERALL XR	30 MG	CAP ER 24H	Tier 4				AMPHETAMINES
ADVAIR DISKUS	500-50MCG	DISK W/ DEV	Tier 3				ADRENALS

- \* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.
- + Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFICACIÓN		REQUISITOS/ LÍMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
			NIVEL				
ADVAIR HFA	45-21MCG	AER W/ ADAP	Tier 3				ADRENALS
ADVICOR	1000-40 MG	TBMP 24HR	Tier 3				HMG-COA REDUCTASE INHIBITORS
AEROBID-M	250 MCG	AER W/ ADAP	Tier 3				ADRENALS
afeditab cr*	30 MG	TABLET ER	Tier 1				DIHYDROPYRIDINES
AFINITOR	2.5 MG	TABLET	Tier 5				ANTINEOPLASTIC AGENTS
AGGRENOX	25-200MG	CPMP 12HR	Tier 4				VASODILATING AGENTS, MISCELLANEOUS
AGRYLIN	1 MG	CAPSULE	Tier 3				PLATELET-REDUCING AGENTS
aktob	0.3 %	DROPS	Tier 1				ANTIBACTERIALS (EENT)
albuterol	90MCG	AER REFILL	Tier 1				BETA-ADRENERGIC AGONISTS
albuterol sulfate	2 MG	TABLET	Tier 1				BETA-ADRENERGIC AGONISTS
albuterol sulfate	4 MG	TAB ER 12H	Tier 1				BETA-ADRENERGIC AGONISTS
albuterol sulfate	2.5 MG/3ML	VIAL-NEB	Tier 1				BETA-ADRENERGIC AGONISTS
alclometasone dipropionate	0.05%	CREAM (G)	Tier 1				ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN AND MUCOUS)
alclometasone dipropionate	0.05%	OINT. (G)	Tier 1				ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN AND MUCOUS)
ALDACTAZIDE	25 MG-25MG	TABLET	Tier 3				MINERALOCORTICOID (ALDOSTERONE) ANTAGONISTS
ALDACTONE	25 MG	TABLET	Tier 3				MINERALOCORTICOID (ALDOSTERONE) ANTAGONISTS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES	CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
ALDARA	5 %	CREAM PACK	Tier 3			SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISCELLANEOUS
ALDOMET	125 MG	TABLET	Tier 3			CENTRAL ALPHA- AGONISTS
ALDORIL-D50	500MG- 50MG	TABLET	Tier 3			CENTRAL ALPHA- AGONISTS
ALDURAZYME	2.9 MG/5ML	VIAL	Tier 5			ENZYMES
alendronate sodium*	70 MG	TABLET	Tier 1			MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
alfuzosin hcl*	10 MG	TAB SR 24H	Tier 1			
allopurinol*	300 MG	TABLET	Tier 1			MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
ALOMIDE	0.1%	DROPS	Tier 3			ANTIALLERGIC AGENTS
ALORA	.025MG/24H	PATCH TDSW	Tier 3			ESTROGENS
ALPHAGAN P	0.15 %	DROPS	Tier 3			ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS (EENT)
ALPHAGAN P	0.1%	DROPS	Tier 3			ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS (EENT)
ALTABAX	1 %	OINT. (G)	Tier 3			ANTIBACTERIALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
ALTACE	10 MG	CAPSULE	Tier 3			ANGIOTENSIN- CONVERTING ENZYME INHIBITORS
ALTOPREV	20 MG	TAB SR 24H	Tier 3			HMG-COA REDUCTASE INHIBITORS
ALUPENT	650MCG	AER W/ ADAP	Tier 3			BETA-ADRENERGIC AGONISTS
amantadine	100 MG	CAPSULE	Tier 1			ADAMANTANES (CNS)
AMARYL	4 MG	TABLET	Tier 3			SULFONYLUREAS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.

+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES		CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
AMBIEN	5 MG	TABLET	Tier 4			ST	ANXIOLYTICS, SEDATIVES AND HYPNOTICS, MISCELLANEOUS
AMBIEN	10 MG	TABLET	Tier 4			ST	ANXIOLYTICS, SEDATIVES AND HYPNOTICS, MISCELLANEOUS
AMBIEN CR	6.25 MG	TAB MPHASE	Tier 4			ST	ANXIOLYTICS, SEDATIVES AND HYPNOTICS, MISCELLANEOUS
AMBIEN CR	12.5 MG	TAB MPHASE	Tier 4			ST	ANXIOLYTICS, SEDATIVES AND HYPNOTICS, MISCELLANEOUS
amcinonide	0.1%	CREAM (G)	Tier 1				ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN AND MUCOUS)
AMERGE	2.5 MG	TABLET	Tier 3				SELECTIVE SEROTONIN AGONISTS
AMICAR	500 MG	TABLET	Tier 3				HEMOSTATICS
amiloride hcl*	5 MG	TABLET	Tier 1				POTASSIUM-SPARING DIURETICS
amiloride-hydro- chlorothiazide*	5MG-50MG	TABLET	Tier 1				POTASSIUM-SPARING DIURETICS
aminocaproic acid	500 MG	TABLET	Tier 1				HEMOSTATICS
aminophylline	200 MG	TABLET	Tier 1				RESPIRATORY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS
amiodarone hcl*	400 MG	TABLET	Tier 1				ANTIARRHYTHMIC AGENTS
AMITIZA	8MCG	CAPSULE	Tier 4				CATHARTICS AND LAXATIVES
AMITIZA	24MCG	CAPSULE	Tier 4				CATHARTICS AND LAXATIVES

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES		CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
amitriptyline hcl*	150 MG	TABLET	Tier 1				ANTIDEPRESSANTS
amlodipine besylate*	10 MG	TABLET	Tier 1				DIHYDROPYRIDINES
amlodipine besylate- benazepril*	10MG-40MG	CAPSULE	Tier 1				DIHYDROPYRIDINES
ammonium lactate	12%	LOTION	Tier 1				BASIC LOTIONS AND LINIMENTS
amox tr- potassium clavulanate	200-28.5MG	TAB CHEW	Tier 1				PENICILLINS
amox tr- potassium clavulanate	875-125 MG	TABLET	Tier 1				PENICILLINS
amoxapine*	25 MG	TABLET	Tier 1				ANTIDEPRESSANTS
amoxicillin	875MG	TABLET	Tier 1				PENICILLINS
amoxicillin	125 MG	TAB CHEW	Tier 1				PENICILLINS
amoxicillin- clavulanate er	1000-62.5	TAB ER 12H	Tier 1				PENICILLINS
AMOXIL	500 MG	CAPSULE	Tier 3				PENICILLINS
amphetamine salt combo	5 MG	TABLET	Tier 1				AMPHETAMINES
ampicillin trihydrate	250 MG	CAPSULE	Tier 1				PENICILLINS
AMPYRA	10 MG	TAB ER 12H	Tier 5		PA		MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
AMTURNIDE	150-5-12.5	TABLET	Tier 3				RENIN INHIBITORS
ANAFRANIL	25 MG	CAPSULE	Tier 4				ANTIDEPRESSANTS
anagrelide hcl	0.5 MG	CAPSULE	Tier 1				PLATELET-REDUCING AGENTS
ANAPROX	275 MG	TABLET	Tier 3				NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
ANAPROX DS	550 MG	TABLET	Tier 3				NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		REQUISITOS/ LIMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
			NIVEL				
ANASPAZ	0.125 MG	TAB RAPDIS	Tier 4				ANTIMUSCARINICS/ ANTISPASMODICS
anastrozole	1 MG	TABLET	Tier 1				ANTINEOPLASTIC AGENTS
ANCOBON	250 MG	CAPSULE	Tier 3				PYRIMIDINES
ANDRODERM	2.5MG/24HR	PATCH TD24	Tier 3				ANDROGENS
ANDROGEL	50 MG (1%)	GEL PACKET	Tier 3				ANDROGENS
ANDROID	10 MG	CAPSULE	Tier 4				ANDROGENS
androxy	10 MG	TABLET	Tier 2				ANDROGENS
ANSAID	100 MG	TABLET	Tier 3				NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
ANTARA	130 MG	CAPSULE	Tier 3				FIBRIC ACID DERIVATIVES
antipyrine- benzocaine	5.4%-1.4%	DROPS	Tier 1				LOCAL ANESTHETICS (EENT)
ANTIVERT	50 MG	TABLET	Tier 3				ANTIHISTAMINES (GI DRUGS)
ANUSOL-HC	2.5 %	CREAM (G)	Tier 3				ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN AND MUCOUS)
ANZEMET	50 MG	TABLET	Tier 3		PA	ST	5-HT3 RECEPTOR ANTAGONISTS
apap-caffeine- dihydrocodeine	32-713-60	TABLET	Tier 1				OPIATE AGONISTS
APIDRA	100/ML	VIAL	Tier 3				INSULINS
APIDRA SOLOSTAR	100/ML	INSULN PEN	Tier 3				INSULINS
APOKYN	10 MG/ML	CART- RIDGE	Tier 5		PA		DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS
APRISO	0.375G	CAP ER 24H	Tier 4				ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (GI DRUGS)
APTIVUS	250 MG	CAPSULE	Tier 3				ANTIRETROVIRALS
ARALEN PHOSPHATE	500 MG	TABLET	Tier 3				ANTIMALARIALS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFICACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LÍMITES		CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
ARANESP	25 MCG/ML	VIAL		Tier 4		PA	HEMATOPOIETIC AGENTS
ARANESP	40MCG/ML	VIAL		Tier 4		PA	HEMATOPOIETIC AGENTS
ARANESP	60MCG/ML	VIAL		Tier 4		PA	HEMATOPOIETIC AGENTS
ARANESP	100 MCG/ML	VIAL		Tier 4		PA	HEMATOPOIETIC AGENTS
ARANESP	40MCG/0.4	DISP SYRIN		Tier 4		PA	HEMATOPOIETIC AGENTS
ARANESP	25MCG/0.42	DISP SYRIN		Tier 4		PA	HEMATOPOIETIC AGENTS
ARANESP	60MCG/0.3	DISP SYRIN		Tier 4		PA	HEMATOPOIETIC AGENTS
ARANESP	100MCG/0.5	DISP SYRIN		Tier 4		PA	HEMATOPOIETIC AGENTS
ARANESP	150MCG/0.3	DISP SYRIN		Tier 5		PA	HEMATOPOIETIC AGENTS
ARANESP	200MCG/0.4	DISP SYRIN		Tier 5		PA	HEMATOPOIETIC AGENTS
ARANESP	500MCG/ML	DISP SYRIN		Tier 5		PA	HEMATOPOIETIC AGENTS
ARANESP	150MCG/.75	VIAL		Tier 5		PA	HEMATOPOIETIC AGENTS
ARANESP	300MCG/0.6	DISP SYRIN		Tier 5		PA	HEMATOPOIETIC AGENTS
ARANESP	300MCG/ML	VIAL		Tier 5		PA	HEMATOPOIETIC AGENTS
ARAVA	10 MG	TABLET		Tier 3			MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
ARICEPT	5 MG	TABLET		Tier 4			PARASYMPATHO-MIMETIC (CHOLINERGIC AGENTS)
ARIMIDEX	1 MG	TABLET		Tier 4			ANTINEOPLASTIC AGENTS
ARISTOCORT	2MG/5ML	SYRUP		Tier 4			ADRENALS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITE	CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
ARIXTRA	2.5 MG/0.5	DISP	SYRIN	Tier 3		ANTICOAGULANTS
ARIXTRA	5MG/0.4ML	DISP	SYRIN	Tier 3		ANTICOAGULANTS
ARIXTRA	7.5MG/0.6	DISP	SYRIN	Tier 3		ANTICOAGULANTS
ARIXTRA	10MG/0.8ML	DISP	SYRIN	Tier 3		ANTICOAGULANTS
ARMOUR THYROID	15 MG	TABLET		Tier 3		THYROID AGENTS
AROMASIN	25 MG	TABLET		Tier 3		ANTINEOPLASTIC AGENTS
ASACOL	400 MG	TABLET	DR	Tier 3		ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (GI DRUGS)
ASACOL HD	800 MG	TABLET	DR	Tier 3		ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (GI DRUGS)
ascomp with codeine	30-50-325	CAPSULE		Tier 1		OPIATE AGONISTS
ASMANEX	220MCG 120	AER POW	BA	Tier 3		ADRENALS
ASMANEX	220MCG(60)	AER POW	BA	Tier 3		ADRENALS
ASMANEX	220MCG(30)	AER POW	BA	Tier 3		ADRENALS
ASMANEX	220MCG(14)	AER POW	BA	Tier 3		ADRENALS
ASMANEX	110MCG(30)	AER POW	BA	Tier 3		ADRENALS
ASMANEX	110MCG(7)	AER POW	BA	Tier 3		ADRENALS
ASTELIN	137 MCG	SPRAY/ PUMP		Tier 3		ANTIALLERGIC AGENTS
ASTEPRO	205.5MCG	SPRAY/ PUMP		Tier 3		ANTIALLERGIC AGENTS
AELVIA	35 MG	TABLET	DR	Tier 3		MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

- \* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.
- + Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFICACIÓN		REQUISITOS/ LÍMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
			NIVEL				
atenolol*	25 MG	TABLET	Tier 1				BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
atenolol-chlorthalidone*	100MG-25MG	TABLET	Tier 1				BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
ATRIPLA	600-200MG	TABLET	Tier 3				ANTIRETROVIRALS
ATROVENT	21 MCG	SPRAY	Tier 3				EENT DRUGS, MISCELLANEOUS
ATROVENT HFA	17MCG	HFA AER AD	Tier 3				ANTIMUSCARINICS/ ANTISPASMODICS
AUGMENTIN	250-125MG	TABLET	Tier 4				PENICILLINS
AUGMENTIN XR	1000-62.5	TAB ER 12H	Tier 4				PENICILLINS
AURALGAN	5.4%-1.4%	DROPS	Tier 3				LOCAL ANESTHETICS (EENT)
AVINZA	120 MG	CPMP 24HR	Tier 4				OPIATE AGONISTS
avita	0.025 %	GEL (GRAM)	Tier 2		PA		CELL STIMULANTS AND PROLIFERANTS
AVODART	0.5 MG	CAPSULE	Tier 3				MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
AVONEX	30MCG/.5ML	KIT	Tier 5		PA		MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
AYGESTIN	5 MG	TABLET	Tier 3				PROGESTINS
azathioprine	50 MG	TABLET	Tier 1		PA		MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
azelastine hcl	137 MCG	SPRAY/ PUMP	Tier 2				ANTIALLERGIC AGENTS
azelastine hcl	0.05%	DROPS	Tier 1				ANTIALLERGIC AGENTS
AZELEX	20 %	CREAM (G)	Tier 3		PA		SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISCELLANEOUS
AZILECT	0.5 MG	TABLET	Tier 3				MONOAMINE OXIDASE B INHIBITORS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		REQUISITOS/ LIMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
			NIVEL				
AZILECT	1 MG	TABLET	Tier 3				MONOAMINE OXIDASE B INHIBITORS
azithromycin	500 MG	TABLET	Tier 1				MACROLIDES
AZOR	10MG-40MG	TABLET	Tier 3				DIHYDROPYRIDINES
AZULFIDINE	500 MG	TABLET	Tier 3				SULFONAMIDES (SYSTEMIC)
AZULFIDINE	500 MG	TABLET DR	Tier 3				SULFONAMIDES (SYSTEMIC)
B & O SUPPRETTES NO.16-A	60-16.2MG	SUPP. RECT	Tier 4				OPIATE AGONISTS
bacitracin	500 UNIT/G	OINT. (G)	Tier 1				ANTIBACTERIALS (EENT)
bacitracin- polymyxin	500-10K/G	OINT. (G)	Tier 1				ANTIBACTERIALS (EENT)
baclofen	20 MG	TABLET	Tier 1				GABA-DERIVATIVE SKELETAL MUSCLE RELAXANT
BACTOCILL	250 MG	CAPSULE	Tier 4				PENICILLINS
BACTRIM	400MG- 80MG	TABLET	Tier 3				SULFONAMIDES (SYSTEMIC)
BACTRIM DS	800-160MG	TABLET	Tier 3				SULFONAMIDES (SYSTEMIC)
BACTROBAN NASAL	2 %	OINT. (G)	Tier 3				ANTIBACTERIALS (EENT)
balsalazide disodium	750 MG	CAPSULE	Tier 1				ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (GI DRUGS)
BANZEL	200 MG	TABLET	Tier 3				ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
BARACLUDE	1 MG	TABLET	Tier 3				NUCLEOSIDES AND NUCLEOTIDES
belladonna- opium	60-16.2MG	SUPP. RECT	Tier 2				OPIATE AGONISTS
benazepril hcl*	5 MG	TABLET	Tier 1				ANGIOTENSIN- CONVERTING ENZYME INHIBITORS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.

+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES	CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
benazepril- hydrochlorothia- zide*	5-6.25MG	TABLET	Tier 1			ANGIOTENSIN- CONVERTING ENZYME INHIBITORS
benazepril- hydrochlorothia- zide*	10-12.5MG	TABLET	Tier 1			ANGIOTENSIN- CONVERTING ENZYME INHIBITORS
benazepril- hydrochlorothia- zide*	20-12.5 MG	TABLET	Tier 1			ANGIOTENSIN- CONVERTING ENZYME INHIBITORS
benazepril- hydrochlorothia- zide*	20-25MG	TABLET	Tier 1			ANGIOTENSIN- CONVERTING ENZYME INHIBITORS
BENICAR	5 MG	TABLET	Tier 3			ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS
BENICAR	20 MG	TABLET	Tier 3			ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS
BENICAR	40 MG	TABLET	Tier 3			ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS
BENICAR HCT	20-12.5 MG	TABLET	Tier 3			ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS
BENICAR HCT	40-12.5MG	TABLET	Tier 3			ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS
BENICAR HCT	40MG-25MG	TABLET	Tier 3			ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS
BENZAMYCIN	3-5%	GEL (GRAM)	Tier 3			ANTIBACTERIALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
benztropine mesylate*	2 MG	TABLET	Tier 1			ANTICHOLINERGIC AGENTS (CNS)
BERINERT	500 UNIT	VIAL	Tier 5			MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES	CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
BETADINE	5 %	SOLU- TION	Tier 3			EENT ANTI- INFECTIVES, MISCELLANEOUS
BETAGAN	0.5 %	DROPS	Tier 3			BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS (EENT)
betamethasone dipropionate	0.05%	CREAM (G)	Tier 1			ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN AND MUCOUS)
betamethasone valerate	0.1%	CREAM (G)	Tier 1			ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN AND MUCOUS)
betanate	0.05%	CREAM (G)	Tier 1			ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN AND MUCOUS)
BETAPACE	240 MG	TABLET	Tier 3			BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
BETAPACE AF	120 MG	TABLET	Tier 3			BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
beta-val	0.1%	LOTION	Tier 1			ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN AND MUCOUS)
betaxolol hcl*	0.5 %	DROPS	Tier 1			BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS (EENT)
betaxolol hcl*	20 MG	TABLET	Tier 1			BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
bethanechol chloride	50 MG	TABLET	Tier 1			PARASYMPATHO- MIMETIC (CHOLINERGIC AGENTS)
BETIMOL	0.25 %	DROPS	Tier 3			BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS (EENT)
BETOPTIC S	0.25 %	DROPS SUSP	Tier 3			BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS (EENT)
BIAXIN	500 MG	TABLET	Tier 4			MACROLIDES

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
BIAXIN XL	500 MG	TAB SR	24H	Tier 4				MACROLIDES
bicalutamide	50 MG	TABLET		Tier 1				ANTINEOPLASTIC AGENTS
BIDIL	20-37.5MG	TABLET		Tier 4				DIRECT VASODILATORS
bisoprolol fumarate*	10 MG	TABLET		Tier 1				BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
bisoprolol-hydro- chlorothiazide*	2.5-6.25MG	TABLET		Tier 1				BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
bleph-10	10 %	DROPS		Tier 1				ANTIBACTERIALS (EENT)
BLEPHAMIDE	10-0.2%	DROPS SUSP		Tier 3				ANTIBACTERIALS (EENT)
BLEPHAMIDE S.O.P.	10-0.2%	OINT. (G)		Tier 3				ANTIBACTERIALS (EENT)
BONIVA	3MG/3ML	SYRINGE KIT		Tier 4		PA		MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
BONIVA	150 MG	TABLET		Tier 4				MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
brimonidine tartrate*	0.15 %	DROPS		Tier 1				ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS (EENT)
bromocriptine mesylate*	2.5 MG	TABLET		Tier 1				DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS
budeprion xl*	150 MG	TAB SR	24H	Tier 1				ANTIDEPRESSANTS
budesonide	0.5MG/2ML	AMPUL- NEB		Tier 1				ADRENALS
bumetanide*	0.5 MG	TABLET		Tier 1				LOOP DIURETICS
bupropion hcl sr*	200 MG	TABLET ER		Tier 1				ANTIDEPRESSANTS
BUSPAR	15 MG	TABLET		Tier 3				ANXIOLYTICS, SEDATIVES AND HYPNOTICS, MISCELLANEOUS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.

+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES		CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
bupirone hcl*	5 MG	TABLET	Tier 1				ANXIOLYTICS, SEDATIVES AND HYPNOTICS, MISCELLANEOUS
butalb-caff- acetaminoph- codein	30-50-325	CAPSULE	Tier 1				OPIATE AGONISTS
butalbital compound- codeine	30-50-325	CAPSULE	Tier 1				OPIATE AGONISTS
butorphanol tartrate	10 MG/ML	SPRAY	Tier 2				OPIATE PARTIAL AGONISTS
BUTRANS	5 MCG/HR	PATCH TDWK	Tier 4		PA		OPIATE PARTIAL AGONISTS
BYETTA	5MCG/0.02	PEN INJCTR	Tier 3				INCRETIN MIMETICS
BYETTA	10MCG/0.04	PEN INJCTR	Tier 3				INCRETIN MIMETICS
BYSTOLIC	2.5 MG	TABLET	Tier 3				BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
BYSTOLIC	5 MG	TABLET	Tier 3				BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
BYSTOLIC	10 MG	TABLET	Tier 3				BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
BYSTOLIC	20 MG	TABLET	Tier 3				BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
cabergoline*	0.5 MG	TABLET	Tier 1				DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS
CADUET	5 MG-10 MG	TABLET	Tier 3				HMG-COA REDUCTASE INHIBITORS
cafgesic	250-325-20	CAPSULE	Tier 1				ANALGESICS AND ANTIPYRETICS, MISCELLANEOUS
cafgesic forte	500-500-20	TABLET	Tier 1				ANALGESICS AND ANTIPYRETICS, MISCELLANEOUS
<p>* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  + Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.</p>							

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
CALAN	80 MG	TABLET		Tier 3				CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS, MISCELLANEOUS
CALAN SR	180 MG	TABLET ER		Tier 3				CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS, MISCELLANEOUS
calcipotriene	0.005%	SOLU- TION		Tier 1				SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISCELLANEOUS
calcitonin- salmon	200/DOSE	SPRAY/ PUMP		Tier 1				PARATHYROID
calcitriol	0.25MCG	CAPSULE		Tier 1		PA		VITAMIN D
calcium acetate	667MG	CAPSULE		Tier 1				PHOSPHATE- REMOVING AGENTS
CAMPRAL	333 MG	TAB DS PK		Tier 3				CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS, MISCELLANEOUS
CANASA	1000 MG	SUPP. RECT		Tier 3				ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (GI DRUGS)
CAPITAL W-CODEINE	120-12MG/5	ORAL SUSP		Tier 3				OPIATE AGONISTS
CAPOTEN	50 MG	TABLET		Tier 3				ANGIOTENSIN- CONVERTING ENZYME INHIBITORS
CAPOZIDE	50MG-25MG	TABLET		Tier 3				ANGIOTENSIN- CONVERTING ENZYME INHIBITORS
CAPRELSA	100 MG	TABLET		Tier 5				ANTINEOPLASTIC AGENTS
captopril*	12.5 MG	TABLET		Tier 1				ANGIOTENSIN- CONVERTING ENZYME INHIBITORS
captopril-hydro- chlorothiazide*	25MG-15MG	TABLET		Tier 1				ANGIOTENSIN- CONVERTING ENZYME INHIBITORS
CARAC	0.5 %	CREAM (G)		Tier 3				SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISCELLANEOUS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES	CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
CARAFATE	1G/10ML	ORAL SUSP	Tier 3			PROTECTANTS
carbamazepine xr*	200 MG	TAB ER 12H	Tier 1			ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
carbamazepine*	200 MG	CPMP 12HR	Tier 1			ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
carbamazepine*	100 MG	TAB CHEW	Tier 1			ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
carbamazepine*	100 MG/5ML	ORAL SUSP	Tier 1			ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
CARBATROL	100 MG	CPMP 12HR	Tier 3			ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
carbidopa- levodopa*	25MG- 250MG	TABLET	Tier 1			DOPAMINE PRECURSORS
carbidopa- levodopa*	25MG- 100MG	TABLET ER	Tier 1			DOPAMINE PRECURSORS
carbidopa- levodopa*	10MG- 100MG	TAB RAPDIS	Tier 1			DOPAMINE PRECURSORS
CARDENE SR	60 MG	CAPSULE ER	Tier 3			DIHYDROPYRIDINES
CARDIZEM	30 MG	TABLET	Tier 3			CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS, MISCELLANEOUS
CARDIZEM CD	360MG	CAP ER 24H	Tier 3			CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS, MISCELLANEOUS
CARDIZEM LA	120 MG	TAB SR 24H	Tier 3			CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS, MISCELLANEOUS
CARDURA	8 MG	TABLET	Tier 3			ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
CARDURA XL	4 MG	TAB ER 24	Tier 3			ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
CARMOL 40	40 %	CREAM (G)	Tier 4			KERATOLYTIC AGENTS
cartia xt*	120 MG	CAP ER 24H	Tier 1			CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS, MISCELLANEOUS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES	CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
carvedilol*	25 MG	TABLET	Tier 1			BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
CASODEX	50 MG	TABLET	Tier 3			ANTINEOPLASTIC AGENTS
CATAFLAM	50 MG	TABLET	Tier 3			NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
CATAPRES	0.1 MG	TABLET	Tier 3			CENTRAL ALPHA- AGONISTS
CATAPRES-TTS 1	0.1MG/24HR	PATCH TDWK	Tier 3			CENTRAL ALPHA- AGONISTS
CEDAX	400 MG	CAPSULE	Tier 4			CEPHALOSPORINS
CEENU	10 MG	CAPSULE	Tier 3			ANTINEOPLASTIC AGENTS
CEENU	40 MG	CAPSULE	Tier 3			ANTINEOPLASTIC AGENTS
cefaclor	250 MG	CAPSULE	Tier 1			CEPHALOSPORINS
cefaclor	375 MG/5ML	SUSP RECON	Tier 1			CEPHALOSPORINS
cefaclor er	500 MG	TAB ER 12H	Tier 1			CEPHALOSPORINS
cefadroxil	1 G	TABLET	Tier 1			CEPHALOSPORINS
cefdinir	300 MG	CAPSULE	Tier 1			CEPHALOSPORINS
cefditoren pivoxil	200 MG	TABLET	Tier 1			CEPHALOSPORINS
cefpodoxime proxetil	200 MG	TABLET	Tier 1			CEPHALOSPORINS
cefprozil	250 MG	TABLET	Tier 1			CEPHALOSPORINS
CEFTIN	250 MG	TABLET	Tier 3			CEPHALOSPORINS
cefuroxime	250 MG	TABLET	Tier 1			CEPHALOSPORINS
CEFZIL	500 MG	TABLET	Tier 3			CEPHALOSPORINS
CELEBREX	50 MG	CAPSULE	Tier 3			NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
CELEBREX	100 MG	CAPSULE	Tier 3			NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
CELEBREX	200 MG	CAPSULE	Tier 3					NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
CELEBREX	400 MG	CAPSULE	Tier 3					NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
CELEXA	10 MG	TABLET	Tier 4			ST		ANTIDEPRESSANTS
CELLCEPT	500 MG	TABLET	Tier 3		PA			MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
cephalexin	250 MG	TABLET	Tier 1					CEPHALOSPORINS
cephalexin	250 MG	CAPSULE	Tier 1					CEPHALOSPORINS
cephalexin	125 MG/5ML	SUSP RECON	Tier 1					CEPHALOSPORINS
CEREDASE	80 UNIT/ML	VIAL	Tier 5					ENZYMES
CEREZYME	200 UNIT	VIAL	Tier 5					ENZYMES
CHANTIX	0.5(11)-1	TAB DS PK	Tier 3		PA			AUTONOMIC DRUGS, MISCELLANEOUS
chloral hydrate	500 MG/5ML	SYRUP	Tier 1					ANXIOLYTICS, SEDATIVES AND HYPNOTICS, MISCELLANEOUS
chlordiaz- epoxide- amitriptyline*	12.5-5MG	TABLET	Tier 1					ANTIDEPRESSANTS
chlorhexidine gluconate	0.12 %	MOUTH- WASH	Tier 1					EENT ANTI- INFECTIVES, MISCELLANEOUS
chloroquine phosphate	250 MG	TABLET	Tier 1					ANTIMALARIALS
chlorothiazide*	250 MG	TABLET	Tier 1					THIAZIDE DIURETICS
chlorpheni- ramine maleate	8MG	CAPSULE SA	Tier 1					PROPYLAMINE DERIVATIVES
chlorpromazine hcl*	100 MG	TABLET	Tier 1					ANTIPSYCHOTIC AGENTS
chlorpropamide*	100 MG	TABLET	Tier 1					SULFONYLUREAS
chlorthalidone*	25 MG	TABLET	Tier 1					THIAZIDE-LIKE DIURETICS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES		CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
cholestyramine*	4 G	PACKET	Tier 1				BILE ACID SEQUESTRANTS
choline mag trisalicylate	500 MG/5ML	LIQUID	Tier 1				NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
choline mag trisalicylate	1000 MG	TABLET	Tier 1				NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
ciclopirox	0.77%	GEL (GRAM)	Tier 1				ANTIFUNGALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
ciclopirox	0.77%	CREAM (G)	Tier 1				ANTIFUNGALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
cilostazol*	100 MG	TABLET	Tier 1				PLATELET- AGGREGATION INHIBITORS
cimetidine	200 MG	TABLET	Tier 1				HISTAMINE H2- ANTAGONISTS
CIMZIA	400 MG	KIT	Tier 5		PA		GI DRUGS, MISCELLANEOUS
CINRYZE	500 UNIT	VIAL	Tier 5		PA		MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
CIPRO	250 MG	TABLET	Tier 3				QUINOLONES
CIPRO HC	0.2%-1%	DROPS SUSP	Tier 3				ANTIBACTERIALS (EENT)
CIPRO XR	500 MG	TBMP 24HR	Tier 3				QUINOLONES
ciprofloxacin er	1000 MG	TBMP 24HR	Tier 1				QUINOLONES
ciprofloxacin hcl	250 MG	TABLET	Tier 1				QUINOLONES
ciprofloxacin hcl	0.3 %	DROPS	Tier 1				ANTIBACTERIALS (EENT)
citalopram*	10 MG/5 ML	SOLU- TION	Tier 1				ANTIDEPRESSANTS
clarithromycin	500 MG	TABLET	Tier 1				MACROLIDES

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.

+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES	CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
clarithromycin er	500 MG	TAB SR	24H	Tier 1		MACROLIDES
CLEOCIN	2 %	CREAM/ APPL		Tier 3		ANTIBACTERIALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
CLEOCIN	100 MG	SUPP.VAG		Tier 3		ANTIBACTERIALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
CLEOCIN HCL	150 MG	CAPSULE		Tier 3		ANTIBACTERIALS, MISCELLANEOUS
CLEOCIN PALMITATE	75 MG/5 ML	SOLN RECON		Tier 3		ANTIBACTERIALS, MISCELLANEOUS
CLEOCIN T	1 %	SOLU- TION		Tier 3		ANTIBACTERIALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
CLIMARA	0.05MG/24H	PATCH TDWK		Tier 3		ESTROGENS
CLIMARA PRO	45-15/24H	PATCH TDWK		Tier 3		ESTROGENS
CLINDAGEL	1 %	GEL (ML)		Tier 3		ANTIBACTERIALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
clindamax	1 %	GEL (GRAM)		Tier 1		ANTIBACTERIALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
clindamycin hcl	300 MG	CAPSULE		Tier 1		ANTIBACTERIALS, MISCELLANEOUS
clindamycin palmitate hcl	75 MG/5 ML	SOLN RECON		Tier 1		ANTIBACTERIALS, MISCELLANEOUS
clindamycin phosphate	1 %	GEL (GRAM)		Tier 1		ANTIBACTERIALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
clindamycin phosphate	2 %	CREAM/ APPL		Tier 1		ANTIBACTERIALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
clindamycin- benzoyl peroxide	1%-5%	GEL (GRAM)		Tier 1		ANTIBACTERIALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES	CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
CLINORIL	200 MG	TABLET	Tier 3			NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
clobetasol propionate	0.05%	CREAM (G)	Tier 1			ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN AND MUCOUS)
CLOBEX	0.05%	LOTION	Tier 3			ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN AND MUCOUS)
CLOBEX	0.05%	SHAM- POO	Tier 3			ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN AND MUCOUS)
CLOBEX	0.05%	SPRAY	Tier 3			ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN AND MUCOUS)
clomipramine hcl*	75 MG	CAPSULE	Tier 1			ANTIDEPRESSANTS
clonidine hcl*	0.2 MG	TABLET	Tier 1			CENTRAL ALPHA- AGONISTS
clonidine*	0.3MG/24HR	PATCH TDWK	Tier 1			CENTRAL ALPHA- AGONISTS
clotrimazole	10 MG	TROCHE	Tier 1			ANTIFUNGALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
clotrimazole	1 %	SOLU- TION	Tier 1			ANTIFUNGALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
clotrimazole	1 %	CREAM (G)	Tier 1			ANTIFUNGALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
clotrimazole- betamethasone	1-0.05%	CREAM (G)	Tier 1			ANTIFUNGALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
clozapine*	100 MG	TABLET	Tier 1			ANTIPSYCHOTIC AGENTS
CLOZARIL	25 MG	TABLET	Tier 3			ANTIPSYCHOTIC AGENTS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES	CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
cocet	650MG- 30MG	TABLET	Tier 1			OPIATE AGONISTS
cocet plus	650MG- 60MG	TABLET	Tier 1			OPIATE AGONISTS
codeine sulfate	15 MG	TABLET	Tier 1			OPIATE AGONISTS
co-gesic	5 MG-500MG	TABLET	Tier 1			OPIATE AGONISTS
COGNEX	10 MG	CAPSULE	Tier 3			PARASYMPATHO- MIMETIC (CHOLINERGIC AGENTS)
COLAZAL	750 MG	CAPSULE	Tier 4			ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (GI DRUGS)
COLCRYS	0.6 MG	TABLET	Tier 3			MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
COLY-MYCIN S	3.3-3-10/1	DROPS SUSP	Tier 3			ANTIBACTERIALS (EENT)
COMBIGAN	0.2%-0.5%	DROPS	Tier 4			ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS (EENT)
COMBIVENT	18-103MCG	AER W/ ADAP	Tier 3			BETA-ADRENERGIC AGONISTS
COMBIVIR	150-300MG	TABLET	Tier 3			ANTIRETROVIRALS
COMPAZINE	5 MG/5 ML	SYRUP	Tier 3			ANTIHISTAMINES (GI DRUGS)
COMTAN	200 MG	TABLET	Tier 3			CATECHOL-O- METHYLTRANS- FERASE (COMT) INHIB.
CONCERTA	54 MG	TAB ER 24	Tier 3			ANOREXIGENICS, RESPIRATORY, CEREBRAL STIMULANTS, MISCELLANEOUS
CONDYLOX	0.5 %	SOLU- TION	Tier 4			SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISCELLANEOUS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFICACIÓN		REQUISITOS/ LÍMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
			NIVEL				
COPAXONE	20 MG	KIT	Tier 5				MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
COPEGUS	200 MG	TABLET	Tier 5		PA		NUCLEOSIDES AND NUCLEOTIDES
CORDARONE	200 MG	TABLET	Tier 3				ANTIARRHYTHMIC AGENTS
COREG	3.125 MG	TABLET	Tier 4				BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
COREG CR	10 MG	CPMP 24HR	Tier 3				BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
COREG CR	20 MG	CPMP 24HR	Tier 3				BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
COREG CR	40 MG	CPMP 24HR	Tier 3				BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
COREG CR	80 MG	CPMP 24HR	Tier 3				BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
CORGARD	20 MG	TABLET	Tier 4				BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
CORTEF	20 MG	TABLET	Tier 3		PA		ADRENALS
CORTENEMA	100MG/60ML	ENEMA	Tier 3				ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN AND MUCOUS)
cortisone	25 MG	TABLET	Tier 1		PA		ADRENALS
CORTISPORIN		DROPS SUSP	Tier 3				ANTIBACTERIALS (EENT)
CORTISPORIN	3.5-10K-1	DROPS SUSP	Tier 3				ANTIBACTERIALS (EENT)
CORTISPORIN-TC	3.3-3-10/1	DROPS SUSP	Tier 3				ANTIBACTERIALS (EENT)
cortomycin	3.5-10K-1	OINT. (G)	Tier 1				ANTIBACTERIALS (EENT)
cortomycin	3.5-10K-1	DROPS SUSP	Tier 1				ANTIBACTERIALS (EENT)
CORZIDE	40 MG-5 MG	TABLET	Tier 4				BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
COUMADIN	4 MG	TABLET	Tier 3				ANTICOAGULANTS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES		CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
COVERA-HS	180 MG	TAB ER	24	Tier 3			CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS, MISCELLANEOUS
CREON	6K-19K-30K	CAPSULE DR		Tier 3			DIGESTANTS
CREON	12K-38K-60	CAPSULE DR		Tier 3			DIGESTANTS
CREON	24-76-120K	CAPSULE DR		Tier 3			DIGESTANTS
CRESTOR	10 MG	TABLET		Tier 3			HMG-COA REDUCTASE INHIBITORS
CRESTOR	20 MG	TABLET		Tier 3			HMG-COA REDUCTASE INHIBITORS
CRESTOR	40 MG	TABLET		Tier 3			HMG-COA REDUCTASE INHIBITORS
CRESTOR	5 MG	TABLET		Tier 3			HMG-COA REDUCTASE INHIBITORS
CRINONE	4 %	GEL/PF APP		Tier 4			PROGESTINS
cromolyn sodium	20 MG/2 ML	AMPUL- NEB		Tier 1			MAST-CELL STABILIZERS
cromolyn sodium	4 %	DROPS		Tier 1			MAST-CELL STABILIZERS
cyclophos- phamide	50 MG	TABLET		Tier 1		PA	ANTINEOPLASTIC AGENTS
cyclosporine	100 MG	CAPSULE		Tier 1		PA	MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
CYMBALTA	20 MG	CAPSULE DR		Tier 3			ANTIDEPRESSANTS
CYMBALTA	60 MG	CAPSULE DR		Tier 3			ANTIDEPRESSANTS
CYMBALTA	30 MG	CAPSULE DR		Tier 3			ANTIDEPRESSANTS

- \* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.
- + Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES	CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
cyproheptadine hcl	4 MG	TABLET	Tier 1			FIRST GEN. ANTIHIST. DERIVATIVES, MISCELLANEOUS
CYTOMEL	50 MCG	TABLET	Tier 3			THYROID AGENTS
CYTOTEC	200 MCG	TABLET	Tier 3			PROSTAGLANDINS
CYTOVENE	250 MG	CAPSULE	Tier 3			NUCLEOSIDES AND NUCLEOTIDES
cytra-2	334-500MG	SOLU- TION	Tier 1			ALKALINIZING AGENTS
cytra-k	3300-1002	PACKET	Tier 1			ALKALINIZING AGENTS
danazol	200 MG	CAPSULE	Tier 2			ANDROGENS
dapsone	25 MG	TABLET	Tier 1			ANTIMYCOBAC- TERIALS, MISCELLANEOUS
DARAPRIM	25 MG	TABLET	Tier 3			ANTIMALARIALS
DAYPRO	600 MG	TABLET	Tier 3			NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
DAYTRANA	30MG/9HR	PATCH TD24	Tier 4			ANOREXIGENICS, RESPIRATORY, CEREBRAL STIMULANTS, MISCELLANEOUS
DDAVP	10/SPRAY	SPRAY/ PUMP	Tier 4			PITUITARY
DDAVP	0.1 MG	TABLET	Tier 3			PITUITARY
DECADRON	0.05%	OINT. (G)	Tier 4			CORTICOSTEROIDS (EENT)
DECLOMYCIN	150 MG	TABLET	Tier 4			TETRACYCLINES
DEMADEX	100 MG	TABLET	Tier 3			LOOP DIURETICS
demeclocycline hcl	150 MG	TABLET	Tier 1			TETRACYCLINES
DEMEROL	100 MG	TABLET	Tier 4			OPIATE AGONISTS
DENAVIR	1 %	CREAM (G)	Tier 3			ANTIVIRALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES		CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
DEPAKENE	250 MG	CAPSULE	Tier 3				ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
DEPAKOTE	125 MG	TABLET DR	Tier 3				ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
DEPAKOTE ER	250 MG	TAB SR 24H	Tier 3				ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
DEPAKOTE SPRINKLE	125 MG	CAP SPRINK	Tier 3				ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
desipramine hcl*	100 MG	TABLET	Tier 1				ANTIDEPRESSANTS
desmopressin acetate	0.2 MG	TABLET	Tier 1				PITUITARY
desmopressin acetate	10/SPRAY	SPRAY/ PUMP	Tier 1				PITUITARY
DESONATE	0.05%	GEL (GRAM)	Tier 3				ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN AND MUCOUS)
desoximetasone	0.25 %	CREAM (G)	Tier 1				ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN AND MUCOUS)
DESYREL	150 MG	TABLET	Tier 4				ANTIDEPRESSANTS
DETROL	1 MG	TABLET	Tier 4				GENITOURINARY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS
DETROL LA	4 MG	CAP ER 24H	Tier 4				GENITOURINARY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS
dexamethasone	0.5 MG	TABLET	Tier 1		PA		ADRENALS
dexamethasone	0.5 MG/5ML	ELIXIR	Tier 1		PA		ADRENALS
DEXAMETH- ASONE INTENSOL	0.5MG/.5ML	DROPS	Tier 3				ADRENALS
dexamethasone sodium phosphate	0.1%	DROPS	Tier 1				CORTICOSTEROIDS (EENT)
DEXEDRINE	15 MG	CAPSULE ER	Tier 3				AMPHETAMINES
<p>* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  + Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.</p>							

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
dexmethylpheni- date hcl	5 MG	TABLET		Tier 2				ANOREXIGENICS, RESPIRATORY, CEREBRAL STIMULANTS, MISCELLANEOUS
DEXPAK	1.5MG (35)	TAB DS PK		Tier 3		PA		ADRENALS
dextroamphet- amine sulfate	5 MG	CAPSULE ER		Tier 1				AMPHETAMINES
dextroamphet- amine-amphet- amine	25 MG	CAP ER 24H		Tier 1				AMPHETAMINES
DIABETA	2.5 MG	TABLET		Tier 3				SULFONYLUREAS
DIAMOX SEQUELS	500 MG	CAPSULE ER		Tier 3				CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS (EENT)
diclofenac potassium	50 MG	TABLET		Tier 1				NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
diclofenac sodium	100 MG	TAB SR 24H		Tier 1				NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
diclofenac sodium	0.1%	DROPS		Tier 1				EENT NONSTEROIDAL ANTI-INFLAM. AGENTS
dicloxacillin sodium	250 MG	CAPSULE		Tier 1				PENICILLINS
didanosine*	125 MG	CAPSULE DR		Tier 1				ANTIRETROVIRALS
DIDRONEL	400 MG	TABLET		Tier 3				MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
DIFFERIN	0.1%	CREAM (G)		Tier 3				SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISCELLANEOUS
DIFFERIN	0.3 %	GEL (GRAM)		Tier 3				SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISCELLANEOUS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.

+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES	CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
diflorasone diacetate	0.05%	CREAM (G)	Tier 1			ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN AND MUCOUS)
DIFLUCAN	150 MG	TABLET	Tier 3	QL		AZOLES
diflunisal	500 MG	TABLET	Tier 1			NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
digitek*	125MCG	TABLET	Tier 1			CARDIOTONIC AGENTS
digoxin*	125 MCG	TABLET	Tier 1			CARDIOTONIC AGENTS
DILACOR XR	120 MG	CAP ER DEG	Tier 3			CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS, MISCELLANEOUS
DILANTIN	50 MG	TAB CHEW	Tier 3			HYDANTOINS
DILANTIN	100 MG	CAPSULE	Tier 3			HYDANTOINS
DILATRATE-SR	40 MG	CAPSULE ER	Tier 3			NITRATES AND NITRITES
DILAUDID	2 MG	TABLET	Tier 4			OPIATE AGONISTS
DILAUDID-5	1 MG/ML	LIQUID	Tier 4			OPIATE AGONISTS
dilt-cd*	300 MG	CAP ER 24H	Tier 1			CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS, MISCELLANEOUS
diltia xt	240 MG	CAP ER DEG	Tier 2			CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS, MISCELLANEOUS
diltiazem 24hr er*	420MG	TAB SR 24H	Tier 1			CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS, MISCELLANEOUS
diltiazem 24hr er*	300 MG	CAP ER 24H	Tier 1			CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS, MISCELLANEOUS
diltiazem er*	360MG	CAPSULE ER	Tier 1			CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS, MISCELLANEOUS
<p>* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  + Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.</p>						

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES	CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
diltiazem hcl*	120 MG	TABLET	Tier 1			CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS, MISCELLANEOUS
dilt-xr*	120 MG	CAP ER DEG	Tier 1			CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS, MISCELLANEOUS
diltzac er*	360MG	CAPSULE ER	Tier 1			CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS, MISCELLANEOUS
DIOVAN	80 MG	TABLET	Tier 3			ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS
DIOVAN	160 MG	TABLET	Tier 3			ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS
DIOVAN	320 MG	TABLET	Tier 3			ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS
DIOVAN	40 MG	TABLET	Tier 3			ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS
DIOVAN HCT	80-12.5MG	TABLET	Tier 3			ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS
DIOVAN HCT	160-12.5MG	TABLET	Tier 3			ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS
DIOVAN HCT	160-25MG	TABLET	Tier 3			ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS
DIOVAN HCT	320-12.5MG	TABLET	Tier 3			ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS
DIOVAN HCT	320MG- 25MG	TABLET	Tier 3			ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS
DIPENTUM	250 MG	CAPSULE	Tier 3			ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (GI DRUGS)

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES	CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
diphenoxylate- atropine	2.5-.025MG	TABLET	Tier 1			ANTIDIARRHEA AGENTS
DIPROLENE	0.05%	OINT. (G)	Tier 3			ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN AND MUCOUS)
DIPROLENE AF	0.05%	CREAM (G)	Tier 3			ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN AND MUCOUS)
DIPROSONE	0.05%	CREAM (G)	Tier 3			ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN AND MUCOUS)
dipyridamole*	50MG	TABLET	Tier 1			VASODILATING AGENTS, MISCELLANEOUS
disopyramide phosphate*	150 MG	CAPSULE	Tier 1			ANTIARRHYTHMIC AGENTS
DITROPAN XL	15 MG	TAB ER 24	Tier 3			GENITOURINARY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS
divalproex sodium er*	500 MG	TAB SR 24H	Tier 1			ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
divalproex sodium*	250 MG	TABLET DR	Tier 1			ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
divalproex sodium*	125 MG	CAP SPRINK	Tier 1			ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
divalproex sodium*	125 MG	TABLET DR	Tier 1			ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
DOLOGESIC	500MG- 30MG	TABLET	Tier 4			ANALGESICS AND ANTIPYRETICS, MISCELLANEOUS
DOMEBORO	2 %	DROPS	Tier 3			EENT ANTI- INFECTIVES, MISCELLANEOUS
donepezil hcl*	10 MG	TAB RAPDIS	Tier 1			PARASYMPATHO- MIMETIC (CHOLINERGIC AGENTS)

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.

+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
DORYX	150 MG	TABLET DR	Tier 3				TETRACYCLINES	
dorzolamide hcl*	2 %	DROPS	Tier 1				CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS (EENT)	
dorzolamide- timolol*	2%-0.5%	DROPS	Tier 1				CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS (EENT)	
DOVONEX	0.005%	CREAM	Tier 3				SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISCELLANEOUS	
doxazosin mesylate*	1 MG	TABLET	Tier 1				ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS	
doxepin hcl*	10 MG/ML	ORAL CONC	Tier 1				ANTIDEPRESSANTS	
doxycycline hyclate	75 MG	CAPSULE DR	Tier 1				TETRACYCLINES	
doxycycline hyclate	100 MG	CAPSULE	Tier 1				TETRACYCLINES	
doxycycline hyclate	100 MG	TABLET	Tier 1				TETRACYCLINES	
doxycycline hyclate	100 MG	CAPSULE DR	Tier 1				TETRACYCLINES	
doxycycline hyclate	20 MG	TABLET	Tier 1				ANTIBACTERIALS (EENT)	
doxycycline monohydrate	50 MG	TABLET	Tier 1				TETRACYCLINES	
dronabinol	10 MG	CAPSULE	Tier 1				ANTIEMETICS, MISCELLANEOUS	
DUETACT	30 MG-2 MG	TABLET	Tier 3				THIAZOLIDINEDIONES	
DUONEB	0.5-3MG/3	AMPUL- NEB	Tier 3				BETA-ADRENERGIC AGONISTS	
DURAGESIC	25MCG/HR	PATCH TD72	Tier 4				OPIATE AGONISTS	
DYAZIDE	37.5-25 MG	CAPSULE	Tier 3				POTASSIUM-SPARING DIURETICS	
DYNACIRC CR	5 MG	TAB ER 24	Tier 3				DIHYDROPYRIDINES	

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFICACIÓN		REQUISITOS/ LÍMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
			NIVEL				
DYRENIUM	50 MG	CAPSULE	Tier 3				POTASSIUM-SPARING DIURETICS
e.e.s. 400	400 MG	TABLET	Tier 1				MACROLIDES
EC-NAPROSYN	500 MG	TABLET DR	Tier 3				NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
econazole nitrate	1 %	CREAM (G)	Tier 1				ANTIFUNGALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
ECONOPRED PLUS	1 %	DROPS SUSP	Tier 3				CORTICOSTEROIDS (EENT)
EDURANT	25 MG	TABLET	Tier 4				ANTIRETROVIRALS
EFFEXOR	25 MG	TABLET	Tier 4			ST	ANTIDEPRESSANTS
EFFEXOR XR	37.5 MG	CAP ER 24H	Tier 4			ST	ANTIDEPRESSANTS
EFFIENT	10 MG	TABLET	Tier 4				PLATELET-AGGREGATION INHIBITORS
EFUDEX	5 %	SOLUTION	Tier 3				SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISCELLANEOUS
EGRIFTA	1 MG	VIAL	Tier 5		PA		SOMATOTROPIN AGONISTS
ELAPRASE	6MG/3ML	VIAL	Tier 5				ENZYMES
ELIDEL	1 %	CREAM (G)	Tier 3				SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISCELLANEOUS
eliphos	667MG	TABLET	Tier 1				PHOSPHATE-REMOVING AGENTS
ELITEK	1.5 MG	VIAL	Tier 5				ENZYMES
ELOCON	0.1%	CREAM (G)	Tier 3				ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN AND MUCOUS)
EMCYT	140 MG	CAPSULE	Tier 3				ANTINEOPLASTIC AGENTS
EMEND	80 MG	CAPSULE	Tier 3		PA	ST	ANTIEMETICS, MISCELLANEOUS

- \* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.
- + Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES		CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
EMEND	125 MG	CAPSULE	Tier 3		PA	ST	ANTIEMETICS, MISCELLANEOUS
EMEND	40 MG	CAPSULE	Tier 3		PA	ST	ANTIEMETICS, MISCELLANEOUS
EMEND	125MG- 80MG	CAP DS PK	Tier 3		PA	ST	ANTIEMETICS, MISCELLANEOUS
EMEND	115MG	VIAL	Tier 3				ANTIEMETICS, MISCELLANEOUS
EMLA	2.5%-2.5%	CREAM (G)	Tier 4				ANTIPRURITICS AND LOCAL ANESTHETICS
EMSAM	6MG/24HR	PATCH TD24	Tier 3				ANTIDEPRESSANTS
EMTRIVA	200 MG	CAPSULE	Tier 3				ANTIRETROVIRALS
ENABLEX	7.5 MG	TAB SR 24H	Tier 4				GENITOURINARY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS
enalapril maleate*	2.5 MG	TABLET	Tier 1				ANGIOTENSIN- CONVERTING ENZYME INHIBITORS
enalaprilat	1.25MG/ML	VIAL	Tier 1				ANGIOTENSIN- CONVERTING ENZYME INHIBITORS
enalapril-hydro- chlorothiazide*	5MG-12.5MG	TABLET	Tier 1				ANGIOTENSIN- CONVERTING ENZYME INHIBITORS
ENBREL	25 MG	KIT	Tier 5		PA		MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
endocet	10MG- 650MG	TABLET	Tier 1				OPIATE AGONISTS
endodan	4.8355-325	TABLET	Tier 1				OPIATE AGONISTS
ENDOMETRIN	100 MG	INSERT	Tier 4				PROGESTINS
enoxaparin sodium	150 MG/ML	DISP SYRIN	Tier 1				ANTICOAGULANTS
ENTOCORT EC	3 MG	CAP ER 24H	Tier 3				ADRENALS
epinastine hcl	0.05 %	DROPS	Tier 1				ANTIALLERGIC AGENTS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.

+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES	CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
EPIVIR	150 MG	TABLET	Tier 3			ANTIRETROVIRALS
EPIVIR	300 MG	TABLET	Tier 3			ANTIRETROVIRALS
EPIVIR HBV	100 MG	TABLET	Tier 3			ANTIRETROVIRALS
eplerenone	50 MG	TABLET	Tier 2			MINERALOCORTICOID (ALDOSTERONE) ANTAGONISTS
EPOGEN	2000/ML	VIAL	Tier 4		PA	HEMATOPOIETIC AGENTS
EPOGEN	4000/ML	VIAL	Tier 4		PA	HEMATOPOIETIC AGENTS
EPOGEN	3000/ML	VIAL	Tier 4		PA	HEMATOPOIETIC AGENTS
EPOGEN	10000/ML	VIAL	Tier 4		PA	HEMATOPOIETIC AGENTS
EPOGEN	20000/ML	VIAL	Tier 4		PA	HEMATOPOIETIC AGENTS
EPOGEN	40000/ML	VIAL	Tier 5		PA	HEMATOPOIETIC AGENTS
EPOPRO- STENOL SODIUM	0.5 MG	VIAL	Tier 5		PA	VASODILATING AGENTS, MISCELLANEOUS
EPZICOM	600-300MG	TABLET	Tier 3			ANTIRETROVIRALS
EQUETRO	300 MG	CPMP 12HR	Tier 3			ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
ergoloid mesylates	0.5MG	TAB SUBL	Tier 1			ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
ergoloid mesylates	1MG	TABLET	Tier 1			ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
ery	2 %	MED. SWAB	Tier 1			ANTIBACTERIALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
ery-tab	500 MG	TABLET DR	Tier 1			MACROLIDES
erythrocin stearate	250 MG	TABLET	Tier 1			MACROLIDES
erythromycin	500 MG	TABLET	Tier 1			MACROLIDES
erythromycin	250 MG	TABLET	Tier 1			MACROLIDES

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES	CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
erythromycin	5MG/G	OINT. (G)	Tier 1			ANTIBACTERIALS (EENT)
erythromycin	2 %	SOLU- TION	Tier 1			ANTIBACTERIALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
erythromycin	2 %	GEL (GRAM)	Tier 1			ANTIBACTERIALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
erythromycin ethylsuccinate	400 MG	TABLET	Tier 1			MACROLIDES
erythromycin ethylsuccinate	200 MG/5ML	ORAL SUSP	Tier 1			MACROLIDES
erythromycin- benzoyl peroxide	3-5%	GEL (GRAM)	Tier 1			ANTIBACTERIALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
ESKALITH	300 MG	CAPSULE	Tier 3			ANTIMANIC AGENTS
ESKALITH CR	450 MG	TABLET ER	Tier 3			ANTIMANIC AGENTS
ESTRACE	2 MG	TABLET	Tier 3			ESTROGENS
ESTRACE	0.01 %	CREAM/ APPL	Tier 3			ESTROGENS
ESTRADERM	0.05MG/24H	PATCH TDSW	Tier 3			ESTROGENS
ESTRADERM	0.1MG/24HR	PATCH TDSW	Tier 3			ESTROGENS
estradiol	1 MG	TABLET	Tier 1			ESTROGENS
estradiol	.025MG/24H	PATCH TDWK	Tier 1			ESTROGENS
estradiol- norethindrone acetat	1-0.5MG	TABLET	Tier 1			ESTROGENS
ESTRASORB	2.5/G-1.74	EMUL PACKT	Tier 3			ESTROGENS
ESTRING	7.5MCG/24H	VAG RING	Tier 3			ESTROGENS
ESTROGEL	1.25G	GEL MD PMP	Tier 3			ESTROGENS
estropipate	0.75 MG	TABLET	Tier 1			ESTROGENS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITE	CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
ethambutol hcl	400 MG	TABLET	Tier 1			ANTITUBERCULOSIS AGENTS
ethosuximide*	250 MG	CAPSULE	Tier 1			SUCCINIMIDES
etidronate disodium	400 MG	TABLET	Tier 1			MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
etodolac	300 MG	CAPSULE	Tier 1			NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
etodolac	600 MG	TAB SR 24H	Tier 1			NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
EVAMIST	1.53/SPRAY	SPRAY	Tier 4			ESTROGENS
EVISTA	60 MG	TABLET	Tier 3			ESTROGEN AGONIST- ANTAGONISTS
EXELON	6 MG	CAPSULE	Tier 4			PARASYMPATHO- MIMETIC (CHOLINERGIC AGENTS)
EXELON	9.5MG/24HR	PATCH TD24	Tier 3			PARASYMPATHO- MIMETIC (CHOLINERGIC AGENTS)
EXELON	4.6MG/24HR	PATCH TD24	Tier 3			PARASYMPATHO- MIMETIC (CHOLINERGIC AGENTS)
exemestane	25 MG	TABLET	Tier 1			ANTINEOPLASTIC AGENTS
EXFORGE	5MG-160MG	TABLET	Tier 3			DIHYDROPYRIDINES
EXFORGE	10MG- 160MG	TABLET	Tier 3			DIHYDROPYRIDINES
EXFORGE	5MG-320MG	TABLET	Tier 3			DIHYDROPYRIDINES
EXFORGE	10MG- 320MG	TABLET	Tier 3			DIHYDROPYRIDINES
EXFORGE HCT	5-160-12.5	TABLET	Tier 3			DIHYDROPYRIDINES
EXFORGE HCT	5-160-25MG	TABLET	Tier 3			DIHYDROPYRIDINES
<p>* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  + Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.</p>						

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFICACIÓN		REQUISITOS/ LÍMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
			NIVEL				
EXFORGE HCT	10MG-160MG	TABLET	Tier 3				DIHYDROPYRIDINES
EXFORGE HCT	10-160-25	TABLET	Tier 3				DIHYDROPYRIDINES
EXFORGE HCT	10-320-25	TABLET	Tier 3				DIHYDROPYRIDINES
EXJADE	125 MG	TAB DISPER	Tier 5		PA		HEAVY METAL ANTAGONISTS
EXTAVIA	0.3 MG	KIT	Tier 5				MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
FABRAZYME	35 MG	VIAL	Tier 5				ENZYMES
famciclovir	500 MG	TABLET	Tier 1				NUCLEOSIDES AND NUCLEOTIDES
famotidine	40 MG	TABLET	Tier 1				HISTAMINE H2-ANTAGONISTS
FAMVIR	125 MG	TABLET	Tier 4				NUCLEOSIDES AND NUCLEOTIDES
FANAPT	1 MG	TABLET	Tier 4				ANTIPSYCHOTIC AGENTS
FAZACLO	150 MG	TAB RAPDIS	Tier 3				ANTIPSYCHOTIC AGENTS
FELBATOL	400 MG	TABLET	Tier 3				ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
FELDENE	10 MG	CAPSULE	Tier 3				NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
felodipine er*	2.5 MG	TAB SR 24H	Tier 1				DIHYDROPYRIDINES
FEMARA	2.5 MG	TABLET	Tier 3				ANTINEOPLASTIC AGENTS
FEMHRT	1MG-5MCG	TABLET	Tier 3				ESTROGENS
FEMTRACE	0.45MG	TABLET	Tier 4				ESTROGENS
fenofibrate*	54 MG	TABLET	Tier 1				FIBRIC ACID DERIVATIVES
fenofibric acid*	105 MG	TABLET	Tier 1				FIBRIC ACID DERIVATIVES
FENOGLIDE	40 MG	TABLET	Tier 4				FIBRIC ACID DERIVATIVES

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES		CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
fenoldopam mesylate	10 MG/ML	AMPUL	Tier 1		PA		HYPOTENSIVE AGENTS, MISCELLANEOUS
fenoprofen calcium	600 MG	TABLET	Tier 1				NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
fentanyl	12MCG/HR	PATCH TD72	Tier 1				OPIATE AGONISTS
fentanyl citrate	200 MCG	LOZENGE HD	Tier 1		PA		OPIATE AGONISTS
FENTORA	100 MCG	TABLET EFF	Tier 4		PA		OPIATE AGONISTS
fexofenadine hcl	30 MG	TABLET	Tier 1				SECOND GENERATION ANTIHISTAMINES
FINACEA	15 %	GEL (GRAM)	Tier 3		PA		SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISCELLANEOUS
finasteride*	5 MG	TABLET	Tier 1				MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
FIORICET WITH CODEINE	30-50-325	CAPSULE	Tier 3				OPIATE AGONISTS
FIORINAL WITH CODEINE #3	30-50-325	CAPSULE	Tier 3				OPIATE AGONISTS
FLAGYL	500 MG	TABLET	Tier 3				ANTIPROTOZOALS, MISCELLANEOUS
FLAREX	0.1%	DROPS SUSP	Tier 3				CORTICOSTEROIDS (EENT)
flavoxate hcl*	100 MG	TABLET	Tier 1				GENITOURINARY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS
flecainide acetate*	50 MG	TABLET	Tier 1				ANTIARRHYTHMIC AGENTS
FLECTOR	1.3%	ADH. PATCH	Tier 4				NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFICACIÓN		REQUISITOS/ LÍMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
			NIVEL				
FLOLAN	1.5 MG	VIAL	Tier 5		PA		VASODILATING AGENTS, MISCELLANEOUS
FLOMAX	0.4 MG	CAP ER 24H	Tier 4				ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
FLONASE	50 MCG	SPRAY SUSP	Tier 4				CORTICOSTEROIDS (EENT)
FLORINEF ACETATE	0.1 MG	TABLET	Tier 3				ADRENALS
FLOVENT DISKUS	50 MCG	DISK W/ DEV	Tier 3				ADRENALS
FLOVENT HFA	44MCG	AER W/ ADAP	Tier 3				ADRENALS
FLOXIN	0.3%	DROPER-ETTE	Tier 3				ANTIBACTERIALS (EENT)
floxin	0.3 %	DROPS	Tier 1				ANTIBACTERIALS (EENT)
fluconazole	150 MG	TABLET	Tier 1	QL			AZOLES
fludrocortisone acetate	0.1 MG	TABLET	Tier 1				ADRENALS
flunisolide	25 MCG	SPRAY	Tier 1				CORTICOSTEROIDS (EENT)
fluocinolone acetonide	0.025 %	CREAM (G)	Tier 1				ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN AND MUCOUS)
fluocinonide	0.05%	CREAM (G)	Tier 1				ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN AND MUCOUS)
fluorometholone	0.1%	DROPS SUSP	Tier 2				CORTICOSTEROIDS (EENT)
FLUOROPLEX	1 %	CREAM (G)	Tier 3				SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISCELLANEOUS
fluorouracil	5 %	CREAM (G)	Tier 1				SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISCELLANEOUS
fluoxetine hcl*	20 MG	CAPSULE	Tier 1				ANTIDEPRESSANTS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.

+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES		CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
fluphenazine hcl*	2.5 MG	TABLET	Tier 1				ANTIPSYCHOTIC AGENTS
flurbiprofen	50 MG	TABLET	Tier 1				NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
flurbiprofen sodium	0.03 %	DROPS	Tier 1				EENT NONSTEROIDAL ANTI-INFLAM. AGENTS
flutamide	125 MG	CAPSULE	Tier 1				ANTINEOPLASTIC AGENTS
fluticasone propionate	50 MCG	SPRAY SUSP	Tier 1				CORTICOSTEROIDS (EENT)
fluticasone propionate	0.05%	CREAM (G)	Tier 1				ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN AND MUCOUS)
fluvoxamine maleate*	50 MG	TABLET	Tier 1				ANTIDEPRESSANTS
FML	0.1%	DROPS SUSP	Tier 3				CORTICOSTEROIDS (EENT)
FML FORTE	0.25 %	DROPS SUSP	Tier 3				CORTICOSTEROIDS (EENT)
FML S.O.P.	0.1%	OINT. (G)	Tier 3				CORTICOSTEROIDS (EENT)
FOCALIN	10 MG	TABLET	Tier 4				ANOREXIGENICS, RESPIRATORY, CEREBRAL STIMULANTS, MISCELLANEOUS
FOCALIN XR	5 MG	CPMP 50- 50	Tier 4				ANOREXIGENICS, RESPIRATORY, CEREBRAL STIMULANTS, MISCELLANEOUS
FORADIL	12MCG	CAP W/ DEV	Tier 3				BETA-ADRENERGIC AGONISTS
FORTAMET	500 MG	TAB ER 24	Tier 3				BIGUANIDES
FORTEO	20MCG/ DOSE	PEN INJCTR	Tier 5		PA		PARATHYROID

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES	CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
FORTESTA	10 MG (2%)	GEL MD	PMP	Tier 4		ANDROGENS
FORTICAL	200/DOSE	SPRAY/	PUMP	Tier 4		PARATHYROID
FOSAMAX	70 MG	TABLET		Tier 4		MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
FOSAMAX PLUS D	70 MG-5600	TABLET		Tier 4		MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
fosinopril sodium*	10 MG	TABLET		Tier 1		ANGIOTENSIN- CONVERTING ENZYME INHIBITORS
fosinopril-hydro- chlorothiazide*	10-12.5MG	TABLET		Tier 1		ANGIOTENSIN- CONVERTING ENZYME INHIBITORS
FULVICIN U/F	250 MG	TABLET		Tier 3		ANTIFUNGALS, MISCELLANEOUS
furosemide*	80 MG	TABLET		Tier 1		LOOP DIURETICS
FUZEON	90 MG	KIT		Tier 5		ANTIRETROVIRALS
gabapentin*	400 MG	CAPSULE		Tier 1		ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
gabapentin*	600 MG	TABLET		Tier 1		ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
gabapentin*	250 MG/5ML	SOLU- TION		Tier 1		ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
GABITRIL	16 MG	TABLET		Tier 3		ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
galantamine hbr	24 MG	CAP24H PEL		Tier 2		PARASYMPATHO- MIMETIC (CHOLINERGIC AGENTS)
ganciclovir	500 MG	CAPSULE		Tier 1		NUCLEOSIDES AND NUCLEOTIDES
GARAMYCIN	0.3%	OINT.(GM)		Tier 3		ANTIBACTERIALS (EENT)
GARAMYCIN	0.3 %	DROPS		Tier 3		ANTIBACTERIALS (EENT)

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		REQUISITOS/ LIMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
			NIVEL				
GASTROCROM	20 MG/ML	SOLU- TION	Tier 3				MAST-CELL STABILIZERS
gemfibrozil*	600 MG	TABLET	Tier 1				FIBRIC ACID DERIVATIVES
gengraf	25 MG	CAPSULE	Tier 1		PA		MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
gentak	0.3 %	DROPS	Tier 1				ANTIBACTERIALS (EENT)
gentak	0.3 %	OINT. (G)	Tier 1				ANTIBACTERIALS (EENT)
gentamicin sulfate	0.3 %	OINT. (G)	Tier 1				ANTIBACTERIALS (EENT)
gentamicin sulfate	0.3 %	DROPS	Tier 1				ANTIBACTERIALS (EENT)
gentamicin sulfate	0.1%	OINT. (G)	Tier 1				ANTIBACTERIALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
GEODON	80 MG	CAPSULE	Tier 3				ANTIPSYCHOTIC AGENTS
GILENYA	0.5 MG	CAPSULE	Tier 5		PA		MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
GLEEVEC	400 MG	TABLET	Tier 5				ANTINEOPLASTIC AGENTS
glimepiride*	1 MG	TABLET	Tier 1				SULFONYLUREAS
glipizide er*	5 MG	TAB ER 24	Tier 1				SULFONYLUREAS
glipizide*	10 MG	TABLET	Tier 1				SULFONYLUREAS
glipizide- metformin*	2.5-500MG	TABLET	Tier 1				SULFONYLUREAS
GLUCAGEN	1 MG	KIT	Tier 3				GLYCOGENOLYTIC AGENTS
GLUCAGON EMERGENCY KIT	1 MG	KIT	Tier 3				GLYCOGENOLYTIC AGENTS
GLUCOPHAGE	850 MG	TABLET	Tier 3				BIGUANIDES
GLUCOPHAGE XR	750 MG	TAB SR 24H	Tier 3				BIGUANIDES

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES	CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
GLUCOTROL	5 MG	TABLET	Tier 3			SULFONYLUREAS
GLUCOTROL XL	2.5 MG	TAB ER 24	Tier 3			SULFONYLUREAS
GLUCOVANCE	5 MG-500MG	TABLET	Tier 3			SULFONYLUREAS
GLUMETZA	1000 MG	TABERGR 24H	Tier 3			BIGUANIDES
glutethimide	500MG	TABLET	Tier 2			ANXIOLYTICS, SEDATIVES AND HYPNOTICS, MISCELLANEOUS
glyburide micronized*	3 MG	TABLET	Tier 1			SULFONYLUREAS
glyburide*	1.25 MG	TABLET	Tier 1			SULFONYLUREAS
glyburide- metformin hcl*	1.25-250MG	TABLET	Tier 1			SULFONYLUREAS
glycolax	17G	POWD PACK	Tier 1			CATHARTICS AND LAXATIVES
GLYNASE	1.5 MG	TABLET	Tier 3			SULFONYLUREAS
gold sodium thiomalate	50 MG/ML	VIAL	Tier 1			GOLD COMPOUNDS
GOLYTELY	236-22.74G	SOLN RECON	Tier 3			CATHARTICS AND LAXATIVES
GOLYTELY	227.1-21.5	POWD PACK	Tier 3			CATHARTICS AND LAXATIVES
GRIFULVIN V	500 MG	TABLET	Tier 3			ANTIFUNGALS, MISCELLANEOUS
griseofulvin	125 MG/5ML	ORAL SUSP	Tier 1			ANTIFUNGALS, MISCELLANEOUS
GRIS-PEG	125 MG	TABLET	Tier 3			ANTIFUNGALS, MISCELLANEOUS
guanabenz acetate*	8 MG	TABLET	Tier 1			CENTRAL ALPHA- AGONISTS
guanfacine hcl*	2 MG	TABLET	Tier 1			CENTRAL ALPHA- AGONISTS
guanidine hcl	125 MG	TABLET	Tier 1			PARASYMPATHO- MIMETIC (CHOLINERGIC AGENTS)

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		REQUISITOS/ LIMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
			NIVEL				
GYNAZOLE-1	2 %	CRM ER (G)	Tier 3				ANTIFUNGALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
HALFLYTELY- BISACODYL	5MGX2- 210G	KIT	Tier 4				CATHARTICS AND LAXATIVES
halobetasol propionate	0.05%	CREAM (G)	Tier 1				ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN AND MUCOUS)
haloperidol*	20 MG	TABLET	Tier 1				ANTIPSYCHOTIC AGENTS
hctz/reserpine/ hydralazine*	25-0.1-15	TABLET	Tier 1				HYPOTENSIVE AGENTS
HECTOROL	1MCG	CAPSULE	Tier 4		PA	ST	VITAMIN D
HEPSERA	10 MG	TABLET	Tier 4		PA		NUCLEOSIDES AND NUCLEOTIDES
HUMALOG	100/ML	VIAL	Tier 3				INSULINS
HUMALOG	100/ML	INSULN PEN	Tier 3				INSULINS
HUMALOG MIX 50-50	50-50/ML	VIAL	Tier 3				INSULINS
HUMALOG MIX 50-50	50-50/ML	INSULN PEN	Tier 3				INSULINS
HUMALOG MIX 75-25	75-25/ML	VIAL	Tier 3				INSULINS
HUMALOG MIX 75-25	75-25/ML	INSULN PEN	Tier 3				INSULINS
HUMIRA	20MG/0.4ML	KIT	Tier 5		PA		MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
HUMULIN 50-50	50-50/ML	VIAL	Tier 3				INSULINS
HUMULIN 70-30	70-30/ML	VIAL	Tier 3				INSULINS
HUMULIN 70-30	70-30/ML	INSULN PEN	Tier 3				INSULINS
HUMULIN N	100/ML	VIAL	Tier 3				INSULINS
HUMULIN N	100/ML (3)	INSULN PEN	Tier 3				INSULINS
HUMULIN R	100/ML	VIAL	Tier 3				INSULINS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES		CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
HUMULIN R	500/ML	VIAL		Tier 3			INSULINS
hydralazine hcl*	100 MG	TABLET		Tier 1			DIRECT VASODILATORS
hydralazine w/ hctz*	50-50MG	CAPSULE		Tier 1			DIRECT VASODILATORS
hydra-zide*	50-50MG	CAPSULE		Tier 1			DIRECT VASODILATORS
HYDREA	500 MG	CAPSULE		Tier 3			ANTINEOPLASTIC AGENTS
hydrochlorothia- zide*	50 MG	TABLET		Tier 1			THIAZIDE DIURETICS
hydrochlorothia- zide/reserpine*	0.125-25MG	TABLET		Tier 1			HYPOTENSIVE AGENTS
hydrocodone- acetaminophen	10-325/CUP	SOLU- TION		Tier 1			OPIATE AGONISTS
hydrocodone- acetaminophen	10-750MG	TABLET		Tier 1			OPIATE AGONISTS
hydrocodone- acetaminophen	10MG- 650MG	TABLET		Tier 1			OPIATE AGONISTS
hydrocortisone	20 MG	TABLET		Tier 1		PA	ADRENALS
hydrocortisone	100MG/60ML	ENEMA		Tier 1			ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN AND MUCOUS)
hydrocortisone	1 %	CREAM (G)		Tier 1			ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN AND MUCOUS)
hydrocortisone butyrate	0.1%	CREAM (G)		Tier 1			ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN AND MUCOUS)
hydromorphone hcl	8 MG	TABLET		Tier 1			OPIATE AGONISTS
hydroxychloro- quine sulfate	200 MG	TABLET		Tier 1			ANTIMALARIALS
hydroxyurea	500 MG	CAPSULE		Tier 1			ANTINEOPLASTIC AGENTS
<p>* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  + Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.</p>							

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES		CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
hydroxyzine hcl	10 MG	TABLET	Tier 1				ANXIOLYTICS, SEDATIVES AND HYPNOTICS, MISCELLANEOUS
hydroxyzine pamoate	100 MG	CAPSULE	Tier 1				ANXIOLYTICS, SEDATIVES AND HYPNOTICS, MISCELLANEOUS
hyoscyamine sulfate	0.125 MG	TAB SUBL	Tier 1				ANTIMUSCARINICS/ ANTISPASMODICS
hyoscyamine sulfate	0.125 MG	TABLET	Tier 1				ANTIMUSCARINICS/ ANTISPASMODICS
hyoscyamine sulfate	0.125 MG	TAB RAPDIS	Tier 1				ANTIMUSCARINICS/ ANTISPASMODICS
HYTRIN	10 MG	CAPSULE	Tier 3				ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
ibuprofen	100 MG/5ML	ORAL SUSP	Tier 1				NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
ibuprofen	600 MG	TABLET	Tier 1				NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
ILARIS	180 MG/1.2	VIAL	Tier 5		PA		MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
ILOTYCIN	5MG/G	OINT. (G)	Tier 3				ANTIBACTERIALS (EENT)
IMDUR	120 MG	TAB SR 24H	Tier 3				NITRATES AND NITRITES
imipramine hcl*	10 MG	TABLET	Tier 1				ANTIDEPRESSANTS
imipramine pamoate*	75 MG	CAPSULE	Tier 1				ANTIDEPRESSANTS
imiquimod	5 %	CREAM PACK	Tier 1				SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISCELLANEOUS
IMITREX	4 MG/0.5ML	PEN IJ KIT	Tier 4				SELECTIVE SEROTONIN AGONISTS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES		CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
IMURAN	50 MG	TABLET		Tier 3		PA	MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
INCRELEX	10 MG/ML	VIAL		Tier 5		PA	SOMATOTROPIN AGONISTS
indapamide*	2.5 MG	TABLET		Tier 1			THIAZIDE-LIKE DIURETICS
INDERAL LA	60 MG	CAP SA 24H		Tier 4			BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
INDOCIN	50 MG	SUPP. RECT		Tier 4			NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
INDOCIN	25 MG/5 ML	ORAL SUSP		Tier 3			NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
INDOCIN SR	75 MG	CAPSULE ER		Tier 3			NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
indomethacin	75 MG	CAPSULE ER		Tier 1			NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
indomethacin	25 MG	CAPSULE		Tier 1			NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
indomethacin	50 MG	CAPSULE		Tier 1			NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
INSPRA	25 MG	TABLET		Tier 4		ST	MINERALOCORTICOID (ALDOSTERONE) ANTAGONISTS
INTELENCE	100 MG	TABLET		Tier 4			ANTIRETROVIRALS
INTUNIV	4 MG	TAB SR 24H		Tier 4			CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS, MISCELLANEOUS
INVEGA	1.5 MG	TAB ER 24		Tier 4			ANTIPSYCHOTIC AGENTS
INVIRASE	200 MG	CAPSULE		Tier 3			ANTIRETROVIRALS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES	CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
ipratropium bromide	0.2 MG/ML	SOLU- TION	Tier 1			ANTIMUSCARINICS/ ANTISPASMODICS
ipratropium bromide	42MCG	SPRAY	Tier 1			EENT DRUGS, MISCELLANEOUS
ipratropium- albuterol	0.5-3MG/3	AMPUL- NEB	Tier 1			BETA-ADRENERGIC AGONISTS
IRESSA	250 MG	TABLET	Tier 5			ANTINEOPLASTIC AGENTS
ISENTRESS	400 MG	TABLET	Tier 3			ANTIRETROVIRALS
ISMO	20 MG	TABLET	Tier 3			NITRATES AND NITRITES
isoetharine hcl	10MG/ML	SOLU- TION	Tier 1			BETA-ADRENERGIC AGONISTS
isoniazid	300 MG	TABLET	Tier 1			ANTITUBERCULOSIS AGENTS
ISOPTIN SR	120 MG	TABLET ER	Tier 3			CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS, MISCELLANEOUS
ISOPTO CARPINE	1 %	DROPS	Tier 3			MIOTICS
ISORDIL	40 MG	TABLET	Tier 3			NITRATES AND NITRITES
ISORDIL TITRADOSE	5 MG	TABLET	Tier 3			NITRATES AND NITRITES
isosorbide dinitrate*	10 MG	TABLET	Tier 1			NITRATES AND NITRITES
isosorbide mononitrate*	120 MG	TAB SR 24H	Tier 1			NITRATES AND NITRITES
isradipine*	5 MG	CAPSULE	Tier 1			DIHYDROPYRIDINES
ISTALOL	0.5 %	DROP DAILY	Tier 3			BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS (EENT)
itraconazole	100 MG	CAPSULE	Tier 1			AZOLES
JALYN	0.5-0.4 MG	CPMP 24HR	Tier 3			MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
jantoven*	10 MG	TABLET	Tier 1			ANTICOAGULANTS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES	CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
JANUMET	50MG- 500MG	TABLET	Tier 3			DIPEPTIDYL PEPTIDASE-4(DPP-4) INHIBITORS
JANUMET	50-1000MG	TABLET	Tier 3			DIPEPTIDYL PEPTIDASE-4(DPP-4) INHIBITORS
JANUVIA	50 MG	TABLET	Tier 3			DIPEPTIDYL PEPTIDASE-4(DPP-4) INHIBITORS
JANUVIA	25 MG	TABLET	Tier 3			DIPEPTIDYL PEPTIDASE-4(DPP-4) INHIBITORS
JANUVIA	100 MG	TABLET	Tier 3			DIPEPTIDYL PEPTIDASE-4(DPP-4) INHIBITORS
jevantique	1MG-5MCG	TABLET	Tier 1			ESTROGENS
KADIAN	20 MG	CAP ER PEL	Tier 4			OPIATE AGONISTS
KALETRA	100MG- 25MG	TABLET	Tier 3			ANTIRETROVIRALS
KAPVAY	0.1 MG	TAB ER 12H	Tier 3			CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS, MISCELLANEOUS
K-DUR	20 MEQ	TAB ER PRT	Tier 3			REPLACEMENT PREPARATIONS
KEFLEX	250 MG	CAPSULE	Tier 3			CEPHALOSPORINS
KEPPRA	250 MG	TABLET	Tier 3			ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
KEPPRA XR	750 MG	TAB SR 24H	Tier 3			ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
ketoconazole	200 MG	TABLET	Tier 1			AZOLES
ketoconazole	2 %	CREAM (G)	Tier 1			ANTIFUNGALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
ketoconazole	2 %	SHAM- POO	Tier 1			ANTIFUNGALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFICACIÓN		REQUISITOS/ LÍMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
			NIVEL				
ketoprofen	50 MG	CAPSULE	Tier 1				NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
ketoprofen	200 MG	CAP24H PEL	Tier 1				NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
ketorolac tromethamine	10 MG	TABLET	Tier 1	QL			NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
ketorolac tromethamine	0.4 %	DROPS	Tier 1				EENT NONSTEROIDAL ANTI-INFLAM. AGENTS
K-LOR	20 MEQ	PACKET	Tier 3				REPLACEMENT PREPARATIONS
klor-con	20 MEQ	PACKET	Tier 1				REPLACEMENT PREPARATIONS
klor-con-ef	25 MEQ	TABLET EFF	Tier 1				REPLACEMENT PREPARATIONS
K-LYTE-CL	25 MEQ	TABLET EFF	Tier 3				REPLACEMENT PREPARATIONS
K-PHOS NEUTRAL	250 MG	TABLET	Tier 3				ACIDIFYING AGENTS
K-PHOS ORIGINAL	500 MG	TABLET SOL	Tier 3				ACIDIFYING AGENTS
K-TAB	10 MEQ	TABLET ER	Tier 3				REPLACEMENT PREPARATIONS
KUVAN	100 MG	TABLET SOL	Tier 5		PA		MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
labetalol hcl*	100 MG	TABLET	Tier 1				BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
LAC-HYDRIN	12%	LOTION	Tier 3				BASIC LOTIONS AND LINIMENTS
laclotion	12%	LOTION	Tier 1				BASIC LOTIONS AND LINIMENTS
lactulose	10G/15ML	SYRUP	Tier 1				AMMONIA DETOXICANTS
LAMICTAL	25 MG	TAB DISPER	Tier 3				ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES		CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
LAMICTAL ODT	200 MG	TAB	RAPDIS	Tier 3			ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
LAMICTAL XR	200 MG	TAB	ER 24	Tier 3			ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
lamotrigine	100 MG	TABLET		Tier 2			ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
LANOXIN	125 MCG	TABLET		Tier 3			CARDIOTONIC AGENTS
lansoprazole	30 MG	CAPSULE	DR	Tier 1			PROTON-PUMP INHIBITORS
LANTUS	100/ML	VIAL		Tier 3			INSULINS
LANTUS SOLOSTAR	100/ML (3)	INSULN	PEN	Tier 3			INSULINS
LARIAM	250 MG	TABLET		Tier 3			ANTIMALARIALS
LASIX	20 MG	TABLET		Tier 3			LOOP DIURETICS
latanoprost	0.005%	DROPS		Tier 1			PROSTAGLANDIN ANALOGS
LATUDA	80 MG	TABLET		Tier 4			ANTIPSYCHOTIC AGENTS
leflunomide	20 MG	TABLET		Tier 1			MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
LESCOL	40 MG	CAPSULE		Tier 4			HMG-COA REDUCTASE INHIBITORS
LESCOL XL	80 MG	TAB SR	24H	Tier 4			HMG-COA REDUCTASE INHIBITORS
LETAIRIS	5 MG	TABLET		Tier 5		PA	VASODILATING AGENTS, MISCELLANEOUS
LETAIRIS	10 MG	TABLET		Tier 5		PA	VASODILATING AGENTS, MISCELLANEOUS
letrozole	2.5 MG	TABLET		Tier 1			ANTINEOPLASTIC AGENTS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES		CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
leucovorin calcium	25 MG	TABLET	Tier 1				MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
leucovorin calcium	350 MG	VIAL	Tier 1				MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
leucovorin calcium	50 MG	VIAL	Tier 1				MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
leucovorin calcium	15 MG	TABLET	Tier 1				MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
LEUKERAN	2 MG	TABLET	Tier 3				ANTINEOPLASTIC AGENTS
LEUKINE	500MCG/ML	VIAL	Tier 3		PA		HEMATOPOIETIC AGENTS
levalbuterol concentrate	1.25MG/0.5	VIAL-NEB	Tier 1				BETA-ADRENERGIC AGONISTS
LEVAQUIN	750 MG	TABLET	Tier 4				QUINOLONES
LEVEMIR	100/ML	INSULN PEN	Tier 4				INSULINS
levetiracetam*	250 MG	TABLET	Tier 1				ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
levobunolol hcl*	0.25 %	DROPS	Tier 1				BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS (EENT)
levofloxacin	750 MG	TABLET	Tier 2				QUINOLONES
levofloxacin	0.5 %	DROPS	Tier 1				ANTIBACTERIALS (EENT)
LEVOTHROID	25 MCG	TABLET	Tier 3				THYROID AGENTS
levothyroxine sodium*	137 MCG	TABLET	Tier 1				THYROID AGENTS
LEVOXYL	25 MCG	TABLET	Tier 3				THYROID AGENTS
LEVSIN	0.125 MG	TABLET	Tier 3				ANTIMUSCARINICS/ ANTISPASMODICS
LEVSIN-SL	0.125 MG	TAB SUBL	Tier 3				ANTIMUSCARINICS/ ANTISPASMODICS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFICACIÓN		REQUISITOS/LIMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
			NIVEL				
LEXIVA	50 MG/ML	ORAL SUSP	Tier 3				ANTIRETROVIRALS
LIALDA	1.2 G	TABLET DR	Tier 3				ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (GI DRUGS)
lidocaine hcl	5 %	OINT. (G)	Tier 1				ANTIPRURITICS AND LOCAL ANESTHETICS
lidocaine-prilocaine	2.5%-2.5%	CREAM (G)	Tier 1				ANTIPRURITICS AND LOCAL ANESTHETICS
LIDODERM	5%(700MG)	ADH. PATCH	Tier 3				ANTIPRURITICS AND LOCAL ANESTHETICS
LIMBITROL	12.5-5MG	TABLET	Tier 3				ANTIDEPRESSANTS
lindane	1 %	LOTION	Tier 1				SCABICIDES AND PEDICULICIDES
lindane	1 %	SHAM-POO	Tier 1				SCABICIDES AND PEDICULICIDES
liothyronine sodium*	50 MCG	TABLET	Tier 1				THYROID AGENTS
LIPITOR	80 MG	TABLET	Tier 4				HMG-COA REDUCTASE INHIBITORS
LIPOFEN	150 MG	CAPSULE	Tier 3				FIBRIC ACID DERIVATIVES
lisinopril*	40 MG	TABLET	Tier 1				ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME INHIBITORS
lisinopril-hydrochlorothiazide*	20-25MG	TABLET	Tier 1				ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME INHIBITORS
lithium carbonate*	300 MG	TABLET ER	Tier 1				ANTIMANIC AGENTS
lithium carbonate*	300 MG	TABLET	Tier 1				ANTIMANIC AGENTS
LITHOBID	300 MG	TABLET ER	Tier 3				ANTIMANIC AGENTS
LIVALO	4 MG	TABLET	Tier 4				HMG-COA REDUCTASE INHIBITORS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES		CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
LOFIBRA	160 MG	TABLET	Tier 3				FIBRIC ACID DERIVATIVES
LOMOTIL	2.5-.025MG	TABLET	Tier 3				ANTIDIARRHEA AGENTS
loperamide	2 MG	CAPSULE	Tier 1				ANTIDIARRHEA AGENTS
LOPID	600 MG	TABLET	Tier 3				FIBRIC ACID DERIVATIVES
LOPRESSOR	100 MG	TABLET	Tier 4				BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
LOPRESSOR HCT	100MG- 25MG	TABLET	Tier 4				BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
LORTAB	5 MG-500MG	TABLET	Tier 4				OPIATE AGONISTS
losartan potassium*	25 MG	TABLET	Tier 1				ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS
LOTREL	10MG-20MG	CAPSULE	Tier 4				DIHYDROPYRIDINES
LOTRISONE	1-0.05%	CREAM (G)	Tier 3				ANTIFUNGALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
LOTRONEX	1 MG	TABLET	Tier 3		PA		GI DRUGS, MISCELLANEOUS
lovastatin*	10 MG	TABLET	Tier 1				HMG-COA REDUCTASE INHIBITORS
LOVAZA	1 G	CAPSULE	Tier 3				ANTILIPEMIC AGENTS, MISCELLANEOUS
loxapine*	50 MG	CAPSULE	Tier 1				ANTIPSYCHOTIC AGENTS
LOXITANE	5 MG	CAPSULE	Tier 3				ANTIPSYCHOTIC AGENTS
LUFYLLIN	400 MG	TABLET	Tier 4				RESPIRATORY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS
LUMIGAN	0.01 %	DROPS	Tier 3				PROSTAGLANDIN ANALOGS
LUMIGAN	0.03 %	DROPS	Tier 3				PROSTAGLANDIN ANALOGS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.

+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES		CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
LUMIZYME	50 MG	VIAL		Tier 5			ENZYMES
LUNESTA	3 MG	TABLET		Tier 3		ST	ANXIOLYTICS, SEDATIVES AND HYPNOTICS, MISCELLANEOUS
LUVOX CR	100 MG	CAP ER 24H		Tier 3		ST	ANTIDEPRESSANTS
LYRICA	225 MG	CAPSULE		Tier 4		ST	ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
LYSODREN	500 MG	TABLET		Tier 3			ANTINEOPLASTIC AGENTS
MAGNACET	10MG- 400MG	TABLET		Tier 4			OPIATE AGONISTS
MALARONE	62.5-25MG	TABLET		Tier 3			ANTIMALARIALS
maprotiline hcl*	25 MG	TABLET		Tier 1			ANTIDEPRESSANTS
MARPLAN	10 MG	TABLET		Tier 3			ANTIDEPRESSANTS
MATULANE	50 MG	CAPSULE		Tier 3			ANTINEOPLASTIC AGENTS
MAXIDEX	0.1%	DROPS SUSP		Tier 3			CORTICOSTEROIDS (EENT)
MAXITROL	3.5-10K-.1	OINT. (G)		Tier 3			ANTIBACTERIALS (EENT)
MAXZIDE	75 MG-50MG	TABLET		Tier 3			POTASSIUM-SPARING DIURETICS
MAXZIDE-25 MG	37.5-25 MG	TABLET		Tier 3			POTASSIUM-SPARING DIURETICS
mebendazole	100 MG	TAB CHEW		Tier 1			ANTHELMINTICS
meclizine hcl	12.5 MG	TABLET		Tier 1			ANTIHISTAMINES (GI DRUGS)
meclofenamate sodium	50 MG	CAPSULE		Tier 1			NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
MEDROL	4 MG	TAB DS PK		Tier 3		PA	ADRENALS
medroxyproges- terone acetate	10MG	TABLET		Tier 1			PROGESTINS
mefloquine hcl	250 MG	TABLET		Tier 1			ANTIMALARIALS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES		CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
MEGACE	400MG/10ML	ORAL SUSP	Tier 3		PA		ANTINEOPLASTIC AGENTS
MEGACE ES	625MG/5ML	ORAL SUSP	Tier 3		PA		ANTINEOPLASTIC AGENTS
megestrol acetate	400MG/10ML	ORAL SUSP	Tier 1		PA		ANTINEOPLASTIC AGENTS
megestrol acetate	20 MG	TABLET	Tier 1		PA		ANTINEOPLASTIC AGENTS
meloxicam	7.5MG/5ML	ORAL SUSP	Tier 1				NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
MENOSTAR	14MCG/ 24HR	PATCH TDWK	Tier 3				ESTROGENS
meperidine hcl	50 MG/5 ML	SOLU- TION	Tier 2				OPIATE AGONISTS
meperidine hcl	50 MG	TABLET	Tier 2				OPIATE AGONISTS
MEPRON	750 MG/5ML	ORAL SUSP	Tier 3				ANTIPROTOZOALS, MISCELLANEOUS
mercaptopurine	50 MG	TABLET	Tier 1				ANTINEOPLASTIC AGENTS
mesalamine	4G/60ML	ENEMA	Tier 1				ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (GI DRUGS)
MESTINON	60 MG	TABLET	Tier 3				PARASYMPATHO- MIMETIC (CHOLINERGIC AGENTS)
METADATE CD	10 MG	CPMP 30- 70	Tier 3				ANOREXIGENICS, RESPIRATORY, CEREBRAL STIMULANTS, MISCELLANEOUS
METAGLIP	5 MG-500MG	TABLET	Tier 3				SULFONYLUREAS
metaproterenol sulfate	20 MG	TABLET	Tier 1				BETA-ADRENERGIC AGONISTS
metformin hcl er*	500 MG	TAB SR 24H	Tier 1				BIGUANIDES
metformin hcl*	850 MG	TABLET	Tier 1				BIGUANIDES

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.

+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES		CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
methadex	0.1%	DROPS SUSP	Tier 1				ANTIBACTERIALS (EENT)
methadone hcl	10 MG	TABLET	Tier 1				OPIATE AGONISTS
methadone intensol	10 MG/ML	ORAL CONC	Tier 1				OPIATE AGONISTS
methamphet- amine hcl	5 MG	TABLET	Tier 1				AMPHETAMINES
methazolamide*	50 MG	TABLET	Tier 1				CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS (EENT)
methimazole*	20 MG	TABLET	Tier 1				ANTITHYROID AGENTS
METHITEST	10 MG	TABLET	Tier 3				ANDROGENS
methotrexate	2.5 MG	TABLET	Tier 1		PA		ANTINEOPLASTIC AGENTS
methyl salicylate		LIQUID	Tier 1				NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
methyl dopa*	500 MG	TABLET	Tier 1				CENTRAL ALPHA- AGONISTS
methyl dopa- hydrochlorothia- zide*	250MG- 15MG	TABLET	Tier 1				CENTRAL ALPHA- AGONISTS
METHYLIN	2.5 MG	TAB CHEW	Tier 3				ANOREXIGENICS, RESPIRATORY, CEREBRAL STIMULANTS, MISCELLANEOUS
methylin	5 MG	TABLET	Tier 1				ANOREXIGENICS, RESPIRATORY, CEREBRAL STIMULANTS, MISCELLANEOUS
methylin er	20 MG	TABLET ER	Tier 1				ANOREXIGENICS, RESPIRATORY, CEREBRAL STIMULANTS, MISCELLANEOUS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITE	CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
methylphenidate hcl	18 MG	TAB ER	24	Tier 1		ANOREXIGENICS, RESPIRATORY, CEREBRAL STIMULANTS, MISCELLANEOUS
methylphenidate hcl	10 MG/5 ML	SOLU- TION		Tier 1		ANOREXIGENICS, RESPIRATORY, CEREBRAL STIMULANTS, MISCELLANEOUS
methylphenidate sr	20 MG	TABLET ER		Tier 1		ANOREXIGENICS, RESPIRATORY, CEREBRAL STIMULANTS, MISCELLANEOUS
metipranolol*	0.3 %	DROPS		Tier 1		BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS (EENT)
metoclopramide hcl	5 MG	TABLET		Tier 1		PROKINETIC AGENTS
metolazone*	2.5 MG	TABLET		Tier 1		THIAZIDE-LIKE DIURETICS
metoprolol succinate*	25 MG	TAB SR 24H		Tier 1		BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
metoprolol succinate*	200 MG	TAB SR 24H		Tier 1		BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
metoprolol tartrate*	100 MG	TABLET		Tier 1		BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
metoprolol- hydrochlorothia- zide*	50 MG-25MG	TABLET		Tier 1		BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
METROGEL	1 %	GEL (GRAM)		Tier 3		ANTIBACTERIALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
METROGEL kit	1 %	GEL (GRAM)		Tier 3		ANTIBACTERIALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.

+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
METROGEL- VAGINAL	0.75%	GEL W/ APPL	Tier 3					ANTIBACTERIALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
metronidazole	0.75%	LOTION	Tier 1					ANTIBACTERIALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
metronidazole	500 MG	TABLET	Tier 1					ANTIPROTOZOALS, MISCELLANEOUS
MEVACOR	10MG	TABLET	Tier 3					HMG-COA REDUCTASE INHIBITORS
mexiletine hcl*	150 MG	CAPSULE	Tier 1					ANTIARRHYTHMIC AGENTS
MIACALCIN	200/ML	VIAL	Tier 4		PA			PARATHYROID
MIACALCIN	200/DOSE	SPRAY/ PUMP	Tier 4					PARATHYROID
miconazole 3	200 MG	SUPP.VAG	Tier 1					ANTIFUNGALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
MICRO-K	8 MEQ	CAPSULE ER	Tier 3					REPLACEMENT PREPARATIONS
MICRONASE	5 MG	TABLET	Tier 3					SULFONYLUREAS
MIDAMOR	5 MG	TABLET	Tier 3					POTASSIUM-SPARING DIURETICS
mimvey	1-0.5MG	TABLET	Tier 1					ESTROGENS
MINIPRESS	5 MG	CAPSULE	Tier 3					ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
minitran*	0.1MG/HR	PATCH TD24	Tier 1					NITRATES AND NITRITES
MINOCIN	50 MG	CAPSULE	Tier 3					TETRACYCLINES
MINOCIN	100 MG	VIAL	Tier 3					TETRACYCLINES
minocycline hcl	100 MG	CAPSULE	Tier 1					TETRACYCLINES
minocycline hcl	45 MG	TAB SR 24H	Tier 1					TETRACYCLINES
minocycline hcl	50 MG	TABLET	Tier 1					TETRACYCLINES
minoxidil*	2.5 MG	TABLET	Tier 1					DIRECT VASODILATORS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES	CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
MIOSTAT	0.01 %	VIAL	Tier 3			MIOTICS
MIRAPEX	0.75 MG	TABLET	Tier 4			DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS
MIRAPEX ER	0.375 MG	TAB SR 24H	Tier 4			DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS
mirtazapine*	15 MG	TAB RAPDIS	Tier 1			ANTIDEPRESSANTS
misoprostol	100 MCG	TABLET	Tier 1			PROSTAGLANDINS
MOBAN	5 MG	TABLET	Tier 3			ANTIPSYCHOTIC AGENTS
moexipril hcl*	15 MG	TABLET	Tier 1			ANGIOTENSIN- CONVERTING ENZYME INHIBITORS
moexipril-hydro- chlorothiazide*	15-25MG	TABLET	Tier 1			ANGIOTENSIN- CONVERTING ENZYME INHIBITORS
mometasone furoate	0.1%	CREAM (G)	Tier 1			ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN AND MUCOUS)
MONISTAT 3	200 MG	SUPP.VAG	Tier 3			ANTIFUNGALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
MONISTAT- DERM	2 %	CREAM (G)	Tier 3			ANTIFUNGALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
MONOKET	10 MG	TABLET	Tier 3			NITRATES AND NITRITES
morphine sulfate	10 MG/5 ML	SOLU- TION	Tier 1			OPIATE AGONISTS
morphine sulfate	30 MG	TABLET	Tier 1			OPIATE AGONISTS
morphine sulfate	30 MG	TABLET ER	Tier 1			OPIATE AGONISTS
morphine sulfate	30 MG	SUPP. RECT	Tier 1			OPIATE AGONISTS
morphine sulfate	60 MG	TABLET ER	Tier 1			OPIATE AGONISTS
morphine sulfate	60 MG	TABLET ER	Tier 1			OPIATE AGONISTS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.

+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES		CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
morphine sulfate	15 MG	TABLET	Tier 1				OPIATE AGONISTS
morphine sulfate	100 MG/5ML	SOLU- TION	Tier 1				OPIATE AGONISTS
MOTRIN	800 MG	TABLET	Tier 3				NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
MS CONTIN	15 MG	TABLET ER	Tier 4				OPIATE AGONISTS
MSIR	10 MG/5 ML	SOLU- TION	Tier 3				OPIATE AGONISTS
mst 600	600 MG	TABLET	Tier 1				NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
MULTAQ	400 MG	TABLET	Tier 3				ANTIARRHYTHMIC AGENTS
mupirocin	2 %	OINT. (G)	Tier 1				ANTIBACTERIALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
MYAMBUTOL	100 MG	TABLET	Tier 3				ANTITUBERCULOSIS AGENTS
MYCELEX	10 MG	TROCHE	Tier 3				ANTIFUNGALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
MYCOBUTIN	150 MG	CAPSULE	Tier 3				ANTITUBERCULOSIS AGENTS
mycophenolate mofetil	500 MG	TABLET	Tier 1		PA		MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
MYCOSTATIN	100000/G	POWDER	Tier 3				ANTIFUNGALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
MYFORTIC	180 MG	TABLET DR	Tier 4		PA		MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
MYOZYME	50 MG	VIAL	Tier 5				ENZYMES
MYSOLINE	250 MG	TABLET	Tier 3				BARBITURATES (ANTICONVULSANTS)

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES	CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
nabumetone	500 MG	TABLET	Tier 1			NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
nadolol*	80 MG	TABLET	Tier 1			BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
nadolol-bendro- flumethiazide*	80 MG-5 MG	TABLET	Tier 1			BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
NAFTIN	1 %	CREAM (G)	Tier 3			ANTIFUNGALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
NAGLAZYME	5 MG/5 ML	VIAL	Tier 5			ENZYMES
NALFON	200 MG	CAPSULE	Tier 3			NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
NAMENDA	5 MG-10 MG	TAB DS PK	Tier 3			CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS, MISCELLANEOUS
NAMENDA	10 MG/5 ML	SOLU- TION	Tier 3			CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS, MISCELLANEOUS
NAMENDA	5 MG	TABLET	Tier 3			CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS, MISCELLANEOUS
NAMENDA	10 MG	TABLET	Tier 3			CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS, MISCELLANEOUS
NAPROSYN	125 MG/5ML	ORAL SUSP	Tier 3			NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
NAPROSYN	250 MG	TABLET	Tier 3			NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
naproxen	375 MG	TABLET DR	Tier 1			NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
naproxen sodium	275 MG	TABLET	Tier 1			NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFICACIÓN		REQUISITOS/ LÍMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
			NIVEL				
naratriptan hcl*	1 MG	TABLET	Tier 1				SELECTIVE SEROTONIN AGONISTS
naratriptan hcl*	2.5 MG	TABLET	Tier 1				SELECTIVE SEROTONIN AGONISTS
NARDIL	15 MG	TABLET	Tier 3				ANTIDEPRESSANTS
NASACORT AQ	55MCG	SPRAY	Tier 3				CORTICOSTEROIDS (EENT)
NASAREL	29MCG	SPRAY	Tier 3				CORTICOSTEROIDS (EENT)
NATACYN	5 %	DROPS SUSP	Tier 3				ANTIFUNGALS (EENT)
nateglinide*	60 MG	TABLET	Tier 1				MEGLITINIDES
NATROBA	0.9 %	SUSPENSION	Tier 4				SCABICIDES AND PEDICULICIDES
NAVANE	2 MG	CAPSULE	Tier 3				ANTIPSYCHOTIC AGENTS
nefazodone hcl*	200 MG	TABLET	Tier 1				ANTIDEPRESSANTS
neocidin	1.75MG-10K	DROPS	Tier 1				ANTIBACTERIALS (EENT)
neomycin w/ dexamethasone	0.35-0.1%	DROPS	Tier 1				ANTIBACTERIALS (EENT)
neomycin-bacitracin-polyhc	3.5-10K-1	OINT. (G)	Tier 1				ANTIBACTERIALS (EENT)
neomycin-bacitracin-polymyxin	3.5MG-400	OINT. (G)	Tier 1				ANTIBACTERIALS (EENT)
neomycin-polymyxin-dexameth	0.1%	DROPS SUSP	Tier 1				ANTIBACTERIALS (EENT)
neomycin-polymyxin-dexameth	3.5-10K-.1	OINT. (G)	Tier 1				ANTIBACTERIALS (EENT)
neomycin-polymyxin-gramicidin	1.75MG-10K	DROPS	Tier 1				ANTIBACTERIALS (EENT)

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES		CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
neomycin-polymyxin-hc	3.5-10K-1	SOLU- TION	Tier 1				ANTIBACTERIALS (EENT)
NEORAL	100 MG	CAPSULE	Tier 3		PA		MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
NEOSPORIN		OINT.(GM)	Tier 3				ANTIBACTERIALS (EENT)
NEOSPORIN	1.75MG-10K	DROPS	Tier 3				ANTIBACTERIALS (EENT)
NEULASTA	6MG/0.6ML	DISP SYRIN	Tier 5		PA		HEMATOPOIETIC AGENTS
NEUMEGA	5 MG	VIAL	Tier 5		PA		HEMATOPOIETIC AGENTS
NEUPOGEN	480MCG/0.8	DISP SYRIN	Tier 5		PA		HEMATOPOIETIC AGENTS
NEURONTIN	600 MG	TABLET	Tier 3			ST	ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
NEURONTIN	100 MG	CAPSULE	Tier 3			ST	ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
NEXAVAR	200 MG	TABLET	Tier 5				ANTINEOPLASTIC AGENTS
NEXICLON XR	0.09 MG/ML	SUS ER 24H	Tier 4				CENTRAL ALPHA- AGONISTS
NEXIUM	10 MG	SUSPDR PKT	Tier 3				PROTON-PUMP INHIBITORS
NEXIUM	20 MG	SUSPDR PKT	Tier 3				PROTON-PUMP INHIBITORS
NEXIUM	40 MG	SUSPDR PKT	Tier 3				PROTON-PUMP INHIBITORS
NEXIUM	20 MG	CAPSULE DR	Tier 3				PROTON-PUMP INHIBITORS
NEXIUM	40 MG	CAPSULE DR	Tier 3				PROTON-PUMP INHIBITORS
niacor	500 MG	TABLET	Tier 1				ANTILIPEMIC AGENTS, MISCELLANEOUS
NIASPAN	1000 MG	TABLET ER	Tier 3				ANTILIPEMIC AGENTS, MISCELLANEOUS
nicardipine hcl	30 MG	CAPSULE	Tier 2				DIHYDROPYRIDINES

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		REQUISITOS/ LIMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
			NIVEL				
nicotine patch	7MG/24HR	PATCH TD24	Tier 1	QL			AUTONOMIC DRUGS, MISCELLANEOUS
NICOTROL	10 MG	CART- RIDGE	Tier 4	QL			AUTONOMIC DRUGS, MISCELLANEOUS
NICOTROL NS	10 MG/ML	SPRAY	Tier 4	QL			AUTONOMIC DRUGS, MISCELLANEOUS
nifediac cc*	60 MG	TABLET ER	Tier 1				DIHYDROPYRIDINES
nifediac cc*	30 MG	TABLET ER	Tier 1				DIHYDROPYRIDINES
nifedical xl*	30 MG	TAB ER 24	Tier 1				DIHYDROPYRIDINES
nifedical xl*	60 MG	TAB ER 24	Tier 1				DIHYDROPYRIDINES
nifedipine er*	90 MG	TAB ER 24	Tier 1				DIHYDROPYRIDINES
nifedipine*	10 MG	CAPSULE	Tier 1				DIHYDROPYRIDINES
NILANDRON	150 MG	TABLET	Tier 3				ANTINEOPLASTIC AGENTS
nimodipine*	30 MG	CAPSULE	Tier 1				DIHYDROPYRIDINES
NIMOTOP	30 MG	CAPSULE	Tier 3				DIHYDROPYRIDINES
nisoldipine	20 MG	TAB SR 24H	Tier 2				DIHYDROPYRIDINES
NITRO-BID	2 %	OINT. (G)	Tier 3				NITRATES AND NITRITES
NITRO-DUR	0.6MG/HR	PATCH TD24	Tier 3				NITRATES AND NITRITES
nitroglycerin	0.4MG/ DOSE	SPRAY	Tier 1				NITRATES AND NITRITES
nitroglycerin patch*	0.1MG/HR	PATCH TD24	Tier 1				NITRATES AND NITRITES
NITROMIST	0.4MG/ DOSE	AEROSOL	Tier 3				NITRATES AND NITRITES
NITROSTAT	0.3 MG	TAB SUBL	Tier 3				NITRATES AND NITRITES
nizatidine	150 MG	CAPSULE	Tier 1				HISTAMINE H2- ANTAGONISTS
NIZORAL	200 MG	TABLET	Tier 3				AZOLES

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFICACIÓN		REQUISITOS/ LÍMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
			NIVEL				
NIZORAL	2 %	SHAM-POO	Tier 3				ANTIFUNGALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
norethindrone acetate	5 MG	TABLET	Tier 1				PROGESTINS
NORPACE	150 MG	CAPSULE	Tier 3				ANTIARRHYTHMIC AGENTS
NORPACE CR	100 MG	CAPSULE ER	Tier 3				ANTIARRHYTHMIC AGENTS
NORPRAMIN	10 MG	TABLET	Tier 4				ANTIDEPRESSANTS
nortriptyline hcl*	10 MG/5 ML	SOLUTION	Tier 1				ANTIDEPRESSANTS
NORVASC	2.5 MG	TABLET	Tier 4				DIHYDROPYRIDINES
NORVIR	100 MG	CAPSULE	Tier 3				ANTIRETROVIRALS
NOVOLIN 70-30	70-30/ML	VIAL	Tier 3				INSULINS
NOVOLIN N	100/ML	VIAL	Tier 3				INSULINS
NOVOLIN R	100/ML	VIAL	Tier 3				INSULINS
NOVOLOG	100/ML	VIAL	Tier 4				INSULINS
NOVOLOG MIX 70-30	70-30/ML	INSULN PEN	Tier 4				INSULINS
NOXAFIL	200 MG/5ML	ORAL SUSP	Tier 4		PA		AZOLES
NPLATE	250 MCG	VIAL	Tier 5		PA		MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
NUMORPHAN	5 MG	SUPP. RECT	Tier 4				OPIATE AGONISTS
NUVIGIL	50 MG	TABLET	Tier 4				ANOREXIGENICS, RESPIRATORY, CEREBRAL STIMULANTS, MISCELLANEOUS
nystatin	50000000U	POWDER	Tier 1				POLYENES
nystatin	100000/ML	ORAL SUSP	Tier 1				POLYENES
nystatin	500K UNIT	TABLET	Tier 1				POLYENES

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFICACIÓN		REQUISITOS/ LÍMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
			NIVEL				
nystatin	100000/G	OINT. (G)	Tier 1				ANTIFUNGALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
nystatin	100000/G	POWDER	Tier 1				ANTIFUNGALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
nystatin-triamcinolone	100000-0.1	CREAM (G)	Tier 1				ANTIFUNGALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
OCUFLOX	0.3 %	DROPS	Tier 3				ANTIBACTERIALS (EENT)
ofloxacin	300 MG	TABLET	Tier 1				QUINOLONES
ofloxacin	0.3 %	DROPS	Tier 1				ANTIBACTERIALS (EENT)
OGEN	3 MG	TABLET	Tier 3				ESTROGENS
OLEPTRO ER	150 MG	TAB SR 24H	Tier 3				ANTIDEPRESSANTS
omeprazole	20 MG	CAPSULE DR	Tier 1				PROTON-PUMP INHIBITORS
OMNICEF	300 MG	CAPSULE	Tier 4				CEPHALOSPORINS
OMNIPRED	1 %	DROPS SUSP	Tier 3				CORTICOSTEROIDS (EENT)
ondansetron hcl	24 MG	TABLET	Tier 1		PA		5-HT3 RECEPTOR ANTAGONISTS
ondansetron odt	4 MG	TAB RAPDIS	Tier 1		PA		5-HT3 RECEPTOR ANTAGONISTS
ONSOLIS	800 MCG	FILM	Tier 5		PA		OPIATE AGONISTS
OPANA	5 MG	TABLET	Tier 4				OPIATE AGONISTS
OPANA	10 MG	TABLET	Tier 4				OPIATE AGONISTS
OPANA	1 MG/ML	AMPUL	Tier 4				OPIATE AGONISTS
OPANA ER	7.5 MG	TAB ER 12H	Tier 3				OPIATE AGONISTS
OPANA ER	15 MG	TAB ER 12H	Tier 3				OPIATE AGONISTS
OPANA ER	30 MG	TAB ER 12H	Tier 3				OPIATE AGONISTS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFICACIÓN		REQUISITOS/ LÍMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
			NIVEL				
OPANA ER	20 MG	TAB ER 12H	Tier 3				OPIATE AGONISTS
OPANA ER	10 MG	TAB ER 12H	Tier 3				OPIATE AGONISTS
OPANA ER	40 MG	TAB ER 12H	Tier 3				OPIATE AGONISTS
OPANA ER	5 MG	TAB ER 12H	Tier 3				OPIATE AGONISTS
opium	10 MG/ML	TINC- TURE	Tier 2				ANTIDIARRHEA AGENTS
OPTIMYD	0.5%	DROPS	Tier 3				SULFONAMIDES (EENT)
OPTIPRAN- LOL	0.3 %	DROPS	Tier 3				BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS (EENT)
OPTIVAR	0.05%	DROPS	Tier 3				ANTIALLERGIC AGENTS
ORACEA	40 MG	CPMP 24HR	Tier 4				TETRACYCLINES
ORAMORPH SR	100 MG	TABLET ER	Tier 4				OPIATE AGONISTS
ORAP	1 MG	TABLET	Tier 3				ANTIPSYCHOTIC AGENTS
ORAPRED ODT	30 MG	TAB RAPDIS	Tier 3				ADRENALS
ORENCIA	250 MG	VIAL	Tier 5		PA		MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
ORFADIN	2 MG	CAPSULE	Tier 5				MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
OTICIN HC	3.5-10K-1	SOLU- TION	Tier 3				ANTIBACTERIALS (EENT)
otimar	3.5-10K-1	DROPS SUSP	Tier 1				ANTIBACTERIALS (EENT)
otocidin	3.5-10K-1	SOLU- TION	Tier 1				ANTIBACTERIALS (EENT)
oxandrolone	10 MG	TABLET	Tier 1				ANDROGENS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES	CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
oxaprozin	600 MG	TABLET	Tier 1			NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
oxcarbazepine*	150 MG	TABLET	Tier 1			ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
oxybutynin chloride er*	15 MG	TAB ER 24	Tier 1			GENITOURINARY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS
oxycodone hcl	10 MG	TAB ER 12H	Tier 1			OPIATE AGONISTS
oxycodone hcl	5 MG/5 ML	SOLU- TION	Tier 1			OPIATE AGONISTS
oxycodone hcl	20 MG/ML	ORAL CONC	Tier 1			OPIATE AGONISTS
oxycodone hcl	5 MG	CAPSULE	Tier 1			OPIATE AGONISTS
oxycodone hcl- aspirin	4.8355-325	TABLET	Tier 1			OPIATE AGONISTS
oxycodone- acetaminophen	5 MG-500MG	CAPSULE	Tier 1			OPIATE AGONISTS
oxycodone- acetaminophen	2.5-325MG	TABLET	Tier 1			OPIATE AGONISTS
oxycodone- aspirin	4.5-325MG	TABLET	Tier 1			OPIATE AGONISTS
OXYCONTIN	10 MG	TAB ER 12H	Tier 3			OPIATE AGONISTS
OXYCONTIN	20 MG	TAB ER 12H	Tier 3			OPIATE AGONISTS
OXYCONTIN	40 MG	TAB ER 12H	Tier 3			OPIATE AGONISTS
OXYCONTIN	80 MG	TAB ER 12H	Tier 3			OPIATE AGONISTS
OXYCONTIN	15 MG	TAB ER 12H	Tier 3			OPIATE AGONISTS
OXYCONTIN	30 MG	TAB ER 12H	Tier 3			OPIATE AGONISTS
OXYCONTIN	60 MG	TAB ER 12H	Tier 3			OPIATE AGONISTS
oxymorphone hcl	10 MG	TABLET	Tier 1			OPIATE AGONISTS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFICACIÓN		REQUISITOS/ LÍMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
			NIVEL				
OXYTROL	3.9MG/24HR	PATCH	Tier 4				GENITOURINARY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS
pacerone*	100 MG	TABLET	Tier 1				ANTIARRHYTHMIC AGENTS
PAMELOR	10 MG	CAPSULE	Tier 4				ANTIDEPRESSANTS
PANCREASE MT-4	4K-12K-12K	CAPSULE DR	Tier 3				DIGESTANTS
PANCREAZE	4.2K-10K	CAPSULE DR	Tier 3				DIGESTANTS
PANCRELIPASE	4.5-25-20K	CAPSULE DR	Tier 3				DIGESTANTS
PANCRELIPASE EC	20-44-56K	CAPSULE DR	Tier 3				DIGESTANTS
pantoprazole sodium	40 MG	TABLET DR	Tier 1				PROTON-PUMP INHIBITORS
paregoric	2 MG/5 ML	LIQUID	Tier 1				ANTIDIARRHEA AGENTS
PARLODEL	2.5 MG	TABLET	Tier 3				DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS
PARNATE	10 MG	TABLET	Tier 3				ANTIDEPRESSANTS
paromomycin sulfate	250 MG	CAPSULE	Tier 1				AMEBICIDES
paroxetine hcl*	12.5 MG	TAB SR 24H	Tier 1				ANTIDEPRESSANTS
PAXIL	10 MG/5 ML	ORAL SUSP	Tier 4			ST	ANTIDEPRESSANTS
PAXIL CR	12.5 MG	TAB SR 24H	Tier 4			ST	ANTIDEPRESSANTS
PCE	500 MG	TAB PART	Tier 3				MACROLIDES
PEDIAPRED	5 MG/5 ML	SOLUTION	Tier 3		PA		ADRENALS
PEGANONE	250 MG	TABLET	Tier 3				HYDANTOINS
PEGASYS	180MCG/0.5	KIT	Tier 5		PA		INTERFERONS
PEGASYS	180MCG/ML	VIAL	Tier 5		PA		INTERFERONS
PEGINTRON	150MCG/0.5	KIT	Tier 5		PA		INTERFERONS
PEGINTRON	80MCG/0.5	KIT	Tier 5		PA		INTERFERONS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.

+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES		CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
PEGINTRON	120MCG/0.5	KIT		Tier 5		PA	INTERFERONS
penicillin v potassium	500 MG	TABLET		Tier 1			PENICILLINS
PENLAC	8 %	SOLU- TION		Tier 4			ANTIFUNGALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
PENTASA	250 MG	CAPSULE ER		Tier 3			ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (GI DRUGS)
pentazocine- acetaminophen	25-650MG	TABLET		Tier 1			OPIATE PARTIAL AGONISTS
pentoxifylline*	400 MG	TABLET ER		Tier 1			HEMORRHOLOGIC AGENTS
PERCOCET	7.5-500MG	TABLET		Tier 4			OPIATE AGONISTS
PERCODAN	4.8355-325	TABLET		Tier 4			OPIATE AGONISTS
PERCOLONE	5 MG	TABLET		Tier 3			OPIATE AGONISTS
PERIDEX	0.12 %	MOUTH- WASH		Tier 3			EENT ANTI- INFECTIVES, MISCELLANEOUS
perindopril erbumine*	2 MG	TABLET		Tier 1			ANGIOTENSIN- CONVERTING ENZYME INHIBITORS
perindopril erbumine*	4 MG	TABLET		Tier 1			ANGIOTENSIN- CONVERTING ENZYME INHIBITORS
perindopril erbumine*	8 MG	TABLET		Tier 1			ANGIOTENSIN- CONVERTING ENZYME INHIBITORS
periogard	0.12 %	MOUTH- WASH		Tier 1			EENT ANTI- INFECTIVES, MISCELLANEOUS
permethrin	5 %	CREAM (G)		Tier 1			SCABICIDES AND PEDICULICIDES
perphenazine*	16 MG	TABLET		Tier 1			ANTIPSYCHOTIC AGENTS
perphenazine- amitriptyline*	4MG-10MG	TABLET		Tier 1			ANTIDEPRESSANTS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.

+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
PERSANTINE	25 MG	TABLET	Tier 3				VASODILATING AGENTS, MISCELLANEOUS	
PEXEVA	40 MG	TABLET	Tier 3			ST	ANTIDEPRESSANTS	
phenazopyridine hcl	200 MG	TABLET	Tier 1				ANTIPRURITICS AND LOCAL ANESTHETICS	
phenelzine sulfate*	15 MG	TABLET	Tier 1				ANTIDEPRESSANTS	
phenylbutazone	100MG	TABLET	Tier 1				NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS	
phenytoin sodium extended*	200 MG	CAPSULE	Tier 1				HYDANTOINS	
PHOSLO	667MG	CAPSULE	Tier 3				PHOSPHATE- REMOVING AGENTS	
phospha 250 neutral	250 MG	TABLET	Tier 1				ACIDIFYING AGENTS	
PHOSPHOLINE IODIDE	0.125 %	DROPS	Tier 3				MIOTICS	
pilocarpine hcl*	2 %	DROPS	Tier 1				MIOTICS	
PILOPINE HS	4 %	GEL (GRAM)	Tier 3				MIOTICS	
pindolol*	10 MG	TABLET	Tier 1				BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS	
piroxicam	20 MG	CAPSULE	Tier 1				NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS	
PLAQUENIL	200 MG	TABLET	Tier 3				ANTIMALARIALS	
PLAVIX	75 MG	TABLET	Tier 3				PLATELET- AGGREGATION INHIBITORS	
PLAVIX	300 MG	TABLET	Tier 3				PLATELET- AGGREGATION INHIBITORS	
PLENDIL	5 MG	TAB SR 24H	Tier 3				DIHYDROPYRIDINES	

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES	CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
PLETAL	100 MG	TABLET	Tier 3			PLATELET- AGGREGATION INHIBITORS
podofilox	0.5 %	SOLU- TION	Tier 1			SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISCELLANEOUS
POLYCIN-B	500-10K/G	OINT. (G)	Tier 3			ANTIBACTERIALS (EENT)
poly-dex	3.5-10K-.1	OINT. (G)	Tier 1			ANTIBACTERIALS (EENT)
poly-dex	0.1%	DROPS SUSP	Tier 1			ANTIBACTERIALS (EENT)
polyethylene glycol 3350	17G/DOSE	POWDER	Tier 1			CATHARTICS AND LAXATIVES
polymyxin b sul- trimethoprim	10K/ML-0.1	DROPS	Tier 1			ANTIBACTERIALS (EENT)
POLY-PRED	0.5 %	DROPS SUSP	Tier 3			ANTIBACTERIALS (EENT)
PONSTEL	250 MG	CAPSULE	Tier 3			NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
PONTOCAINE	2 %	SOLU- TION	Tier 3			ANTIPRURITICS AND LOCAL ANESTHETICS
potassium chloride	25 MEQ	TABLET EFF	Tier 1			REPLACEMENT PREPARATIONS
potassium chloride	20 MEQ	TAB ER PRT	Tier 1			REPLACEMENT PREPARATIONS
potassium chloride	8 MEQ	TABLET ER	Tier 1			REPLACEMENT PREPARATIONS
potassium citrate	10 MEQ	TABLET ER	Tier 1			ALKALINIZING AGENTS
potassium citrate-citric acid	1100-334/5	SOLU- TION	Tier 1			ALKALINIZING AGENTS
PRADAXA	75 MG	CAPSULE	Tier 4			ANTICOAGULANTS
pramipexole dihydrochloride*	0.125 MG	TABLET	Tier 1			DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS
PRANDIMET	1MG-500MG	TABLET	Tier 4			MEGLITINIDES
PRANDIN	0.5 MG	TABLET	Tier 3			MEGLITINIDES

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES		CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
PRAVACHOL	10 MG	TABLET	Tier 4				HMG-COA REDUCTASE INHIBITORS
pravastatin sodium*	40 MG	TABLET	Tier 1				HMG-COA REDUCTASE INHIBITORS
prazosin hcl*	1 MG	CAPSULE	Tier 1				ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
PRECOSE	25 MG	TABLET	Tier 3				ALPHA-GLUCOSIDASE INHIBITORS
PRED FORTE	1 %	DROPS SUSP	Tier 3				CORTICOSTEROIDS (EENT)
PRED MILD	0.12 %	DROPS SUSP	Tier 3				CORTICOSTEROIDS (EENT)
PRED-G	0.3-0.6%	OINT. (G)	Tier 3				ANTIBACTERIALS (EENT)
PRED-G	0.3%-1%	DROPS SUSP	Tier 3				ANTIBACTERIALS (EENT)
PREDNISOL	1 %	DROPS	Tier 3				CORTICOSTEROIDS (EENT)
prednisolone acetate	1 %	DROPS SUSP	Tier 1				CORTICOSTEROIDS (EENT)
prednisolone sodium phosphate	5 MG/5 ML	SOLU- TION	Tier 1		PA		ADRENALS
prednisolone sodium phosphate	1 %	DROPS	Tier 1				CORTICOSTEROIDS (EENT)
prednisone	10 MG	TABLET	Tier 1		PA		ADRENALS
prelone	15 MG/5 ML	SOLU- TION	Tier 1		PA		ADRENALS
PREMARIN	25 MG	VIAL	Tier 3				ESTROGENS
PREMARIN	0.625MG/G	CREAM/ APPL	Tier 3				ESTROGENS
PREMARIN	0.3 MG	TABLET	Tier 3				ESTROGENS
PREMARIN	0.45MG	TABLET	Tier 3				ESTROGENS
PREMARIN	0.625 MG	TABLET	Tier 3				ESTROGENS
PREMARIN	0.9 MG	TABLET	Tier 3				ESTROGENS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITE	CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
PREMARIN	1.25 MG	TABLET	Tier 3			ESTROGENS
PREMPHASE	0.625 (14)	TABLET	Tier 3			ESTROGENS
PREMPRO	0.625-2.5	TABLET	Tier 3			ESTROGENS
PREMPRO	0.45-1.5MG	TABLET	Tier 3			ESTROGENS
PREMPRO	0.3-1.5MG	TABLET	Tier 3			ESTROGENS
PREMPRO	0.625-5MG	TABLET	Tier 3			ESTROGENS
PREVACID	30 MG	CAPSULE DR	Tier 4			PROTON-PUMP INHIBITORS
PREZISTA	150 MG	TABLET	Tier 4			ANTIRETROVIRALS
PRIALT	100 MCG/ML	VIAL	Tier 5		PA	ANALGESICS AND ANTIPYRETICS, MISCELLANEOUS
PRIMAQUINE	26.3 MG	TABLET	Tier 3			ANTIMALARIALS
primidone	50 MG	TABLET	Tier 1			BARBITURATES (ANTICONVULSANTS)
PRIMLEV	5MG-300MG	TABLET	Tier 3			OPIATE AGONISTS
PRINZIDE	10-12.5MG	TABLET	Tier 4			ANGIOTENSIN- CONVERTING ENZYME INHIBITORS
PRISTIQ	50 MG	TAB SR 24H	Tier 3			ANTIDEPRESSANTS
PRISTIQ	100 MG	TAB SR 24H	Tier 3			ANTIDEPRESSANTS
PROAIR HFA	90 MCG	HFA AER AD	Tier 3			BETA-ADRENERGIC AGONISTS
PRO-BANTHINE	7.5 MG	TABLET	Tier 3			ANTIMUSCARINICS/ ANTISPASMODICS
probenecid	500 MG	TABLET	Tier 1			URICOSURIC AGENTS
probenecid- colchicine	0.5-500MG	TABLET	Tier 1			URICOSURIC AGENTS
procainamide hcl*	500 MG	TABLET ER	Tier 1			ANTIARRHYTHMIC AGENTS
PROCARDIA	10 MG	CAPSULE	Tier 3			DIHYDROPYRIDINES
PROCARDIA XL	30 MG	TAB ER 24	Tier 3			DIHYDROPYRIDINES
prochlorperazine maleate	10 MG	TABLET	Tier 1			ANTIHISTAMINES (GI DRUGS)

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.

+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES		CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
prochlorperazine maleate	25 MG	SUPP. RECT	Tier 1				ANTIHISTAMINES (GI DRUGS)
prochlorpera- zine/isoprop- amide		CAPSULE SA	Tier 2				ANTIMUSCARINICS/ ANTISPASMODICS
PROCRIT	2000/ML	VIAL	Tier 4		PA		HEMATOPOIETIC AGENTS
PROCRIT	3000/ML	VIAL	Tier 4		PA		HEMATOPOIETIC AGENTS
PROCRIT	4000/ML	VIAL	Tier 4		PA		HEMATOPOIETIC AGENTS
PROCRIT	10000/ML	VIAL	Tier 4		PA		HEMATOPOIETIC AGENTS
PROCRIT	20000/ML	VIAL	Tier 5		PA		HEMATOPOIETIC AGENTS
PROCRIT	40000/ML	VIAL	Tier 5		PA		HEMATOPOIETIC AGENTS
PROCTOCORT	1 %	CREAM (G)	Tier 4				ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN AND MUCOUS)
procto-pak	1 %	CREAM (G)	Tier 2				ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN AND MUCOUS)
proctozone-hc	2.5 %	CREAM (G)	Tier 2				ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN AND MUCOUS)
PROGRAF	0.5 MG	CAPSULE	Tier 3		PA		MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
PROLASTIN C	1000 MG	VIAL	Tier 5		PA		RESPIRATORY TRACT AGENTS, MISCELLANEOUS
PROLEUKIN	22MM UNIT	VIAL	Tier 3				ANTINEOPLASTIC AGENTS
PROLIA	60 MG/ML	DISP SYRIN	Tier 3		PA		MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
<p>* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  + Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.</p>							

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES		CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
PROMACTA	25 MG	TABLET		Tier 5		PA	HEMATOPOIETIC AGENTS
promethazine hcl	12.5 MG	SUPP. RECT		Tier 1			PHENOTHIAZINE DERIVATIVES
promethazine hcl	12.5 MG	TABLET		Tier 1			PHENOTHIAZINE DERIVATIVES
PROMETRIUM	200 MG	CAPSULE		Tier 4			PROGESTINS
PRONESTYL	375 MG	CAPSULE		Tier 3			ANTIARRHYTHMIC AGENTS
propafenone hcl*	300 MG	TABLET		Tier 1			ANTIARRHYTHMIC AGENTS
propantheline bromide	15 MG	TABLET		Tier 1			ANTIMUSCARINICS/ ANTISPASMODICS
propantheline w/ phenobarbital		TABLET		Tier 2			ANTIMUSCARINICS/ ANTISPASMODICS
propranolol hcl*	80 MG	TABLET		Tier 1			BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
propranolol hcl*	160 MG	CAP SA 24H		Tier 1			BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
propranolol-hy- drochlorothiazid*	40MG-25MG	TABLET		Tier 1			BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
propylthiouracil	50 MG	TABLET		Tier 1			ANTITHYROID AGENTS
PROSCAR	5 MG	TABLET		Tier 4			MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
PROTOPIC	0.1%	OINT. (G)		Tier 4			SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISCELLANEOUS
PROTOPIC	0.03 %	OINT. (G)		Tier 4			SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISCELLANEOUS
protriptyline hcl*	5 MG	TABLET		Tier 1			ANTIDEPRESSANTS
PROVENTIL HFA	90 MCG	HFA AER AD		Tier 3			BETA-ADRENERGIC AGONISTS
PROVERA	5 MG	TABLET		Tier 3			PROGESTINS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.

+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFICACIÓN		REQUISITOS/ LÍMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
			NIVEL				
PROVIGIL	200 MG	TABLET	Tier 4				ANOREXIGENICS, RESPIRATORY, CEREBRAL STIMULANTS, MISCELLANEOUS
PROZAC	20 MG/5 ML	SOLUTION	Tier 3				ANTIDEPRESSANTS
PRUDOXIN	5 %	CREAM (G)	Tier 3				ANTIPRURITICS AND LOCAL ANESTHETICS
PULMOZYME	1 MG/ML	SOLUTION	Tier 5				ENZYMES
PURINETHOL	50 MG	TABLET	Tier 3				ANTINEOPLASTIC AGENTS
pyrazinamide	500 MG	TABLET	Tier 1				ANTITUBERCULOSIS AGENTS
PYRIDIUM	200 MG	TABLET	Tier 3				ANTIPRURITICS AND LOCAL ANESTHETICS
pyridostigmine bromide	60 MG	TABLET	Tier 1				PARASYMPATHO-MIMETIC (CHOLINERGIC AGENTS)
QUALAQUIN	324 MG	CAPSULE	Tier 4		PA		ANTIMALARIALS
QUESTRAN	4 G	PACKET	Tier 3				BILE ACID SEQUESTRANTS
quinapril hcl*	10 MG	TABLET	Tier 1				ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME INHIBITORS
quinapril-hydrochlorothiazide*	20-25MG	TABLET	Tier 1				ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME INHIBITORS
quinidine gluconate	80 MG/ML	VIAL	Tier 1				ANTIARRHYTHMIC AGENTS
quinidine sulfate*	300 MG	TABLET	Tier 1				ANTIARRHYTHMIC AGENTS
QUIXIN	0.5 %	DROPS	Tier 3				ANTIBACTERIALS (EENT)
QVAR	40 MCG	AER W/ ADAP	Tier 3				ADRENALS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.

+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
QVAR	80MCG	AER W/ ADAP	Tier 3				ADRENALS	
ramipril*	1.25 MG	CAPSULE	Tier 1				ANGIOTENSIN- CONVERTING ENZYME INHIBITORS	
RANEXA	500 MG	TAB ER 12H	Tier 3				CARDIAC DRUGS, MISCELLANEOUS	
ranitidine hcl	150 MG	CAPSULE	Tier 1				HISTAMINE H2- ANTAGONISTS	
RAPAFLO	8 MG	CAPSULE	Tier 4				ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS	
RAPAMUNE	1 MG	TABLET	Tier 3		PA		MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS	
RAPAMUNE	2 MG	TABLET	Tier 3		PA		MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS	
RAZADYNE ER	8 MG	CAP24H PEL	Tier 3				PARASYMPATHO- MIMETIC (CHOLINERGIC AGENTS)	
REBETOL	200 MG	CAPSULE	Tier 5		PA		NUCLEOSIDES AND NUCLEOTIDES	
REBIF	22MCG/.5ML	DISP SYRIN	Tier 5		PA		MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS	
RECLAST	5MG/100ML	INFUS. BTL	Tier 4		PA		MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS	
rectasol-hc	25MG	SUPPOS.	Tier 1				ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN AND MUCOUS)	
REGLAN	5 MG	TABLET	Tier 3				PROKINETIC AGENTS	
REGRANEX	0.01 %	GEL (GRAM)	Tier 3		PA		SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISCELLANEOUS	
<p>* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  + Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.</p>								

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES		CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
RELAFEN	500 MG	TABLET	Tier 3				NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
RELENZA	5 MG	DISK W/ DEV	Tier 3	QL			NEURAMINIDASE INHIBITORS
RELISTOR	12MG/0.6ML	KIT	Tier 3		PA		GI DRUGS, MISCELLANEOUS
REMERON	45 MG	TAB RAPDIS	Tier 3				ANTIDEPRESSANTS
REMICADE	100 MG	VIAL	Tier 5		PA		MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
REMODULIN	10 MG/ML	VIAL	Tier 5		PA		VASODILATING AGENTS, MISCELLANEOUS
reprexain	5MG-200MG	TABLET	Tier 1				OPIATE AGONISTS
REQUIP	0.25 MG	TABLET	Tier 3				DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS
REQUIP XL	8 MG	TAB SR 24H	Tier 3				DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS
RESCRIPTOR	100 MG	TAB DISPER	Tier 3				ANTIRETROVIRALS
reserpine*	0.1 MG	TABLET	Tier 1				PERIPHERAL ADRENERGIC INHIBITORS
RESTASIS	0.05%	DROPER- ETTE	Tier 3				EENT ANTI- INFLAMMATORY AGENTS, MISCELLANEOUS
RETIN-A	0.025 %	CREAM (G)	Tier 3		PA		CELL STIMULANTS AND PROLIFERANTS
RETROVIR	100 MG	CAPSULE	Tier 3				ANTIRETROVIRALS
REVATIO	20 MG	TABLET	Tier 5		PA		PHOSPHODIES- TERASE INHIBITORS
REVLIMID+	5 MG	CAPSULE	Tier 5				MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
REYATAZ	300 MG	CAPSULE	Tier 3				ANTIRETROVIRALS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.

+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES		CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
RHINOCORT AQUA	32MCG	SPRAY/ PUMP	Tier 3				CORTICOSTEROIDS (EENT)
ribasphere	200 MG	CAPSULE	Tier 2		PA		NUCLEOSIDES AND NUCLEOTIDES
RIBASPHERE	400 MG	TABLET	Tier 5		PA		NUCLEOSIDES AND NUCLEOTIDES
RIBASPHERE	600 MG	TABLET	Tier 5		PA		NUCLEOSIDES AND NUCLEOTIDES
RIBATAB	400 MG	TABLET	Tier 5		PA		NUCLEOSIDES AND NUCLEOTIDES
ribavirin	200 MG	CAPSULE	Tier 2		PA		NUCLEOSIDES AND NUCLEOTIDES
ribavirin	200 MG	TABLET	Tier 2		PA		NUCLEOSIDES AND NUCLEOTIDES
ribavirin	400 MG	TABLET	Tier 2		PA		NUCLEOSIDES AND NUCLEOTIDES
ribavirin	600 MG	TABLET	Tier 2		PA		NUCLEOSIDES AND NUCLEOTIDES
RIDAURA	3 MG	CAPSULE	Tier 3				GOLD COMPOUNDS
RIFADIN	300 MG	CAPSULE	Tier 3				ANTITUBERCULOSIS AGENTS
RILUTEK	50 MG	TABLET	Tier 3				CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS, MISCELLANEOUS
RISPERDAL	1 MG/ML	SOLU- TION	Tier 3				ANTIPSYCHOTIC AGENTS
risperidone*	4 MG	TABLET	Tier 1				ANTIPSYCHOTIC AGENTS
RITALIN	20 MG	TABLET	Tier 3				ANOREXIGENICS, RESPIRATORY, CEREBRAL STIMULANTS, MISCELLANEOUS
RITALIN LA	20 MG	CPMP 50- 50	Tier 4				ANOREXIGENICS, RESPIRATORY, CEREBRAL STIMULANTS, MISCELLANEOUS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.

+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
RITALIN-SR	20 MG	TABLET	ER	Tier 3				ANOREXIGENICS, RESPIRATORY, CEREBRAL STIMULANTS, MISCELLANEOUS
rivastigmine*	6 MG	CAPSULE		Tier 1				PARASYMPATHO- MIMETIC (CHOLINERGIC AGENTS)
ROCALTROL	0.5MCG	CAPSULE		Tier 3		PA		VITAMIN D
ropinirole hcl*	0.5 MG	TABLET		Tier 1				DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS
ROWASA	4G/60ML	KIT		Tier 3				ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (GI DRUGS)
ROXICODONE	5 MG/5 ML	SOLU- TION		Tier 3				OPIATE AGONISTS
ROXICODONE INTENSOL	20 MG/ML	ORAL CONC		Tier 3				OPIATE AGONISTS
RYTHMOL	300 MG	TABLET		Tier 3				ANTIARRHYTHMIC AGENTS
RYTHMOL SR	225 MG	CAP ER 12H		Tier 3				ANTIARRHYTHMIC AGENTS
SABRIL	500 MG	POWD PACK		Tier 5		PA		ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
SANCTURA	20 MG	TABLET		Tier 4				GENITOURINARY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS
SANCTURA XR	60 MG	CAP ER 24H		Tier 4				GENITOURINARY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS
SANDIMMUNE	100 MG	CAPSULE		Tier 3		PA		MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
SAPHRIS	5 MG	TAB SUBL		Tier 4				ANTIPSYCHOTIC AGENTS
SAPHRIS	10 MG	TAB SUBL		Tier 4				ANTIPSYCHOTIC AGENTS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES		CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
SAVELLA	12.5-25-50	TAB DS	PK	Tier 3			FIBROMYALGIA AGENTS
SECTRAL	400 MG	CAPSULE		Tier 3			BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
selegiline hcl*	5 MG	TABLET		Tier 1			MONOAMINE OXIDASE B INHIBITORS
selenium sulfide	2.5 %	SUSPEN- SION		Tier 1			LOCAL ANTI- INFECTIVES, MISCELLANEOUS
selfemra*	10 MG	CAPSULE		Tier 1			ANTIDEPRESSANTS
SELSEB	2.25 %	SUSPEN- SION		Tier 3			LOCAL ANTI- INFECTIVES, MISCELLANEOUS
SELZENTRY	300 MG	TABLET		Tier 3			ANTIRETROVIRALS
SENSIPAR	30 MG	TABLET		Tier 3		PA	MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
SENSIPAR	60 MG	TABLET		Tier 5		PA	MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
SENSIPAR	90 MG	TABLET		Tier 5		PA	MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
SEPTRA	400MG- 80MG	TABLET		Tier 3			SULFONAMIDES (SYSTEMIC)
SEPTRA DS	800-160MG	TABLET		Tier 3			SULFONAMIDES (SYSTEMIC)
SEREVENT DISKUS	50 MCG	DISK W/ DEV		Tier 3			BETA-ADRENERGIC AGONISTS
SEREVENT DISKUS	50 MCG	DISK W/ DEV		Tier 3			BETA-ADRENERGIC AGONISTS
SEROQUEL	100 MG	TABLET		Tier 3			ANTIPSYCHOTIC AGENTS
SEROQUEL	200 MG	TABLET		Tier 3			ANTIPSYCHOTIC AGENTS
SEROQUEL	300 MG	TABLET		Tier 3			ANTIPSYCHOTIC AGENTS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.

+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
SEROQUEL	25 MG	TABLET		Tier 3				ANTIPSYCHOTIC AGENTS
SEROQUEL	50 MG	TABLET		Tier 3				ANTIPSYCHOTIC AGENTS
SEROQUEL	400 MG	TABLET		Tier 3				ANTIPSYCHOTIC AGENTS
SEROQUEL XR	50 MG	TAB SR 24H		Tier 3				ANTIPSYCHOTIC AGENTS
SEROQUEL XR	150 MG	TAB SR 24H		Tier 3				ANTIPSYCHOTIC AGENTS
SEROQUEL XR	200 MG	TAB SR 24H		Tier 3				ANTIPSYCHOTIC AGENTS
SEROQUEL XR	300 MG	TAB SR 24H		Tier 3				ANTIPSYCHOTIC AGENTS
SEROQUEL XR	400 MG	TAB SR 24H		Tier 3				ANTIPSYCHOTIC AGENTS
sertraline hcl*	25 MG	TABLET		Tier 1				ANTIDEPRESSANTS
SILVADENE	1 %	CREAM (G)		Tier 4				LOCAL ANTI- INFECTIVES, MISCELLANEOUS
silver nitrate	0.5 %	SOLU- TION		Tier 2				LOCAL ANTI- INFECTIVES, MISCELLANEOUS
silver nitrate	10 %	OINT. (G)		Tier 2				LOCAL ANTI- INFECTIVES, MISCELLANEOUS
silver sulfadiazine	1 %	CREAM (G)		Tier 1				LOCAL ANTI- INFECTIVES, MISCELLANEOUS
SIMCOR	500MG- 20MG	TBMP 24HR		Tier 3				HMG-COA REDUCTASE INHIBITORS
SIMCOR	750MG- 20MG	TBMP 24HR		Tier 3				HMG-COA REDUCTASE INHIBITORS
SIMCOR	1000-20MG	TBMP 24HR		Tier 3				HMG-COA REDUCTASE INHIBITORS

- \* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
SIMCOR	1000-40 MG	TBMP	24HR	Tier 3				HMG-COA REDUCTASE INHIBITORS
SIMCOR	500MG- 40MG	TBMP	24HR	Tier 3				HMG-COA REDUCTASE INHIBITORS
SIMPONI	50MG/0.5ML	PEN INJCTR		Tier 5		PA		MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
simvastatin*	10 MG	TABLET		Tier 1				HMG-COA REDUCTASE INHIBITORS
SINEMET 25- 250	25MG- 250MG	TABLET		Tier 3				DOPAMINE PRECURSORS
SINEMET CR	25MG- 100MG	TABLET ER		Tier 3				DOPAMINE PRECURSORS
SINGULAIR	10 MG	TABLET		Tier 3				LEUKOTRIENE MODIFIERS
sodium citrate & citric acid	334-500MG	SOLU- TION		Tier 1				ALKALINIZING AGENTS
SOLODYN	105 MG	TAB SR 24H		Tier 3				TETRACYCLINES
SOMAVERT	10 MG	VIAL		Tier 5		PA		SOMATOTROPIN ANTAGONISTS
sorine*	240 MG	TABLET		Tier 1				BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
SOTALOL HCL	150MG/10ML	VIAL		Tier 3				BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
sotalol*	240 MG	TABLET		Tier 1				BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
sotalol*	80 MG	TABLET		Tier 1				BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
SPECTAZOLE	1 %	CREAM (G)		Tier 3				ANTIFUNGALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
SPIRIVA	18 MCG	CAP W/ DEV		Tier 3				ANTIMUSCARINICS/ ANTISPASMODICS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFICACIÓN		REQUISITOS/ LÍMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
			NIVEL				
spironolactone*	50 MG	TABLET	Tier 1				MINERALOCORTICOID (ALDOSTERONE) ANTAGONISTS
spironolactone-hctz*	25 MG-25MG	TABLET	Tier 1				MINERALOCORTICOID (ALDOSTERONE) ANTAGONISTS
SPRIX	15.75 MG	SPRAY	Tier 4				NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
SPRYCEL	140 MG	TABLET	Tier 5				ANTINEOPLASTIC AGENTS
sps	15G/60ML	ORAL SUSP	Tier 1				POTASSIUM-REMOVING AGENTS
ssd	1 %	CREAM (G)	Tier 1				LOCAL ANTI-INFECTIVES, MISCELLANEOUS
STALEVO 100	25-100-200	TABLET	Tier 3				DOPAMINE PRECURSORS
STALEVO 125	31.25-125	TABLET	Tier 3				DOPAMINE PRECURSORS
STALEVO 150	37.5-150MG	TABLET	Tier 3				DOPAMINE PRECURSORS
STALEVO 200	50-200-200	TABLET	Tier 3				DOPAMINE PRECURSORS
STALEVO 50	12.5-50MG	TABLET	Tier 3				DOPAMINE PRECURSORS
STALEVO 75	18.75-75MG	TABLET	Tier 3				DOPAMINE PRECURSORS
STARLIX	120 MG	TABLET	Tier 4				MEGLITINIDES
stavudine*	1 MG/ML	SOLN RECON	Tier 1				ANTIRETROVIRALS
STAVZOR	125 MG	CAPSULE DR	Tier 3				ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
STELARA	45MG/0.5ML	DISP SYRIN	Tier 5		PA		MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
STIMATE	150/SPRAY	SPRAY/ PUMP	Tier 3				PITUITARY

- \* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES	CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
STRATTERA	100 MG	CAPSULE	Tier 3			CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS, MISCELLANEOUS
STROMEKTOL	3 MG	TABLET	Tier 3			ANTHELMINTICS
SUBOXONE	8 MG-2 MG	TAB SUBL	Tier 4			OPIATE PARTIAL AGONISTS
SUCRAID	8500/ML	SOLU- TION	Tier 5			ENZYMES
sucralfate	1 G	TABLET	Tier 1			PROTECTANTS
SULAR	34 MG	TAB SR 24H	Tier 4			DIHYDROPYRIDINES
sulfacetamide sodium	10 %	OINT. (G)	Tier 1			ANTIBACTERIALS (EENT)
sulfacetamide sodium	10 %	DROPS	Tier 1			ANTIBACTERIALS (EENT)
sulfacetamide- prednisolone	10-0.25%	DROPS	Tier 1			ANTIBACTERIALS (EENT)
sulfamethox- azole- trimethoprim	200-40MG/5	ORAL SUSP	Tier 1			SULFONAMIDES (SYSTEMIC)
sulfamethox- azole- trimethoprim	400MG- 80MG	TABLET	Tier 1			SULFONAMIDES (SYSTEMIC)
sulfasalazine	500 MG	TABLET	Tier 1			SULFONAMIDES (SYSTEMIC)
sulfatrim	200-40MG/5	ORAL SUSP	Tier 1			SULFONAMIDES (SYSTEMIC)
sulfazine ec	500 MG	TABLET DR	Tier 1			SULFONAMIDES (SYSTEMIC)
sulindac	150 MG	TABLET	Tier 1			NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
sumatriptan succinate	50 MG	TABLET	Tier 2			SELECTIVE SEROTONIN AGONISTS
sumatriptan succinate	4 MG/0.5ML	VIAL	Tier 2			SELECTIVE SEROTONIN AGONISTS

- \* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFICACIÓN		REQUISITOS/LIMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
			NIVEL				
sumycin	125 MG/5ML	ORAL SUSP	Tier 1				TETRACYCLINES
SUPRAX	400 MG	TABLET	Tier 4				CEPHALOSPORINS
SURMONTIL	100 MG	CAPSULE	Tier 3				ANTIDEPRESSANTS
SUSTIVA	50 MG	CAPSULE	Tier 4				ANTIRETROVIRALS
SUTENT	50 MG	CAPSULE	Tier 5				ANTINEOPLASTIC AGENTS
SYMBICORT	160-4.5MCG	HFA AER AD	Tier 3				ADRENALS
SYMBICORT	160-4.5MCG	HFA AER AD	Tier 3				ADRENALS
SYMBICORT	80-4.5MCG	HFA AER AD	Tier 3				ADRENALS
SYMBICORT	80-4.5MCG	HFA AER AD	Tier 3				ADRENALS
SYMBYAX	12MG-50MG	CAPSULE	Tier 4				ANTIDEPRESSANTS
SYMLIN	600MCG/ML	VIAL	Tier 3				AMYLINOMIMETICS
SYMLINPEN 120	2700/2.7ML	PEN INJCTR	Tier 3				AMYLINOMIMETICS
SYMLINPEN 60	1500/1.5ML	PEN INJCTR	Tier 3				AMYLINOMIMETICS
SYNAGIS	100 MG/ML	VIAL	Tier 5		PA		MONOCLONAL ANTIBODIES
SYNAREL	2 MG/ML	SPRAY	Tier 3				GONADOTROPINS
SYNTHROID	137 MCG	TABLET	Tier 3				THYROID AGENTS
tacrolimus	5 MG	CAPSULE	Tier 1		PA		MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
TALWIN NX	50MG-0.5MG	TABLET	Tier 3				OPIATE PARTIAL AGONISTS
TAMBOCOR	50 MG	TABLET	Tier 3				ANTIARRHYTHMIC AGENTS
TAMIFLU	75 MG	CAPSULE	Tier 3	QL			NEURAMINIDASE INHIBITORS
tamoxifen citrate	10 MG	TABLET	Tier 1				ANTINEOPLASTIC AGENTS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFICACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LÍMITES	CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
tamsulosin hcl	0.4 MG	CAP ER	24H	Tier 1		ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
TAPAZOLE	5 MG	TABLET		Tier 3		ANTITHYROID AGENTS
TARCEVA	150 MG	TABLET		Tier 5		ANTINEOPLASTIC AGENTS
TARGRETIN	1 %	GEL (GRAM)		Tier 4		SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISCELLANEOUS
TARGRETIN	75 MG	CAPSULE		Tier 3		ANTINEOPLASTIC AGENTS
TASIGNA	150 MG	CAPSULE		Tier 5		ANTINEOPLASTIC AGENTS
TAZORAC	0.1%	GEL (GRAM)		Tier 4		SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISCELLANEOUS
taztia xt*	120 MG	CAPSULE ER		Tier 1		CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS, MISCELLANEOUS
TEGRETOL	100 MG/5ML	ORAL SUSP		Tier 3		ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
TEGRETOL XR	200 MG	TAB ER 12H		Tier 3		ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
TEKAMLO	300MG-10MG	TABLET		Tier 3		RENIN INHIBITORS
TEKTURNA	150 MG	TABLET		Tier 3		RENIN INHIBITORS
TEKTURNA	300 MG	TABLET		Tier 3		RENIN INHIBITORS
TEKTURNA HCT	150-12.5MG	TABLET		Tier 3		RENIN INHIBITORS
TEKTURNA HCT	150MG-25MG	TABLET		Tier 3		RENIN INHIBITORS
TEKTURNA HCT	300-12.5MG	TABLET		Tier 3		RENIN INHIBITORS
TEKTURNA HCT	300MG-25MG	TABLET		Tier 3		RENIN INHIBITORS
TENEX	2 MG	TABLET		Tier 3		CENTRAL ALPHA-AGONISTS
TENORETIC 50	50 MG-25MG	TABLET		Tier 4		BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES		CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
TENORMIN	100 MG	TABLET	Tier 4				BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
TERAZOL 3	80 MG	SUPP.VAG	Tier 3				ANTIFUNGALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
TERAZOL 3	0.8%	CREAM/ APPL	Tier 3				ANTIFUNGALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
TERAZOL 7	0.4 %	CREAM/ APPL	Tier 3				ANTIFUNGALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
terazosin hcl*	1 MG	CAPSULE	Tier 1				ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
terbinafine hcl	250 MG	TABLET	Tier 1				ALLYLAMINES
terconazole	0.8%	CREAM/ APPL	Tier 1				ANTIFUNGALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
terconazole	80 MG	SUPP.VAG	Tier 1				ANTIFUNGALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
terconazole	0.4 %	CREAM/ APPL	Tier 1				ANTIFUNGALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
TESTRED	10 MG	CAPSULE	Tier 3				ANDROGENS
tetracycline hcl	250 MG	CAPSULE	Tier 1				TETRACYCLINES
TEV-TROPIN	5 MG	VIAL	Tier 5		PA		PITUITARY
THALOMID	50 MG	CAPSULE	Tier 5				MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
THEO-24	400 MG	CAP ER 24H	Tier 3				RESPIRATORY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS
theochron*	100 MG	TAB ER 12H	Tier 1				RESPIRATORY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS
theophylline anhydrous*	200 MG	TAB ER 12H	Tier 1				RESPIRATORY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.

+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		REQUISITOS/ LIMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
			NIVEL				
THERMAZENE	1 %	CREAM (G)	Tier 4				LOCAL ANTI- INFECTIVES, MISCELLANEOUS
thioridazine hcl*	25 MG	TABLET	Tier 1				ANTIPSYCHOTIC AGENTS
thiothixene*	1 MG	CAPSULE	Tier 1				ANTIPSYCHOTIC AGENTS
thyroid*	195MG	TABLET	Tier 1				THYROID AGENTS
THYROLAR-1/4	3.1-12.5	TABLET	Tier 3				THYROID AGENTS
TIAZAC	420MG	CAPSULE ER	Tier 3				CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS, MISCELLANEOUS
TICLID	250 MG	TABLET	Tier 3				PLATELET- AGGREGATION INHIBITORS
ticlopidine hcl*	250 MG	TABLET	Tier 1				PLATELET- AGGREGATION INHIBITORS
TIGAN	300 MG	CAPSULE	Tier 3				ANTIHISTAMINES (GI DRUGS)
TIKOSYN	500 MCG	CAPSULE	Tier 3				ANTIARRHYTHMIC AGENTS
timolol maleate*	0.25 %	SOL-GEL	Tier 1				BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS (EENT)
timolol maleate*	0.5 %	DROPS	Tier 1				BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS (EENT)
timolol maleate*	5 MG	TABLET	Tier 1				BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
TIMOPTIC-XE	0.5 %	SOL-GEL	Tier 3				BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS (EENT)
TINDAMAX	500 MG	TABLET	Tier 3				ANTIPROTOZOALS, MISCELLANEOUS
TOBRADEX	0.3-0.1%	DROPS SUSP	Tier 3				ANTIBACTERIALS (EENT)

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.

+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		REQUISITOS/ LIMITES	CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
			NIVEL		
TOBRADEX	0.3-0.1%	OINT. (G)	Tier 3		ANTIBACTERIALS (EENT)
TOBRADEX ST	0.3%-0.05%	DROPS SUSP	Tier 3		ANTIBACTERIALS (EENT)
tobramycin- dexamethasone	0.3-0.1%	DROPS SUSP	Tier 1		ANTIBACTERIALS (EENT)
tobrasol	0.3 %	DROPS	Tier 1		ANTIBACTERIALS (EENT)
TOBEX	0.3 %	DROPS	Tier 3		ANTIBACTERIALS (EENT)
TOBEX	0.3 %	OINT. (G)	Tier 3		ANTIBACTERIALS (EENT)
TOFRANIL	50 MG	TABLET	Tier 3		ANTIDEPRESSANTS
TOFRANIL-PM	150 MG	CAPSULE	Tier 3		ANTIDEPRESSANTS
tolazamide*	500 MG	TABLET	Tier 1		SULFONYLUREAS
tolbutamide*	500 MG	TABLET	Tier 1		SULFONYLUREAS
tolmetin sodium	200 MG	TABLET	Tier 1		NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
TOPAMAX	25 MG	TABLET	Tier 3		ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
TOPICORT	0.25 %	CREAM (G)	Tier 3		ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN AND MUCOUS)
topiragen	25 MG	TABLET	Tier 2		ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
topiramate*	25 MG	CAP SPRINK	Tier 1		ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
topiramate*	25 MG	TABLET	Tier 1		ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
TOPROL XL	200 MG	TAB SR 24H	Tier 4		BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
TORADOL	15 MG/ML	CART- RIDGE	Tier 3	OL	NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
torseamide*	5 MG	TABLET	Tier 1		LOOP DIURETICS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES		CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
TOVIAZ	4 MG	TAB SR	24H	Tier 3			GENITOURINARY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS
TOVIAZ	8 MG	TAB SR	24H	Tier 3			GENITOURINARY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS
TRACLEER+	62.5MG	TABLET		Tier 5		PA	VASODILATING AGENTS, MISCELLANEOUS
tramadol hcl	100 MG	TAB SR	24H	Tier 1			OPIATE AGONISTS
tramadol hcl- acetaminophen	37.5-325MG	TABLET		Tier 1			OPIATE AGONISTS
TRANDATE	300 MG	TABLET		Tier 3			BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
trandolapril	4 MG	TABLET		Tier 2			ANGIOTENSIN- CONVERTING ENZYME INHIBITORS
trandolapril- verapamil	4-240MG	TBMP	24HR	Tier 2			ANGIOTENSIN- CONVERTING ENZYME INHIBITORS
tranylcypromine sulfate*	10 MG	TABLET		Tier 1			ANTIDEPRESSANTS
trazodone hcl*	300 MG	TABLET		Tier 1			ANTIDEPRESSANTS
treagan otic	5.4%-1.4%	DROPS		Tier 1			LOCAL ANESTHETICS (EENT)
TRENTAL	400 MG	TABLET	ER	Tier 3			HEMORRHOLOGIC AGENTS
TREXALL	5 MG	TABLET		Tier 3		PA	ANTINEOPLASTIC AGENTS
TREXIMET	85MG- 500MG	TABLET		Tier 3			SELECTIVE SEROTONIN AGONISTS
triamcinolone acetonide	55MCG	SPRAY		Tier 2			CORTICOSTEROIDS (EENT)
triamcinolone acetonide	0.5 %	CREAM (G)		Tier 1			ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (SKIN AND MUCOUS)

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.

+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITE	CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
triamterene-hctz*	50 MG-25MG	CAPSULE	Tier 1			POTASSIUM-SPARING DIURETICS
TRIBENZOR	20-5-12.5	TABLET	Tier 3			ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS
TRIBENZOR	40-5-12.5	TABLET	Tier 3			ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS
TRIBENZOR	40-5-25 MG	TABLET	Tier 3			ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS
TRIBENZOR	40-10-12.5	TABLET	Tier 3			ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS
TRIBENZOR	40-10-25MG	TABLET	Tier 3			ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS
trifluoperazine hcl*	2 MG	TABLET	Tier 1			ANTIPSYCHOTIC AGENTS
trifluridine	1 %	DROPS	Tier 1			ANTIVIRALS (EENT)
trihexyphenidyl hcl*	5 MG	TABLET	Tier 1			ANTICHOLINERGIC AGENTS (CNS)
trimethobenz- amide hcl	300 MG	CAPSULE	Tier 1			ANTIHISTAMINES (GI DRUGS)
trimethoprim	100 MG	TABLET	Tier 1			URINARY ANTI- INFECTIVES
tripelennamine hcl	50MG	TABLET	Tier 1			ANTIHISTAMINE DRUGS
TRIPLE ANTIBIOTIC	3.5MG-400	OINT. (G)	Tier 3			ANTIBACTERIALS (EENT)
TRIZIVIR	150-300MG	TABLET	Tier 3			ANTIRETROVIRALS
tropium chloride	20 MG	TABLET	Tier 1			GENITOURINARY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS
TRUSOPT	2 %	DROPS	Tier 3			CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS (EENT)
TRUVADA	200-300MG	TABLET	Tier 3			ANTIRETROVIRALS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFICACIÓN		REQUISITOS/ LÍMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
			NIVEL				
TYKERB	250 MG	TABLET	Tier 5				ANTINEOPLASTIC AGENTS
TYLENOL-CODEINE NO.3	300MG-30MG	TABLET	Tier 3				OPIATE AGONISTS
TYLOX	5 MG-500MG	CAPSULE	Tier 4				OPIATE AGONISTS
TYSABRI+	300MG/15ML	VIAL	Tier 5		PA		MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
TYVASO	1.74MG/2.9	AMPUL-NEB	Tier 5		PA		VASODILATING AGENTS, MISCELLANEOUS
TYZEKA	600 MG	TABLET	Tier 4		PA		NUCLEOSIDES AND NUCLEOTIDES
ULORIC	80 MG	TABLET	Tier 4				MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
ULORIC	40 MG	TABLET	Tier 4				MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
ULTRAM	50 MG	TABLET	Tier 4				OPIATE AGONISTS
ULTRAM ER	100 MG	TAB SR 24H	Tier 4				OPIATE AGONISTS
ULTRASE	250 MG	CAPSULE DR	Tier 3				DIGESTANTS
ULTRASE MT 18	333 MG	CAPSULE DR	Tier 3				DIGESTANTS
UNIPHYL	400 MG	TABLET ER	Tier 3				RESPIRATORY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS
UNIRETIC	7.5-12.5MG	TABLET	Tier 3				ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME INHIBITORS
UNITHROID	25 MCG	TABLET	Tier 3				THYROID AGENTS
UNIVASC	7.5 MG	TABLET	Tier 3				ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME INHIBITORS
urea	40 %	CREAM (G)	Tier 2				KERATOLYTIC AGENTS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES	CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
URECHOLINE	10 MG	TABLET	Tier 3			PARASYMPATHO- MIMETIC (CHOLINERGIC AGENTS)
UROCIT-K	5 MEQ	TABLET ER	Tier 3			ALKALINIZING AGENTS
UROXATRAL	10 MG	TAB SR 24H	Tier 3			ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
URSO	250 MG	TABLET	Tier 4			CHOLELITHOLYTIC AGENTS
URSO FORTE	500 MG	TABLET	Tier 4			CHOLELITHOLYTIC AGENTS
ursodiol	300 MG	CAPSULE	Tier 1			CHOLELITHOLYTIC AGENTS
VAGIFEM	25 MCG	TABLET	Tier 3			ESTROGENS
valacyclovir	1000 MG	TABLET	Tier 1			NUCLEOSIDES AND NUCLEOTIDES
VALCYTE	450 MG	TABLET	Tier 3			NUCLEOSIDES AND NUCLEOTIDES
valproic acid*	250 MG	CAPSULE	Tier 1			ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
VALTREX	1000 MG	TABLET	Tier 3			NUCLEOSIDES AND NUCLEOTIDES
VALTURNA	150-160MG	TABLET	Tier 3			RENIN INHIBITORS
VALTURNA	300-320MG	TABLET	Tier 3			RENIN INHIBITORS
VANCOGIN HCL	250 MG	CAPSULE	Tier 3			ANTIBACTERIALS, MISCELLANEOUS
VANDETANIB	100 MG	TABLET	Tier 5			ANTINEOPLASTIC AGENTS
VANTIN	200 MG	TABLET	Tier 3			CEPHALOSPORINS
VASERETIC	10MG-25MG	TABLET	Tier 4			ANGIOTENSIN- CONVERTING ENZYME INHIBITORS
VASOTEC	2.5 MG	TABLET	Tier 4			ANGIOTENSIN- CONVERTING ENZYME INHIBITORS

- \* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES		CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
VECTICAL	3MCG/G	OINT. (G)		Tier 4			SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISCELLANEOUS
venlafaxine hcl er*	225 MG	TAB ER 24		Tier 1			ANTIDEPRESSANTS
venlafaxine hcl*	25 MG	TABLET		Tier 1			ANTIDEPRESSANTS
VENTAVIS	20 MCG/ML	AMPUL- NEB		Tier 5		PA	VASODILATING AGENTS, MISCELLANEOUS
VENTOLIN HFA	90 MCG	HFA AER AD		Tier 3			BETA-ADRENERGIC AGONISTS
VERAMYST	27.5MCG	SPRAY SUSP		Tier 3			CORTICOSTEROIDS (EENT)
verapamil er pm*	100 MG	CAP24H PCT		Tier 1			CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS, MISCELLANEOUS
verapamil er*	180 MG	TABLET ER		Tier 1			CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS, MISCELLANEOUS
verapamil hcl*	40 MG	TABLET		Tier 1			CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS, MISCELLANEOUS
verapamil hcl*	360MG	CAP24H PEL		Tier 1			CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS, MISCELLANEOUS
VERELAN	360MG	CAP24H PEL		Tier 3			CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS, MISCELLANEOUS
VERELAN PM	100 MG	CAP24H PCT		Tier 3			CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS, MISCELLANEOUS
VESICARE	10 MG	TABLET		Tier 3			GENITOURINARY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS
VESICARE	5 MG	TABLET		Tier 3			GENITOURINARY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS
VFEND	50 MG	TABLET		Tier 4		PA	AZOLES

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES	CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
VIBRAMYCIN	100 MG	CAPSULE	Tier 3			TETRACYCLINES
VIBRA-TABS	100 MG	TABLET	Tier 3			TETRACYCLINES
VICODIN	5 MG-500MG	TABLET	Tier 4			OPIATE AGONISTS
VICODIN ES	7.5-750MG	TABLET	Tier 4			OPIATE AGONISTS
VICODIN HP	10-660MG	TABLET	Tier 4			OPIATE AGONISTS
VICTOZA 3-PAK	0.6MG/0.1	PEN INJCTR	Tier 3			INCRETIN MIMETICS
VIDEX	FNL10MG/ ML	SOLN RECON	Tier 3			ANTIRETROVIRALS
VIDEX EC	125 MG	CAPSULE DR	Tier 3			ANTIRETROVIRALS
VIMOVO	375MG- 20MG	TBMP 12HR	Tier 4			NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
VIMOVO	500MG- 20MG	TBMP 12HR	Tier 4			NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
VIOKASE	468MG	TABLET	Tier 3			DIGESTANTS
VIRACEPT	250 MG	TABLET	Tier 3			ANTIRETROVIRALS
VIRAMUNE	200 MG	TABLET	Tier 3			ANTIRETROVIRALS
VIRAMUNE XR	400 MG	TAB SR 24H	Tier 3			ANTIRETROVIRALS
VIREAD	300 MG	TABLET	Tier 3			ANTIRETROVIRALS
VIROPTIC	1 %	DROPS	Tier 3			ANTIVIRALS (EENT)
vis-phos n	250 MG	TABLET	Tier 1			ACIDIFYING AGENTS
VISTARIL	50 MG	CAPSULE	Tier 3			ANXIOLYTICS, SEDATIVES AND HYPNOTICS, MISCELLANEOUS
VITRASERT	4.5 MG	IMPLANT	Tier 5			ANTIVIRALS (EENT)
VIVACTIL	5 MG	TABLET	Tier 3			ANTIDEPRESSANTS
VIVELLE-DOT	.0375MG/24	PATCH TDSW	Tier 3			ESTROGENS
VIVELLE-DOT	0.05MG/24H	PATCH TDSW	Tier 3			ESTROGENS
VIVELLE-DOT	.075MG/24H	PATCH TDSW	Tier 3			ESTROGENS

- \* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.
- + Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFICACIÓN		REQUISITOS/ LÍMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
			NIVEL				
VIVELLE-DOT	0.1MG/24HR	PATCH	Tier 3				ESTROGENS
VIVELLE-DOT	.025MG/24H	PATCH	Tier 3				ESTROGENS
VIVITROL	380MG	SUS ER REC	Tier 4				OPIATE ANTAGONISTS
VOLTAREN	75 MG	TABLET DR	Tier 3				NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
VOLTAREN	1 %	GEL (GRAM)	Tier 3				NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
VOLTAREN	0.1%	DROPS	Tier 3				EENT NONSTEROIDAL ANTI-INFLAM. AGENTS
VOLTAREN-XR	100 MG	TAB SR 24H	Tier 3				NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS
voriconazole	50 MG	TABLET	Tier 2		PA		AZOLES
voriconazole	200 MG	TABLET	Tier 2		PA		AZOLES
VOSOL	2 %	SOLUTION	Tier 3				EENT ANTI-INFECTIVES, MISCELLANEOUS
VOSOL HC	2 %-1 %	DROPS	Tier 3				EENT ANTI-INFECTIVES, MISCELLANEOUS
VOSPIRE ER	4 MG	TAB ER 12H	Tier 3				BETA-ADRENERGIC AGONISTS
VOTRIENT	200 MG	TABLET	Tier 5				ANTINEOPLASTIC AGENTS
VPRIV	400 UNIT	VIAL	Tier 5				ENZYMES
VYVANSE	70 MG	CAPSULE	Tier 4				AMPHETAMINES
warfarin sodium*	6 MG	TABLET	Tier 1				ANTICOAGULANTS
WELCHOL	625 MG	TABLET	Tier 3				BILE ACID SEQUESTRANTS
WELCHOL	3.75 G	POWD PACK	Tier 3				BILE ACID SEQUESTRANTS
WELLBUTRIN	75 MG	TABLET	Tier 3				ANTIDEPRESSANTS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.

+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFICACIÓN		REQUISITOS/ LÍMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
			NIVEL				
WELLBUTRIN SR	150 MG	TABLET	Tier 3				ANTIDEPRESSANTS
WELLBUTRIN SR	200 MG	TABLET	Tier 3				ANTIDEPRESSANTS
WELLBUTRIN XL	150 MG	TAB SR 24H	Tier 3				ANTIDEPRESSANTS
XALATAN	0.005%	DROPS	Tier 3				PROSTAGLANDIN ANALOGS
XENAZINE	12.5 MG	TABLET	Tier 5				CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS, MISCELLANEOUS
XERESE	5 %-1 %	CREAM (G)	Tier 3				ANTIVIRALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
XGEVA	120 MG/1.7	VIAL	Tier 5		PA		MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
XIAFLEX	0.9 MG	VIAL	Tier 5		PA		ENZYMES
XIFAXAN	550 MG	TABLET	Tier 4				ANTIBACTERIALS, MISCELLANEOUS
XOLAIR	150 MG	VIAL	Tier 5		PA		RESPIRATORY TRACT AGENTS, MISCELLANEOUS
XOPENEX	0.31MG/3ML	VIAL-NEB	Tier 4		PA		BETA-ADRENERGIC AGONISTS
XOPENEX HFA	45MCG	HFA AER AD	Tier 4				BETA-ADRENERGIC AGONISTS
XYREM+	500MG/ML	SOLUTION	Tier 4				CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS, MISCELLANEOUS
zafirlukast	10 MG	TABLET	Tier 1				LEUKOTRIENE MODIFIERS
ZARONTIN	250 MG	CAPSULE	Tier 3				SUCCINIMIDES
ZAROXOLYN	2.5 MG	TABLET	Tier 3				THIAZIDE-LIKE DIURETICS
ZAVESCA	100 MG	CAPSULE	Tier 5				MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN		NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES		CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
ZEBETA	5 MG	TABLET		Tier 3			BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
ZEMPLAR	5MCG/ML	VIAL		Tier 4	PA	ST	VITAMIN D
ZENPEP	5K-17K-27K	CAPSULE DR		Tier 4			DIGESTANTS
ZENPEP	10-34-55K	CAPSULE DR		Tier 4			DIGESTANTS
ZENPEP	15-51-82K	CAPSULE DR		Tier 4			DIGESTANTS
ZENPEP	20-68-109K	CAPSULE DR		Tier 4			DIGESTANTS
ZERIT	15 MG	CAPSULE		Tier 3			ANTIRETROVIRALS
ZESTORETIC	10-12.5MG	TABLET		Tier 4			ANGIOTENSIN- CONVERTING ENZYME INHIBITORS
ZETIA	10 MG	TABLET		Tier 3	PA		CHOLESTEROL ABSORPTION INHIBITORS
ZIAC	5-6.25MG	TABLET		Tier 4			BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS
ZIAGEN	300 MG	TABLET		Tier 3			ANTIRETROVIRALS
zidovudine*	100 MG	CAPSULE		Tier 1			ANTIRETROVIRALS
ZIRGAN	0.15 %	GEL (GRAM)		Tier 4			ANTIVIRALS (EENT)
ZITHROMAX TRI-PAK	500 MG	TABLET		Tier 4			MACROLIDES
ZOCOR	40 MG	TABLET		Tier 4			HMG-COA REDUCTASE INHIBITORS
ZOFRAN	8 MG	TABLET		Tier 3	PA		5-HT3 RECEPTOR ANTAGONISTS
ZOFRAN ODT	8 MG	TAB RAPDIS		Tier 3	PA	ST	5-HT3 RECEPTOR ANTAGONISTS
ZOLINZA	100 MG	CAPSULE		Tier 5			ANTINEOPLASTIC AGENTS
ZOLOFT	25 MG	TABLET		Tier 3		ST	ANTIDEPRESSANTS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.

+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFICACIÓN		REQUISITOS/ LÍMITES	CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
			NIVEL		
zolpidem tartrate	5 MG	TABLET	Tier 1		ANXIOLYTICS, SEDATIVES AND HYPNOTICS, MISCELLANEOUS
ZOLPIMIST	5 MG/SPRAY	SPRAY/PUMP	Tier 4		ANXIOLYTICS, SEDATIVES AND HYPNOTICS, MISCELLANEOUS
ZONALON	5 %	CREAM (G)	Tier 3		ANTIPRURITICS AND LOCAL ANESTHETICS
ZONEGRAN	50 MG	CAPSULE	Tier 4		ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
zonisamide*	50 MG	CAPSULE	Tier 1		ANTICONVULSANTS, MISCELLANEOUS
ZORTRESS	0.25 MG	TABLET	Tier 4		MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
ZORTRESS	0.5 MG	TABLET	Tier 5		MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
ZORTRESS	0.75 MG	TABLET	Tier 5		MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
ZOVIRAX	5 %	OINT. (G)	Tier 3		ANTIVIRALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
ZOVIRAX	5 %	CREAM (G)	Tier 3		ANTIVIRALS (SKIN AND MUCOUS MEMBRANE)
ZOVIRAX	800 MG	TABLET	Tier 3		NUCLEOSIDES AND NUCLEOTIDES
ZYBAN	150 MG	TABLET ER	Tier 4		ANTIDEPRESSANTS
ZYFLO	600 MG	TABLET	Tier 3		LEUKOTRIENE MODIFIERS
ZYFLO CR	600 MG	TBMP 12HR	Tier 3		LEUKOTRIENE MODIFIERS

\* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.  
+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFICACIÓN		REQUISITOS/ LÍMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
			NIVEL				
ZYLET	0.3%-0.5%	DROPS SUSP	Tier 4				ANTIBACTERIALS (EENT)
ZYLOPRIM	100 MG	TABLET	Tier 3				MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS
ZYMAXID	0.5 %	DROPS	Tier 4				ANTIBACTERIALS (EENT)
ZYPREXA	20 MG	TABLET	Tier 3				ANTIPSYCHOTIC AGENTS
ZYPREXA	2.5 MG	TABLET	Tier 3				ANTIPSYCHOTIC AGENTS
ZYPREXA	5 MG	TABLET	Tier 3				ANTIPSYCHOTIC AGENTS
ZYPREXA	7.5 MG	TABLET	Tier 3				ANTIPSYCHOTIC AGENTS
ZYPREXA	10 MG	TABLET	Tier 3				ANTIPSYCHOTIC AGENTS
ZYPREXA	15 MG	TABLET	Tier 3				ANTIPSYCHOTIC AGENTS
ZYPREXA	20 MG	TABLET	Tier 3				ANTIPSYCHOTIC AGENTS
ZYPREXA	10 MG	VIAL	Tier 3				ANTIPSYCHOTIC AGENTS
ZYPREXA RELPREVV	300 MG	VIAL	Tier 3				ANTIPSYCHOTIC AGENTS
ZYPREXA ZYDIS	5 MG	TAB RAPDIS	Tier 3				ANTIPSYCHOTIC AGENTS
ZYPREXA ZYDIS	10 MG	TAB RAPDIS	Tier 3				ANTIPSYCHOTIC AGENTS
ZYPREXA ZYDIS	15 MG	TAB RAPDIS	Tier 3				ANTIPSYCHOTIC AGENTS
ZYPREXA ZYDIS	20 MG	TAB RAPDIS	Tier 3				ANTIPSYCHOTIC AGENTS
ZYTIGA	250 MG	TABLET	Tier 5				ANTINEOPLASTIC AGENTS
ZYVOX	600 MG	TABLET	Tier 4				ANTIBACTERIALS, MISCELLANEOUS

- \* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.
- + Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.

MEDICAMENTO DE MARCA	DOSIS	FORMA DE DOSIFI- CACIÓN	NIVEL	REQUISITOS/ LIMITES			CLASE TERAPÉUTICA INFORMADA
ZYVOX	100 MG/5ML	SUSP RECON	Tier 4				ANTIBACTERIALS, MISCELLANEOUS
<p>* Este medicamento con receta se brindará sin costo compartido la primera vez que lo obtenga.</p> <p>+ Este medicamento con receta puede estar disponible solo en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicio para los miembros de Health Alliance Medicare al 1-800-965-4022. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-526-0844.</p>							