

Tufts Health Unify

Lista de Medicamentos Cubiertos 2016 (Formulario)

Vigencia: 01/2016

Actualizado: 11/2016



Tufts Health Plan
P.O. Box 9194
Watertown, MA 02471-9194
Teléfono: **855-393-3154**

Siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.
TuftsHealthUnify.org

Formulary ID: 16410 Version: 22
H7419_5317A_SP

Tufts Health Unify | **Lista de Medicamentos Cubiertos para 2016 (Formulario)**

Ésta es una *Lista de Medicamentos* que los miembros pueden obtener en *Tufts Health Unify*.

- ❖ *Tufts Health Unify* es un plan de seguro médico que tiene contrato con Medicare y MassHealth para proporcionar beneficios de ambos programas a los miembros con el nombre Programa One Care.
- ❖ La *Lista de Medicamentos Cubiertos* y/o las redes de farmacias y proveedores de *Tufts Health Unify* pueden cambiar a lo largo del año. Le enviaremos un aviso antes de hacer un cambio que le afecte.
- ❖ Los beneficios pueden cambiar el 1º de enero de cada año.
- ❖ Usted siempre puede verificar la *Lista de Medicamentos Cubiertos* actualizada de *Tufts Health Unify* por internet en TuftsHealthUnify.org o llamando al **855-393-3154** (TTY: 888-391-5535).
- ❖ Se pueden aplicar limitaciones y restricciones. Para obtener más información, llame a Servicios al miembro de *Tufts Health Unify* o lea el *Manual del Miembro* de *Tufts Health Unify*.
- ❖ Usted puede obtener gratis esta información en otros formatos, como letras grandes, braille o audio. Llame al **855-393-3154**. La llamada es gratuita.
- ❖ You can get this information in Spanish, or speak with someone about this information in other languages for free. Call **855-393-3154**. The call is free.

Usted puede obtener esta información en español o hablar con alguien sobre esta información en otros idiomas en forma gratuita. Llame al **855-393-3154**. La llamada es gratuita.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a *Tufts Health Unify* al **855-393-3154**, siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, vaya a TuftsHealthUnify.org.

Preguntas frecuentes

Encuentre aquí las respuestas a las preguntas que tenga sobre esta *Lista de Medicamentos Cubiertos*. Puede leer todas las preguntas frecuentes para conocer más o buscar una pregunta y su respuesta.

1. ¿Qué medicamentos de receta se encuentran en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*? (Llamamos "*Lista de Medicamentos*" a la *Lista de Medicamentos Cubiertos*, para abreviar.)

Los medicamentos de la *Lista de Medicamentos Cubiertos* que comienza en la página 3 son los medicamentos cubiertos por *Tufts Health Unify*. Los medicamentos están disponibles en las farmacias de nuestra red. Una farmacia está en nuestra red si tenemos un contrato con ella para que trabaje con nosotros y le proporcione servicios a usted. A estas farmacias las llamamos “farmacias de la red”.

Tufts Health Unify cubrirá todos los medicamentos de la lista si:

- su médico u otro proveedor médico dice que usted los necesita para mejorar o para seguir sano, **y**
- *Tufts Health Unify* está de acuerdo con que el medicamento es medicamento necesario para usted, **y**
- usted surte la receta en una farmacia de la red de *Tufts Health Unify*.

En algunos casos, usted tiene que hacer algo antes de que pueda obtener un medicamento (lea la pregunta #6 más abajo).

También puede ver una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en TuftsHealthUnify.org o llame a Servicios al miembro al **855-393-3154**.

2. ¿La *Lista de Medicamentos* cambia alguna vez?

Sí. *Tufts Health Unify* podría agregar o retirar medicamentos de la *Lista de Medicamentos* durante el año. De manera general, la *Lista de Medicamentos* cambiará solamente si:

- aparece un nuevo medicamento que funcione tan bien como algún medicamento que esté actualmente en la *Lista de Medicamentos* **o**
- nos enteramos que el medicamento no es seguro.

También podemos cambiar nuestras reglas sobre medicamentos. Por ejemplo, podemos:

- Decidir exigir o no la aprobación previa para un medicamento. (La aprobación previa es el permiso de *Tufts Health Unify* antes de que usted pueda obtener un medicamento.)
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (llamada “límites de cantidad”).
- Agregar o cambiar restricciones de tratamiento progresivo a un medicamento. (*Tratamiento progresivo* significa que deberá probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento.)

(Para obtener más información de estas reglas sobre medicamentos, lea la página v.)

Le avisaremos cuando retiremos de la *Lista de Medicamentos* un medicamento que usted esté tomando. También le avisaremos cuando cambiemos nuestras reglas para cubrir un medicamento. Las preguntas 3, 4 y 8 de más abajo tienen más información sobre lo que sucede cuando cambia la *Lista de Medicamentos*.

- Usted siempre puede revisar la *Lista de Medicamentos* actualizada de *Tufts Health Unify* en internet en TuftsHealthUnify.org.
- También puede llamar a servicios para miembros para revisar la *Lista de Medicamentos* actual al **855-393-3154**.

3. ¿Qué sucederá cuando un medicamento se retire de la *Lista de Medicamentos* o cambiemos nuestras reglas para obtener un medicamento?

Si aparece un medicamento más barato que funciona tan bien como un medicamento que está ahora en la *Lista de Medicamentos*, el medicamento que usted reciba podría cambiar porque:

- **Su farmacéutico podría darle el medicamento más barato la próxima vez que usted surta su receta.** Si usted y su médico deciden que el medicamento más barato no es el correcto para usted, su médico puede decir al farmacéutico que le dé el medicamento que usted toma ahora.
- ***Tufts Health Unify* podría decidir retirar el medicamento anterior de la *Lista de Medicamentos*.** Si está tomando un medicamento que decidamos retirar de la *Lista de Medicamentos* porque apareció un medicamento más barato que funciona igual de bien, le avisaremos. Le avisaremos por lo menos 60 días antes de retirarlo de la *Lista de Medicamentos* o cuando usted pida un resurtido. En ese momento, usted podrá obtener un suministro de 60 días del medicamento antes de que se haga el cambio en la *Lista de Medicamentos*. Le enviarnos un anuncio por escrito.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a *Tufts Health Unify* al **855-393-3154**, siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, vaya a TuftsHealthUnify.org.

Le avisaremos si cambiamos nuestras reglas para cubrir un medicamento que usted esté tomando y lo. Por ejemplo, le avisaremos si usted toma un medicamento y agregamos requisitos de autorización previa (aprobación), límites de cantidad o tratamiento progresivo. Debemos avisarle de este cambio por lo menos 60 días antes de que entre en vigor o cuando usted solicite un resurtido del medicamento. Si le decimos cuando resurta su medicamento, usted recibirá un suministro del medicamento para 60 días. Esto significa que si su receta es para un suministro de 30 días, usted recibirá dos resurtidos para 30 días. Si su receta es para un suministro de 60 ó 90 días, usted recibirá un resurtido para 60 días.

Para obtener más información sobre estas reglas sobre medicamentos, lea la página v.

4. ¿Qué sucederá si averiguamos que algún medicamento no es seguro?

Si la Administración de alimentos y medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) dice que algún medicamento no es seguro, lo retiraremos inmediatamente de la *Lista de Medicamentos*. También le enviaremos una carta y le llamaremos para avisarle que el medicamento no es seguro y que lo retiramos de la *Lista de Medicamentos*. Llame a su médico u otro profesional que escribe recetas para considerar medicamentos alternativos y pedir una nueva receta.

5. ¿De cuánto es su copago?

No se le cobrará un copago por los medicamentos de la *Lista de Medicamentos*.

Los medicamentos se enumeran por niveles:

- El nivel 1 es todos los medicamentos genéricos con receta cubiertos
- El nivel 2 es todos los medicamentos de marca con receta cubiertos
- El nivel 3 es todos los medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) cubiertos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **855-393-3154**. Podemos ayudarle a entender cuáles serán sus copagos.

6. ¿La cobertura de medicamentos tiene alguna restricción o límite? ¿O hay que hacer algo en particular para poder obtener ciertos medicamentos?

Sí, algunos medicamentos tienen reglas de cobertura o tienen límites a la cantidad que usted puede obtener. En algunos casos, usted, su médico u otro proveedor tendrán que hacer algo antes de poder obtener el medicamento. Por ejemplo:

- **Aprobación previa (o autorización previa):** Para algunos medicamentos, usted, su médico u otro profesional de la salud deben obtener una aprobación de *Tufts Health Unify* antes de que usted surta su receta. Y si usted no obtiene la aprobación, *Tufts Health Unify* podría no cubrir el medicamento.
- **Límites de cantidad:** A veces *Tufts Health Unify* puede limitar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener.
- **Tratamiento progresivo:** A veces *Tufts Health Unify* requiere que usted pase por tratamiento progresivo. Esto significa que usted tendrá que probar los medicamentos para su enfermedad en un cierto orden. Usted podría tener que probar un medicamento antes que cubramos otro medicamento. Si a su médico le parece que el primer medicamento no funciona para usted, entonces cubriremos el segundo.

Usted puede averiguar si su medicamento tiene algún requisito adicional, leyendo los cuadros que comienzan en la página 3. Usted también puede obtener más información yendo a nuestro sitio web en TuftsHealthUnify.org. También puede pedirnos que le enviemos una copia.

Usted puede pedir una "excepción" a esos límites. Por favor lea en la pregunta 12 más información sobre las excepciones.

- ➔ Si usted está en un hogar para personas mayores u otra institución de atención a largo plazo y necesita algún medicamento que no esté en la *Lista de Medicamentos* o si no puede obtener el medicamento que necesite fácilmente, podemos ayudarle. Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días del medicamento que usted necesite (a menos que tenga una receta para menos días), sin importar que usted sea o no un miembro nuevo de *Tufts Health Unify*. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro proveedor médico. Ellos podrán ayudarle a decidir si hay algún otro medicamento similar en la *Lista de Medicamentos* que usted pueda tomar en su lugar o si tiene que pedir una excepción. Por favor lea en la pregunta 12 más información sobre las excepciones.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a *Tufts Health Unify* al **855-393-3154**, siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, vaya a TuftsHealthUnify.org.

7. ¿Cómo sabrá si el medicamento que usted quiere tiene limitaciones o si tiene que hacer algo para obtenerlo?

La *Lista de Medicamentos Cubiertos* de la página 3 tiene una columna llamada “Medidas necesarias, restricciones o límites al uso.”

8. ¿Qué sucederá si cambiamos nuestras reglas sobre cómo cubrimos algunos de los medicamentos? Por ejemplo, si agregamos requisitos de autorización (aprobación) previa, límites de cantidad o restricciones de tratamiento progresivo a algún medicamento.

Le avisaremos si agregamos requisitos de aprobación previa, límites de cantidad y restricciones de tratamiento progresivo a un medicamento. Le avisaremos por lo menos 60 días antes de agregar la restricción o cuando pida su siguiente resurtido en su farmacia. En ese momento, usted podrá obtener un suministro de 60 días del medicamento antes de que se haga el cambio en la *Lista de Medicamentos*. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional de la salud sobre qué hacer después.

9. ¿Cómo puede encontrar un medicamento en la *Lista de Medicamentos*?

Existen dos maneras de encontrar un medicamento:

- Puede buscar por orden alfabético (si usted sabe cómo se escribe el nombre del medicamento) o
- Puede buscar por enfermedad.

Para buscar **por orden alfabético**, usted debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 65. Puede encontrarlo en el número de la página listado en el Índice.

Para buscar **por enfermedad**, busque el nombre de la categoría en la *Lista de Medicamentos* que comienza en la página 3. Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías, de acuerdo con el tipo de enfermedades para las que se usan como tratamiento. Por ejemplo, si tiene un padecimiento del corazón, usted debe buscar en la categoría “Cardiovascular Agents – Drugs to Treat High Blood Pressure, High Cholesterol, and other Heart Conditions”. Ahí encontrará medicamentos para tratar los padecimientos del corazón.

10. ¿Qué pasa si el medicamento que usted quiere tomar no está en la *Lista de Medicamentos*?

Si usted no encuentra su medicamento en la *Lista de Medicamentos*, llame a Servicios al miembro al **855-393-3154** y pregunte por él. Si se entera de que *Tufts Health Unify* no cubrirá el medicamento, usted puede hacer algo de lo siguiente:

- Pida a Servicios al miembro una *Lista de Medicamentos* similar al que quiera tomar. Luego, muestre la lista a su médico u otro proveedor médico. Éste podrá recetarle un medicamento similar al de la *Lista de Medicamentos* que usted quiere tomar. **O**
- Usted también puede pedir al plan de seguro médico que haga una excepción para cubrir su medicamento. Por favor lea en la pregunta 12 más información sobre las excepciones.

11. ¿Qué pasa si usted es un miembro nuevo de *Tufts Health Unify* y no puede encontrar su medicamento en la Lista o tiene problemas para obtener su medicamento?

Podemos ayudarlo. Podemos cubrir un suministro de 30 días de su medicamento durante los primeros 90 días que usted comienza como miembro de *Tufts Health Unify*. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro proveedor médico. Ellos podrán ayudarle a decidir si hay algún otro medicamento similar en la *Lista de Medicamentos* que usted pueda tomar en su lugar o si tiene que pedir una excepción.

Cubriremos un suministro de 30 días de su medicamento si:

- Usted está tomando algún medicamento que no esté en nuestra *Lista de Medicamentos*, **O**
- las reglas del plan de seguro médico no le permiten obtener la cantidad recetada por su proveedor médico, **O**
- el medicamento requiere aprobación previa de *Tufts Health Unify*, **O**
- usted toma algún medicamento que forme parte de una restricción de tratamiento progresivo.

Si usted vive en un hogar de cuidados para adultos mayores u otra institución de atención a largo plazo, usted puede resurtir su medicamento de receta por hasta 91 días. Usted puede resurtir el medicamento varias veces durante sus primeros 91 días en el plan. Esto le dará tiempo a su proveedor médico para cambiar sus medicamentos por los que estén en la *Lista de Medicamentos* o para pedir una excepción.

Si usted ingresa a una institución de atención a largo plazo después de los primeros 90 días que es miembro de *Tufts Health Unify*, podríamos cubrir una cantidad de hasta 31 días del



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a *Tufts Health Unify* al **855-393-3154**, siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, vaya a TuftsHealthUnify.org.

medicamento. También podemos cubrir una cantidad de hasta 31 días de su medicamento si cambia su nivel de atención.

12. ¿Puede pedir una excepción para cubrir su medicamento?

Sí. Usted puede pedir que *Tufts Health Unify* haga una excepción para cubrir un medicamento que no esté en la *Lista de Medicamentos*.

También puede pedirnos cambiar las reglas sobre su medicamento.

- Por ejemplo, *Tufts Health Unify* podría limitar la cantidad que cubrirá de un medicamento. Si su medicamento tiene un límite, usted puede pedirnos que cambiemos el límite y cubramos más.
- Otros ejemplos: Usted puede pedirnos que retiremos los requisitos de tratamiento progresivo o de aprobación previa.

13. ¿Cuánto tiempo tomará obtener una excepción?

Antes que nada, debemos recibir una declaración de su proveedor médico apoyando su pedido de excepción. Después de recibir la declaración, tomaremos una decisión sobre su pedido de excepción a más tardar en 72 horas.

Si usted o su proveedor médico piensan que su salud podría deteriorarse si tiene que esperar 72 horas para obtener una decisión, usted puede pedir una excepción acelerada. Ésta es una decisión más rápida. Si su proveedor médico apoya su pedido, le daremos una decisión a más tardar 24 horas después de recibir la declaración de apoyo de su proveedor médico.

14. ¿Cómo puede pedir una excepción?

Para pedir un excepción, llame a servicios para miembros. Un representante de servicios para miembros quien trabajará con usted y su proveedor para ayudarle a pedir una excepción.

15. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los *medicamentos genéricos* están hechos con los mismos ingredientes que los medicamentos de marca. Generalmente cuestan menos que los medicamentos de marca y normalmente no tienen marcas reconocidas. Los medicamentos genéricos son aprobados por la Administración de alimentos y medicamentos (FDA).

Tufts Health Unify cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos.

16. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC, *por sus siglas en inglés*)?

OTC quiere decir medicamentos que se venden sin receta. Usted puede comprar medicamentos de venta libre sin receta.

Tufts Health Unify cubre algunos medicamentos de venta libre.

Usted puede leer la *Lista de Medicamentos de Tufts Health Unify* para ver qué medicamentos de venta libre están cubiertos.

17. ¿*Tufts Health Unify* cubre productos de venta libre que no son medicamentos?

Tufts Health Unify cubre algunos productos de venta libre que no son medicamentos.

Usted puede leer la *Lista de Medicamentos de Tufts Health Unify* para ver qué productos de venta libre, que no son medicamentos, están cubiertos.

18. ¿*Tufts Health Unify* cubre suministros a largo plazo de medicamentos de receta?

- **Programas de pedidos por correo.** Ofrecemos un programa de pedidos por correo que le permite obtener suministros de medicamentos de receta de hasta **90** días, enviados directamente a su hogar. Un suministro para **90** días tiene el mismo copago que el suministro para un mes.
- **Programas de farmacias minoristas de 90 días.** Algunas farmacias minoristas también pueden ofrecer suministros de hasta **90** días de medicamentos de receta cubiertos. Un suministro para **90** días tiene el mismo copago que el suministro para un mes.

19. ¿Puedo hacer que envíen los medicamentos de receta a mi casa desde mi farmacia local?

Es posible que su farmacia local pueda enviar su medicamento de receta a su casa. Usted puede llamar a su farmacia para averiguar si que ofrecen entrega a domicilio.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a *Tufts Health Unify* al **855-393-3154**, siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, vaya a TuftsHealthUnify.org.

Lista de Medicamentos Cubiertos

La *Lista de Medicamentos Cubiertos* que comienza en la página siguiente le da la información sobre los medicamentos cubiertos por *Tufts Health Unify*. Si usted tiene dificultades para encontrar su medicamento en la lista, pase al Índice que comienza en la página 65.

La primera columna de la tabla contiene el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúsculas (por ejemplo, PROAIR HFA) y los medicamentos genéricos están en letras cursivas en minúsculas (por ejemplo, *lisinopril*).

La información de la columna “Medidas necesarias, restricciones o límites al uso” indica si *Tufts Health Unify* tiene reglas para cubrir su medicamento.

Nota: El (*) junto a un medicamento significa que el medicamento no es un “medicamento de Parte D”. Estos medicamentos tienen diferentes reglas para apelaciones. Una *apelación* es una manera formal de pedir que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y que la cambiemos, si le parece que hemos cometido un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted quiere no está cubierto o que ya no está cubierto por Medicare o MassHealth. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar. Si usted tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro al **855-393-3154**. Usted también puede leer cómo apelar una decisión en el *Manual del Miembro*.

Estos son los significados de los códigos usados en la columna “Medidas necesarias, restricciones o límites de uso”:

(g) = Sólo está cubierta la versión genérica de este medicamento. La versión de marca no está cubierta.

M = La versión de marca de este medicamento está en Nivel 3. La versión genérica está en Nivel 1.

PA = Autorización (aprobación) previa: Usted deberá tener la aprobación del plan antes de poder obtener este medicamento.

ST = Tratamiento progresivo: Usted deberá probar otro medicamento antes de poder obtener éste.

Lista de Medicamentos por enfermedad

Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías de acuerdo con el tipo de enfermedad para la que se usan como tratamiento. Por ejemplo, si usted tiene una enfermedad del corazón, usted debe buscar en la categoría “Cardiovascular Agents – Drugs to Treat High Blood Pressure, High Cholesterol, and other Heart Conditions”. Ahí encontrará los medicamentos que traten enfermedades del corazón.



Si tiene alguna pregunta, por favor llame a *Tufts Health Unify* al **855-393-3154**, siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, vaya a TuftsHealthUnify.org.

Índice

ANTI-INFECTIVES AND INFECTIOUS DISEASE: DRUGS USED TO TREAT INFECTIONS	3
BLOOD THINNERS AND BLOOD MODIFYING AGENTS: DRUGS THAT HELP PREVENT CLOTS & INCREASE CELL COUNTS	8
CANCER DRUGS	9
CARDIOVASCULAR AGENTS: DRUGS TO TREAT HEART CONDITIONS LIKE HIGH BLOOD PRESSURE & HIGH CHOLESTEROL	14
DIABETES MELLITUS: DRUGS TO TREAT DIABETES & DIABETIC TESTING SUPPLIES	19
EAR, NOSE AND THROAT	21
EYE: DRUGS THAT TREAT EYE CONDITIONS SUCH AS GLAUCOMA, INFECTIONS, & IRRITATION	22
GASTROINTESTINAL DRUGS: DRUGS TO TREAT STOMACH CONDITIONS LIKE EXCESS ACID, NAUSEA, & BOWEL DISEASES	25
HOME INFUSION THERAPY: DRUGS USUALLY GIVEN BY IV IN THE HOME SETTING	29
HORMONES: DRUGS THAT TREAT CONDITIONS SUCH AS LOW TESTOSTERONE & THYROID PROBLEMS	33
IMMUNOLOGIC AGENTS: DRUGS THAT BOOST THE IMMUNE SYSTEM OR PREVENT REJECTION AFTER ORGAN TRANSPLANT	35
MISCELLANEOUS DRUGS: DRUGS USED TO TREAT A VARIETY OF UNIQUE CONDITIONS	37
NEUROLOGICAL DRUGS: DRUGS TO TREAT BRAIN PROBLEMS, SUCH AS ALZHEIMERS DISEASE, SEIZURES, & HEADACHES	42
PAIN AND INFLAMMATORY DISEASE: DRUGS TO RELIEVE PAIN, GOUT SYMPTOMS & SWELLING WITH ARTHRITIS	45
PSYCHIATRIC: DRUGS THAT TREAT MENTAL HEALTH CONDITIONS, SUCH AS ADD/ADHD, DEPRESSION, & INSOMNIA	49
RESPIRATORY DRUGS: DRUGS THAT TREAT LUNG PROBLEMS, SUCH AS ASTHMA AND COPD	53
SKIN: DRUGS THAT TREAT SKIN CONDITIONS, SUCH AS ACNE, INFECTIONS, & ITCHY SKIN	56
SUPPLEMENTS-VITAMINS AND MINERALS YOU NEED TO STAY HEALTHY	60
WOMENS HEALTH: DRUGS USED FOR BIRTH CONTROL, MENOPAUSE, OSTEOPOROSIS, OR INFECTIONS	61

2016 Tufts Health Unify Lista de Medicamentos

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
ANTI-INFECTIVES AND INFECTIOUS DISEASE: DRUGS USED TO TREAT INFECTIONS		
ANTIFUNGALS, SYSTEMIC AND ORAL TOPICAL		
<i>clotrimazole</i>	\$0 (Tier-1)	
CRESEMBA	\$0 (Tier-2)	
<i>fluconazole</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>flucytosine</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>griseofulvin microsize</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>itraconazole</i>	\$0 (Tier-1)	PA
<i>ketoconazole</i>	\$0 (Tier-1)	
NOXAFIL	\$0 (Tier-2)	
<i>nystatin</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>terbinafine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	QL (42 EA per 42 days)
<i>voriconazole oral suspension reconstituted</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Tier-1)	QL (28 EA per 14 days)
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Tier-1)	QL (56 EA per 14 days)
ANTHELMINTIC AGENTS		
PIN-X	\$0 (Tier-3)	*
REESES PINWORM MEDICINE	\$0 (Tier-3)	*
ANTI-INFECTIVES, MISCELLANEOUS		
ALBENZA	\$0 (Tier-2)	
ALINIA	\$0 (Tier-2)	
BILTRICIDE	\$0 (Tier-2)	
<i>ivermectin</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>linezolid</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>methenamine hippurate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>metronidazole</i>	\$0 (Tier-1)	
MONUROL	\$0 (Tier-2)	

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
<i>neomycin sulfate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>nitrofurantoin</i>	\$0 (Tier-1)	PA; QL (90 EA per 365 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	\$0 (Tier-1)	PA; QL (90 EA per 365 days)
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	\$0 (Tier-1)	PA; QL (90 EA per 365 days)
SIVEXTRO	\$0 (Tier-2)	
STROMEKTOL	\$0 (Tier-2)	
<i>trimethoprim</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>vancomycin hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Tier-2)	QL (9 EA per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	\$0 (Tier-2)	PA
ZYVOX	\$0 (Tier-2)	
ANTIMALARIALS AND ANTIPROTOZOALS		
<i>atovaquone</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>chloroquine phosphate</i>	\$0 (Tier-1)	
COARTEM	\$0 (Tier-2)	QL (24 EA per 3 days)
<i>dapsone</i>	\$0 (Tier-1)	
DARAPRIM	\$0 (Tier-2)	
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>mefloquine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
NEBUPENT	\$0 (Tier-2)	PA
<i>paromomycin sulfate</i>	\$0 (Tier-1)	
PENTAM	\$0 (Tier-2)	
<i>primaquine phosphate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>quinine sulfate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>tinidazole</i>	\$0 (Tier-1)	
ANTIVIRALS		
<i>abacavir sulfate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>acyclovir</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>adefovir dipivoxil</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>amantadine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
APTIVUS	\$0 (Tier-2)	
ATRIPLA	\$0 (Tier-2)	
COMPLERA	\$0 (Tier-2)	
COPEGUS	\$0 (Tier-2)	
CRIVAN	\$0 (Tier-2)	

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
DESCOVY	\$0 (Tier-2)	
<i>didanosine</i>	\$0 (Tier-1)	
EDURANT	\$0 (Tier-2)	
EMTRIVA	\$0 (Tier-2)	
<i>entecavir</i>	\$0 (Tier-1)	
EPIVIR	\$0 (Tier-2)	
EPZICOM	\$0 (Tier-2)	
EVOTAZ	\$0 (Tier-2)	
<i>famciclovir</i>	\$0 (Tier-1)	
FUZEON	\$0 (Tier-2)	
GENVOYA	\$0 (Tier-2)	
HARVONI	\$0 (Tier-2)	PA
INTELENCE	\$0 (Tier-2)	
INTRON A	\$0 (Tier-2)	
INVIRASE	\$0 (Tier-2)	
ISENTRESS ORAL PACKET	\$0 (Tier-2)	
ISENTRESS ORAL TABLET	\$0 (Tier-2)	QL (360 EA per 90 days)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0 (Tier-2)	QL (180 EA per 30 days)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG	\$0 (Tier-2)	QL (720 EA per 30 days)
KALETRA	\$0 (Tier-2)	
<i>lamivudine</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>lamivudine-zidovudine</i>	\$0 (Tier-1)	
LEXIVA	\$0 (Tier-2)	
<i>nevirapine</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>nevirapine er</i>	\$0 (Tier-1)	
NORVIR	\$0 (Tier-2)	
ODEFSEY	\$0 (Tier-2)	
PEGASYS	\$0 (Tier-2)	QL (4 ML per 28 days)
PEGASYS PROCLICK	\$0 (Tier-2)	QL (4 ML per 28 days)
PEGINTRON	\$0 (Tier-2)	QL (4 EA per 28 days)
PEG-INTRON REDIPEN	\$0 (Tier-2)	QL (4 EA per 28 days)
PREZCOBIX	\$0 (Tier-2)	
PREZISTA	\$0 (Tier-2)	
REBETOL	\$0 (Tier-2)	
RELENZA DISKHALER	\$0 (Tier-2)	QL (60 EA per 180 days)
RESCRIPTOR	\$0 (Tier-2)	
REYATAZ	\$0 (Tier-2)	
<i>ribasphere</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>ribasphere ribapak</i>	\$0 (Tier-1)	

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
<i>ribavirin</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>rimantadine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Tier-2)	QL (60 EA per 30 days)
SELZENTRY ORAL TABLET 300 MG	\$0 (Tier-2)	QL (120 EA per 30 days)
SOVALDI	\$0 (Tier-2)	PA
<i>stavudine</i>	\$0 (Tier-1)	
STRIBILD	\$0 (Tier-2)	
SUSTIVA	\$0 (Tier-2)	
TAMIFLU ORAL CAPSULE 30 MG	\$0 (Tier-2)	QL (56 EA per 180 days)
TAMIFLU ORAL CAPSULE 45 MG, 75 MG	\$0 (Tier-2)	QL (28 EA per 180 days)
TAMIFLU ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Tier-2)	QL (360 ML per 180 days)
TIVICAY	\$0 (Tier-2)	
TRIUMEQ	\$0 (Tier-2)	
TRUVADA	\$0 (Tier-2)	
TYBOST	\$0 (Tier-2)	
TYZEKA	\$0 (Tier-2)	QL (30 EA per 30 days)
<i>valacyclovir hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
VALCYTE	\$0 (Tier-2)	
<i>valganciclovir hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
VIDEX	\$0 (Tier-2)	
VIRACEPT	\$0 (Tier-2)	
VIRAMUNE XR TABLET 100 MG	\$0 (Tier-2)	
VIREAD	\$0 (Tier-2)	
VITEKTA	\$0 (Tier-2)	
ZIAGEN	\$0 (Tier-2)	
<i>zidovudine</i>	\$0 (Tier-1)	
BETA-LACTAM ANTIBIOTICS		
<i>amoxicillin</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>ampicillin</i>	\$0 (Tier-1)	
BICILLIN C-R	\$0 (Tier-2)	
BICILLIN C-R 900/300	\$0 (Tier-2)	
BICILLIN L-A	\$0 (Tier-2)	
CEDAX	\$0 (Tier-2)	
<i>cefactor</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>cefactor er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>cefadroxil</i>	\$0 (Tier-1)	

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
<i>cefdinir</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>cefixime</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>cefpodoxime proxetil</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>cefprozil</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>cefuroxime axetil</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>cephalexin</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>dicloxacillin sodium</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>penicillin v potassium</i>	\$0 (Tier-1)	
SUPRAX	\$0 (Tier-2)	
MACROLIDES AND CLINDAMYCIN		
<i>azithromycin</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>clarithromycin</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>clarithromycin er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>clindamycin hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>clindamycin palmitate hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
DIFICID	\$0 (Tier-2)	PA
<i>e.e.s. 400</i>	\$0 (Tier-1)	
E.E.S. GRANULES	\$0 (Tier-2)	
<i>eryped 200</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>eryped 400</i>	\$0 (Tier-1)	
ERY-TAB	\$0 (Tier-2)	
<i>erythrocin stearate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>erythromycin base</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	\$0 (Tier-1)	
PCE	\$0 (Tier-2)	
ZMAX	\$0 (Tier-2)	
MYCOBACTERIAL INFECTIONS-TUBERCULOSIS AND MYCOBACTERIUM AVIUM COMPLEX		
<i>ethambutol hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>isoniazid</i>	\$0 (Tier-1)	
PASER	\$0 (Tier-2)	
PRIFTIN	\$0 (Tier-2)	
<i>pyrazinamide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>rifabutin</i>	\$0 (Tier-1)	
RIFAMATE	\$0 (Tier-2)	
<i>rifampin</i>	\$0 (Tier-1)	
RIFATER	\$0 (Tier-2)	
SIRTURO	\$0 (Tier-2)	PA

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
TRECTOR	\$0 (Tier-2)	
QUINOLONES		
<i>ciprofloxacin</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>ciprofloxacin hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>ciprofloxacin-ciproflox hcl er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>levofloxacin</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>moxifloxacin hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>ofloxacin</i>	\$0 (Tier-1)	
SULFONAMIDES		
<i>sulfadiazine</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	\$0 (Tier-1)	
TETRACYCLINES		
<i>demeclocycline hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>doxycycline hyclate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>doxycycline monohydrate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>minocycline hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>minocycline hcl er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>tetracycline hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
VIBRAMYCIN	\$0 (Tier-2)	
BLOOD THINNERS AND BLOOD MODIFYING AGENTS: DRUGS THAT HELP PREVENT CLOTS & INCREASE CELL COUNTS		
ANTIPLATELET THERAPY		
AGGRENOX	\$0 (Tier-2)	
<i>aspirin-dipyridamole er</i>	\$0 (Tier-1)	
BRILINTA	\$0 (Tier-2)	
<i>clopidogrel bisulfate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>dipyridamole</i>	\$0 (Tier-1)	PA
EFFIENT	\$0 (Tier-2)	
ZONTIVITY	\$0 (Tier-2)	
BLOOD MODIFYING AGENTS		
ARANESP (ALBUMIN FREE)	\$0 (Tier-2)	QL (4 ML per 28 days)
EPOGEN	\$0 (Tier-2)	QL (10 ML per 14 days)
FRAGMIN	\$0 (Tier-2)	
GRANIX	\$0 (Tier-2)	QL (10 ML per 14 days)
LEUKINE	\$0 (Tier-2)	
MIRCERA	\$0 (Tier-2)	QL (0.3 ML per 14 days)

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
MOZOBIL	\$0 (Tier-2)	
NEULASTA	\$0 (Tier-2)	QL (1 ML per 14 days)
NEUPOGEN	\$0 (Tier-2)	QL (10 ML per 14 days)
PROCRT	\$0 (Tier-2)	QL (10 ML per 14 days)
PROMACTA	\$0 (Tier-2)	PA; QL (30 EA per 30 days)
ZARXIO	\$0 (Tier-2)	QL (10 ML per 14 days)
BLOOD THINNERS		
COUMADIN	\$0 (Tier-2)	
ELIQUIS	\$0 (Tier-2)	
<i>enoxaparin sodium</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>fondaparinux sodium</i>	\$0 (Tier-1)	
FRAGMIN	\$0 (Tier-2)	
<i>jantoven</i>	\$0 (Tier-1)	
PRADAXA	\$0 (Tier-2)	QL (60 EA per 30 days)
<i>warfarin sodium</i>	\$0 (Tier-1)	
XARELTO ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Tier-2)	QL (35 EA per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 20 MG	\$0 (Tier-2)	
XARELTO STARTER PACK	\$0 (Tier-2)	
BLOOD, MISCELLANEOUS		
<i>anagrelide hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>cilostazol</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>pentoxifylline er</i>	\$0 (Tier-1)	
STIMATE	\$0 (Tier-2)	
<i>tranexamic acid</i>	\$0 (Tier-1)	
CANCER DRUGS		
INJECTABLE AGENTS		
ABRAXANE	\$0 (Tier-2)	
ALIMTA	\$0 (Tier-2)	
ALKERAN	\$0 (Tier-2)	
ARRANON	\$0 (Tier-2)	
AVASTIN	\$0 (Tier-2)	
<i>azacitidine</i>	\$0 (Tier-1)	
BELEODAQ	\$0 (Tier-2)	
BICNU	\$0 (Tier-2)	
<i>bleomycin sulfate</i>	\$0 (Tier-1)	
BUSULFEX	\$0 (Tier-2)	
<i>carboplatin</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>cisplatin</i>	\$0 (Tier-1)	

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
<i>cladribine</i>	\$0 (Tier-1)	
CLOLAR	\$0 (Tier-2)	
COSMEGEN	\$0 (Tier-2)	
CYRAMZA	\$0 (Tier-2)	PA
<i>cytarabine</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>cytarabine (pf)</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>dacarbazine</i>	\$0 (Tier-1)	
DACOGEN	\$0 (Tier-2)	
DARZALEX	\$0 (Tier-2)	
<i>daunorubicin hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
DECITABINE	\$0 (Tier-2)	
<i>dexrazoxane</i>	\$0 (Tier-1)	
DOCEFREZ	\$0 (Tier-2)	
<i>docetaxel</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>doxorubicin hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	\$0 (Tier-1)	
ELITEK	\$0 (Tier-2)	
ELLENCE	\$0 (Tier-2)	
EMPLICITI	\$0 (Tier-2)	
<i>epirubicin hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
ERBITUX	\$0 (Tier-2)	
ERWINAZE	\$0 (Tier-2)	
ETOPOPHOS	\$0 (Tier-2)	
<i>etoposide</i>	\$0 (Tier-1)	
FASLODEX	\$0 (Tier-2)	
<i>fludarabine phosphate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>fluorouracil</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>ganciclovir sodium</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>gemcitabine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
HALAVEN	\$0 (Tier-2)	
HERCEPTIN	\$0 (Tier-2)	
<i>idarubicin hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>ifosfamide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>irinotecan hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
ISTODAX	\$0 (Tier-2)	
IXEMPRA KIT	\$0 (Tier-2)	
JEVTANA	\$0 (Tier-2)	
KADCYLA	\$0 (Tier-2)	PA
KEYTRUDA	\$0 (Tier-2)	

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
<i>leuprolide acetate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>melphalan hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>mitomycin</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>mitoxantrone hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
MUSTARGEN	\$0 (Tier-2)	
ONCASPAR	\$0 (Tier-2)	
OPDIVO	\$0 (Tier-2)	
<i>oxaliplatin</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>paclitaxel</i>	\$0 (Tier-1)	
PERJETA	\$0 (Tier-2)	PA
PROLEUKIN	\$0 (Tier-2)	
RITUXAN	\$0 (Tier-2)	PA
SYLATRON	\$0 (Tier-2)	PA; QL (4 EA per 28 days)
SYNRIBO	\$0 (Tier-2)	
TECENTRIQ	\$0 (Tier-2)	
THIOTEPA	\$0 (Tier-2)	
<i>topotecan hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
TORISEL	\$0 (Tier-2)	
TREANDA	\$0 (Tier-2)	
TRISENOX	\$0 (Tier-2)	
UVADEX	\$0 (Tier-2)	
VECTIBIX	\$0 (Tier-2)	
VELCADE	\$0 (Tier-2)	
<i>vinblastine sulfate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>vincasar pfs</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>vincristine sulfate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>vinorelbine tartrate</i>	\$0 (Tier-1)	
YERVOY	\$0 (Tier-2)	
YONDELIS	\$0 (Tier-2)	
ZALTRAP	\$0 (Tier-2)	
ZANOSAR	\$0 (Tier-2)	
ORAL AGENTS		
8-MOP	\$0 (Tier-2)	
AFINITOR	\$0 (Tier-2)	PA; QL (30 EA per 30 days)
AFINITOR DISPERZ	\$0 (Tier-2)	PA; QL (60 EA per 30 days)
ALECENSA	\$0 (Tier-2)	PA
<i>anastrozole</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>bexarotene</i>	\$0 (Tier-1)	

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
<i>bicalutamide</i>	\$0 (Tier-1)	
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Tier-2)	PA; QL (120 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Tier-2)	PA; QL (30 EA per 30 days)
CABOMETYX	\$0 (Tier-2)	PA
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Tier-2)	PA; QL (60 EA per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (Tier-2)	PA; QL (30 EA per 30 days)
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	\$0 (Tier-2)	PA
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	\$0 (Tier-2)	PA
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	\$0 (Tier-2)	PA
COTELLIC	\$0 (Tier-2)	PA
CYCLOPHOSPHAMIDE	\$0 (Tier-2)	PA
DROXIA	\$0 (Tier-2)	
EMCYT	\$0 (Tier-2)	
ERIVEDGE	\$0 (Tier-2)	PA
<i>exemestane</i>	\$0 (Tier-1)	
FARESTON	\$0 (Tier-2)	
FARYDAK	\$0 (Tier-2)	PA
<i>flutamide</i>	\$0 (Tier-1)	
GILOTRIF	\$0 (Tier-2)	PA
GLEEVEC	\$0 (Tier-2)	
GLEOSTINE	\$0 (Tier-2)	
HEXALEN	\$0 (Tier-2)	
<i>hydroxyurea</i>	\$0 (Tier-1)	
IBRANCE	\$0 (Tier-2)	PA
ICLUSIG	\$0 (Tier-2)	PA
<i>imatinib mesylate</i>	\$0 (Tier-1)	
IMBRUVICA	\$0 (Tier-2)	PA
INLYTA	\$0 (Tier-2)	PA
IRESSA	\$0 (Tier-2)	PA
JAKAFI	\$0 (Tier-2)	PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier-2)	PA
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier-2)	PA
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier-2)	PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier-2)	PA
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier-2)	PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier-2)	PA
LENVIMA 8MG DAILY DOSE	\$0 (Tier-2)	PA
<i>letrozole</i>	\$0 (Tier-1)	
LEUKERAN	\$0 (Tier-2)	

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
LONSURF	\$0 (Tier-2)	PA
LYNPARZA	\$0 (Tier-2)	PA
LYSODREN	\$0 (Tier-2)	
MATULANE	\$0 (Tier-2)	
<i>megestrol acetate</i>	\$0 (Tier-1)	PA
MEKINIST	\$0 (Tier-2)	PA
<i>mercaptopurine</i>	\$0 (Tier-1)	
NEXAVAR	\$0 (Tier-2)	PA; QL (220 EA per 30 days)
NILANDRON	\$0 (Tier-2)	
<i>nilutamide</i>	\$0 (Tier-1)	
NINLARO	\$0 (Tier-2)	PA
ODOMZO	\$0 (Tier-2)	PA
POMALYST	\$0 (Tier-2)	PA
PURIXAN	\$0 (Tier-2)	
REVLIMID	\$0 (Tier-2)	PA
SOLTAMOX	\$0 (Tier-2)	
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG	\$0 (Tier-2)	PA; QL (30 EA per 30 days)
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	\$0 (Tier-2)	PA; QL (60 EA per 30 days)
STIVARGA	\$0 (Tier-2)	PA; QL (90 EA per 30 days)
SUTENT	\$0 (Tier-2)	PA
TABLOID	\$0 (Tier-2)	
TAFINLAR	\$0 (Tier-2)	PA
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Tier-2)	PA; QL (30 EA per 30 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 80 MG	\$0 (Tier-2)	PA
<i>tamoxifen citrate</i>	\$0 (Tier-1)	
TARCEVA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Tier-2)	QL (90 EA per 30 days)
TARCEVA ORAL TABLET 150 MG, 25 MG	\$0 (Tier-2)	QL (30 EA per 30 days)
TARGRETIN	\$0 (Tier-2)	
TASIGNA	\$0 (Tier-2)	PA
THALOMID	\$0 (Tier-2)	
<i>tretinoin</i>	\$0 (Tier-1)	
TYKERB	\$0 (Tier-2)	PA; QL (180 EA per 30 days)
VENCLEXTA	\$0 (Tier-2)	PA
VENCLEXTA STARTING PACK	\$0 (Tier-2)	PA
VOTRIENT	\$0 (Tier-2)	PA; QL (120 EA per 30 days)
XALKORI	\$0 (Tier-2)	PA
XTANDI	\$0 (Tier-2)	PA; QL (120 EA per 30 days)
ZELBORAF	\$0 (Tier-2)	PA

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
ZOLINZA	\$0 (Tier-2)	PA
ZYDELIG	\$0 (Tier-2)	PA
ZYKADIA	\$0 (Tier-2)	PA
ZYTIGA	\$0 (Tier-2)	PA; QL (120 EA per 30 days)
PROTECTIVE AGENTS		
<i>amifostine</i>	\$0 (Tier-1)	
FUSILEV	\$0 (Tier-2)	
<i>leucovorin calcium</i>	\$0 (Tier-1)	
LEVOLEUCOVORIN CALCIUM	\$0 (Tier-2)	
<i>mesna</i>	\$0 (Tier-1)	
MESNEX	\$0 (Tier-2)	
ZINECARD	\$0 (Tier-2)	
CARDIOVASCULAR AGENTS: DRUGS TO TREAT HEART CONDITIONS LIKE HIGH BLOOD PRESSURE & HIGH CHOLESTEROL		
ACE INHIBITORS		
<i>benazepril hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>captopril</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>enalapril maleate</i>	\$0 (Tier-1)	
EPANED	\$0 (Tier-2)	
<i>fosinopril sodium</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>lisinopril</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>moexipril hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>perindopril erbumine</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>quinapril hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>ramipril</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>trandolapril</i>	\$0 (Tier-1)	
ALPHA1 BLOCKERS		
CARDURA XL	\$0 (Tier-2)	
<i>doxazosin mesylate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>prazosin hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>terazosin hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
ANGINA		
CORLANOR	\$0 (Tier-2)	PA
<i>isosorbide dinitrate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>isosorbide dinitrate er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>isosorbide mononitrate</i>	\$0 (Tier-1)	

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
<i>isosorbide mononitrate er</i>	\$0 (Tier-1)	
NITRO-BID	\$0 (Tier-2)	
<i>nitroglycerin</i>	\$0 (Tier-1)	
NITROMIST	\$0 (Tier-2)	
NITROSTAT	\$0 (Tier-2)	
RANEXA	\$0 (Tier-2)	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR BLOCKERS		
BENICAR	\$0 (Tier-2)	
<i>candesartan cilexetil</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>eprosartan mesylate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>irbesartan</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>losartan potassium</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>telmisartan</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>valsartan</i>	\$0 (Tier-1)	
ANTI-ARRHYTHMICS AND CARDIAC GLYCOSIDES		
<i>amiodarone hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>digitek</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>digoxin injection</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>digoxin oral solution</i>	\$0 (Tier-1)	PA
<i>digoxin oral tablet 125 mcg</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>digoxin oral tablet 250 mcg</i>	\$0 (Tier-1)	PA
<i>disopyramide phosphate</i>	\$0 (Tier-1)	PA
<i>dofetilide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>flecainide acetate</i>	\$0 (Tier-1)	
LANOXIN ORAL TABLET 125 MCG, 62.5 MCG	\$0 (Tier-2)	
LANOXIN TABLET 187.5 MCG, 250 MCG	\$0 (Tier-2)	PA
<i>mexiletine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
MULTAQ	\$0 (Tier-2)	
NORPACE CR	\$0 (Tier-2)	PA
<i>propafenone hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>propafenone hcl er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>quinidine gluconate er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>quinidine sulfate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>sorine</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>sotalol hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>sotalol hcl (af)</i>	\$0 (Tier-1)	
SOTYLIZE	\$0 (Tier-2)	

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
TIKOSYN	\$0 (Tier-2)	
ANTIHYPERTENSIVE FIXED-DOSE COMBINATION PRODUCTS		
<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>amlodipine-valsartan-hctz</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	\$0 (Tier-1)	
AZOR	\$0 (Tier-2)	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Tier-1)	
BENICAR HCT	\$0 (Tier-2)	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>clorpres</i>	\$0 (Tier-1)	
DUTOPROL	\$0 (Tier-2)	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Tier-1)	
ENTRESTO	\$0 (Tier-2)	PA
<i>fosinopril sodium-hctz</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>losartan potassium-hctz</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>moexipril-hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>nadolol-bendroflumethiazide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>propranolol-hctz</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Tier-1)	
TEKTURNA HCT	\$0 (Tier-2)	
<i>telmisartan-amlodipine</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>telmisartan-hctz</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>trandolapril-verapamil hcl er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Tier-1)	
BETA AND ALPHA BLOCKERS		
<i>carvedilol</i>	\$0 (Tier-1)	
COREG CR	\$0 (Tier-2)	
<i>labetalol hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
BETA BLOCKERS		
<i>acebutolol hcl</i>	\$0 (Tier-1)	

* = Noes un medicamento de la Parte D: Este medicamento esta cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de accesolimitado; PA = Autorizacion previa requerida; QL = Se aplican limites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
<i>atenolol</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>betaxolol hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>bisoprolol fumarate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>metoprolol succinate er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>metoprolol tartrate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>nadolol</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>pindolol</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>propranolol hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>propranolol hcl er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>timolol maleate</i>	\$0 (Tier-1)	
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS		
<i>afeditab cr</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>amlodipine besylate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>cartia xt</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>diltiazem hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>diltiazem hcl er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>diltiazem hcl er beads</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>dilt-xr</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>felodipine er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>isradipine</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>matzim la</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>nicardipine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>nifedical xl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>nifedipine</i>	\$0 (Tier-1)	PA
<i>nifedipine er osmotic release</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>nimodipine</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>nisoldipine er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>taztia xt</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>verapamil hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>verapamil hcl er</i>	\$0 (Tier-1)	
CENTRALLY ACTING AGENTS		
<i>clonidine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
NORTHERA	\$0 (Tier-2)	PA
DIRECT RENIN INHIBITORS		
TEKTURNA	\$0 (Tier-2)	
DIURETICS		
<i>amiloride hcl</i>	\$0 (Tier-1)	

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>bumetanide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>chlorothiazide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>chlorthalidone</i>	\$0 (Tier-1)	
EDECIN	\$0 (Tier-2)	
<i>eplerenone</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>furosemide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>indapamide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>methyclothiazide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>metolazone</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>spironolactone</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>spironolactone-hctz</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>toremide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>triamterene-hctz</i>	\$0 (Tier-1)	
LIPID LOWERING AGENTS		
<i>atorvastatin calcium</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>cholestyramine light</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>colestipol hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
CRESTOR	\$0 (Tier-2)	PA
<i>fenofibrate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>fenofibrate micronized</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>fenofibric acid</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>fluvastatin sodium</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>fluvastatin sodium er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>gemfibrozil</i>	\$0 (Tier-1)	
JUXTAPID	\$0 (Tier-2)	PA
KYNAMRO	\$0 (Tier-2)	PA
<i>lovastatin</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>niacin er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>niacor</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>pravastatin sodium</i>	\$0 (Tier-1)	
PREVALITE	\$0 (Tier-2)	
REPATHA	\$0 (Tier-2)	PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	\$0 (Tier-2)	PA
REPATHA SURECLICK	\$0 (Tier-2)	PA
<i>rosuvastatin calcium</i>	\$0 (Tier-1)	PA

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
<i>simvastatin</i>	\$0 (Tier-1)	
VASCEPA	\$0 (Tier-2)	
VYTORIN	\$0 (Tier-2)	
WELCHOL	\$0 (Tier-2)	
ZETIA	\$0 (Tier-2)	
POTASSIUM REPLACEMENT		
<i>klor-con</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>klor-con 10</i>	\$0 (Tier-1)	
KLOR-CON M15	\$0 (Tier-2)	
<i>klor-con m20</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>klor-con sprinkle</i>	\$0 (Tier-1)	
K-TAB	\$0 (Tier-2)	
<i>potassium chloride</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>potassium chloride crys er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>potassium chloride er</i>	\$0 (Tier-1)	
VASODILATORS		
BIDIL	\$0 (Tier-2)	
<i>hydralazine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>minoxidil</i>	\$0 (Tier-1)	
DIABETES MELLITUS: DRUGS TO TREAT DIABETES & DIABETIC TESTING SUPPLIES		
DIABETIC SUPPLIES		
<i>alcohol pads</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>assure insulin safety syringe</i>	\$0 (Tier-1)	
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE	\$0 (Tier-2)	
<i>cvs gauze sterile</i>	\$0 (Tier-1)	
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE	\$0 (Tier-2)	
<i>global alcohol prep ease</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>preferred plus insulin syringe</i>	\$0 (Tier-1)	
RELI-ON INSULIN SYRINGE	\$0 (Tier-2)	
GLUCOSE ELEVATING		
GLUCAGEN HYPOKIT	\$0 (Tier-2)	
GLUCAGON EMERGENCY	\$0 (Tier-2)	
PROGLYCEM	\$0 (Tier-2)	
INSULINS		
HUMALOG	\$0 (Tier-2)	
HUMALOG KWIKPEN	\$0 (Tier-2)	

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
HUMALOG MIX 50/50	\$0 (Tier-2)	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	\$0 (Tier-2)	
HUMALOG MIX 75/25	\$0 (Tier-2)	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	\$0 (Tier-2)	
HUMULIN 70/30	\$0 (Tier-2)	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	\$0 (Tier-2)	
HUMULIN N	\$0 (Tier-2)	
HUMULIN N KWIKPEN	\$0 (Tier-2)	
HUMULIN R	\$0 (Tier-2)	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	\$0 (Tier-2)	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	\$0 (Tier-2)	
LANTUS	\$0 (Tier-2)	
LANTUS SOLOSTAR	\$0 (Tier-2)	
TOUJEO SOLOSTAR	\$0 (Tier-2)	
NON-INSULIN INJECTABLES		
BYDUREON	\$0 (Tier-2)	
SYMLINPEN 120	\$0 (Tier-2)	
SYMLINPEN 60	\$0 (Tier-2)	
TRULICITY	\$0 (Tier-2)	
ORAL AGENTS		
<i>acarbose</i>	\$0 (Tier-1)	
ACTOPLUS MET XR	\$0 (Tier-2)	
<i>chlorpropamide</i>	\$0 (Tier-1)	PA
FARXIGA	\$0 (Tier-2)	
<i>glimepiride</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>glipizide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>glipizide er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>glipizide-metformin hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>glyburide</i>	\$0 (Tier-1)	PA
<i>glyburide micronized</i>	\$0 (Tier-1)	PA
<i>glyburide-metformin</i>	\$0 (Tier-1)	PA
GLYXAMBI	\$0 (Tier-2)	
INVOKAMET	\$0 (Tier-2)	
INVOKANA	\$0 (Tier-2)	
JANUMET	\$0 (Tier-2)	
JANUMET XR	\$0 (Tier-2)	
JANUVIA	\$0 (Tier-2)	
JENTADUETO	\$0 (Tier-2)	

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
JENTADUETO XR	\$0 (Tier-2)	
<i>metformin hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>metformin hcl er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>metformin hcl er (osm)</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>miglitol</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>nateglinide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>pioglitazone hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>repaglinide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>repaglinide-metformin hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
RIOMET	\$0 (Tier-2)	
<i>tolazamide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>tolbutamide</i>	\$0 (Tier-1)	
TRADJENTA	\$0 (Tier-2)	
XIGDUO XR	\$0 (Tier-2)	
EAR, NOSE AND THROAT		
ANTIHIISTAMINE/DECONGESTANTS		
<i>brompheniramine</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>cetirizine (all forms and strengths)</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>cetirizine-pseudoephedrine er</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>chlorpheniramine maleate</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>diphenhydramine hcl</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>doxylamine succinate</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>loratadine</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>loratadine-pseudoephedrine er</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>pseudoephedrine hcl</i>	\$0 (Tier-3)	*
EAR		
<i>acetasol hc</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>acetic acid</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>carbamide peroxide</i>	\$0 (Tier-3)	*
CIPRO HC	\$0 (Tier-2)	
CIPRODEX	\$0 (Tier-2)	
<i>fluocinolone acetonide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>ofloxacin</i>	\$0 (Tier-1)	
MOUTH AND THROAT		
<i>cevimeline hcl</i>	\$0 (Tier-1)	

* = Noes un medicamento de la Parte D: Este medicamento esta cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de accesolimitado; PA = Autorizacion previa requerida; QL = Se aplican limites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
<i>cherry syrup</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>chlorhexidine gluconate (rx and otc)</i>	\$0 (Tier-1)	
ORA-PLUS	\$0 (Tier-3)	*
ORA-SWEET	\$0 (Tier-3)	*
ORA-SWEET SF	\$0 (Tier-3)	*
<i>periogard</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>pilocarpine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>saliva substitute</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>simple syrup</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>triamcinolone acetonide</i>	\$0 (Tier-1)	
NOSE		
<i>azelastine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	QL (120 ML per 90 days)
BACTROBAN NASAL	\$0 (Tier-2)	
<i>budesonide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>cyproheptadine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	PA
<i>desloratadine</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>flunisolide</i>	\$0 (Tier-1)	QL (150 ML per 90 days)
<i>fluticasone propionate</i>	\$0 (Tier-1)	QL (48 GM per 90 days)
<i>hydroxyzine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	PA
<i>hydroxyzine pamoate</i>	\$0 (Tier-1)	PA
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %</i>	\$0 (Tier-1)	QL (180 ML per 90 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.06 %</i>	\$0 (Tier-1)	QL (90 ML per 90 days)
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>mometasone furoate</i>	\$0 (Tier-1)	
NASACORT ALLERGY 24HR	\$0 (Tier-3)	*
NASONEX	\$0 (Tier-2)	QL (102 GM per 90 days)
<i>olopatadine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	QL (91.5 GM per 90 days)
TYZINE	\$0 (Tier-2)	
EYE: DRUGS THAT TREAT EYE CONDITIONS SUCH AS GLAUCOMA, INFECTIONS, & IRRITATION		
ALLERGY		
ALOCRIL	\$0 (Tier-2)	
ALOMIDE	\$0 (Tier-2)	
<i>azelastine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>cromolyn sodium</i>	\$0 (Tier-1)	
EMADINE	\$0 (Tier-2)	
<i>epinastine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	

* = Noes un medicamento de la Parte D: Este medicamento esta cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de accesolimitado; PA = Autorizacion previa requerida; QL = Se aplican limites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
<i>ketotifen fumarate</i>	\$0 (Tier-3)	*
LASTACFT	\$0 (Tier-2)	
<i>naphazoline hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
NAPHCON-A	\$0 (Tier-3)	*
<i>olopatadine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
OPCON-A	\$0 (Tier-3)	*
ANTI-INFECTIVES		
AZASITE	\$0 (Tier-2)	
<i>bacitracin</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	\$0 (Tier-1)	
BESIVANCE	\$0 (Tier-2)	
BLEPHAMIDE	\$0 (Tier-2)	
BLEPHAMIDE S.O.P.	\$0 (Tier-2)	
<i>ciprofloxacin hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>erythromycin</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>gatifloxacin</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>gentak</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>gentamicin sulfate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>levofloxacin</i>	\$0 (Tier-1)	
MOXEZA	\$0 (Tier-2)	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>ofloxacin</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>sulfacetamide sodium</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	\$0 (Tier-1)	
TOBRADEX	\$0 (Tier-2)	
TOBRADEX ST	\$0 (Tier-2)	
<i>tobramycin</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	\$0 (Tier-1)	
VIGAMOX	\$0 (Tier-2)	
ANTI-INFLAMMATORIES		
ALREX	\$0 (Tier-2)	
<i>bromfenac sodium</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>diclofenac sodium</i>	\$0 (Tier-1)	
DUREZOL	\$0 (Tier-2)	

* = Noes un medicamento de la Parte D: Este medicamento esta cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de accesolimitado; PA = Autorizacion previa requerida; QL = Se aplican limites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
FLAREX	\$0 (Tier-2)	
<i>fluorometholone</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>flurbiprofen sodium</i>	\$0 (Tier-1)	
FML	\$0 (Tier-2)	
FML FORTE	\$0 (Tier-2)	
ILEVRO	\$0 (Tier-2)	
<i>ketorolac tromethamine</i>	\$0 (Tier-1)	
LOTEMAX	\$0 (Tier-2)	
MAXIDEX	\$0 (Tier-2)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	\$0 (Tier-1)	
NEVANAC	\$0 (Tier-2)	
PRED MILD	\$0 (Tier-2)	
PRED-G	\$0 (Tier-2)	
PRED-G S.O.P.	\$0 (Tier-2)	
<i>prednisolone acetate</i>	\$0 (Tier-1)	
PROLENSA	\$0 (Tier-2)	
VEXOL	\$0 (Tier-2)	
ZYLET	\$0 (Tier-2)	
ANTIVIRALS		
<i>trifluridine</i>	\$0 (Tier-1)	
ZIRGAN	\$0 (Tier-2)	
GLAUCOMA		
<i>acetazolamide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>acetazolamide er</i>	\$0 (Tier-1)	
ALPHAGAN P	\$0 (Tier-2)	
<i>apraclonidine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
AZOPT	\$0 (Tier-2)	
<i>betaxolol hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
BETIMOL	\$0 (Tier-2)	
BETOPTIC-S	\$0 (Tier-2)	
<i>bimatoprost</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>brimonidine tartrate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>carteolol hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
COMBIGAN	\$0 (Tier-2)	
<i>dorzolamide hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	\$0 (Tier-1)	

* = Noes un medicamento de la Parte D: Este medicamento esta cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de accesolimitado; PA = Autorizacion previa requerida; QL = Se aplican limites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
IOPIDINE	\$0 (Tier-2)	
<i>latanoprost</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>levobunolol hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
LUMIGAN	\$0 (Tier-2)	ST
<i>methazolamide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>metipranolol</i>	\$0 (Tier-1)	
PHOSPHOLINE IODIDE	\$0 (Tier-2)	
<i>pilocarpine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
SIMBRINZA	\$0 (Tier-2)	
<i>timolol maleate</i>	\$0 (Tier-1)	
TRAVATAN Z	\$0 (Tier-2)	ST
<i>travoprost</i>	\$0 (Tier-1)	
ZIOPTAN	\$0 (Tier-2)	
OPHTHALMIC DRUGS, MISCELLANEOUS		
ALCAINE	\$0 (Tier-2)	
<i>artificial tears</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>atropine sulfate</i>	\$0 (Tier-1)	
NATACYN	\$0 (Tier-2)	
<i>proparacaine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
RESTASIS	\$0 (Tier-2)	PA
GASTROINTESTINAL DRUGS: DRUGS TO TREAT STOMACH CONDITIONS LIKE EXCESS ACID, NAUSEA, & BOWEL DISEASES		
EMESIS		
AKYNZEO	\$0 (Tier-2)	PA
ALOXI	\$0 (Tier-2)	PA
ANZEMET	\$0 (Tier-2)	PA
CESAMET	\$0 (Tier-2)	PA
<i>compro</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>dronabinol</i>	\$0 (Tier-1)	PA
EMEND	\$0 (Tier-2)	PA
<i>granisetron hcl</i>	\$0 (Tier-1)	PA
<i>meclizine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>metoclopramide hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>ondansetron</i>	\$0 (Tier-1)	PA
<i>ondansetron hcl</i>	\$0 (Tier-1)	PA
<i>prochlorperazine</i>	\$0 (Tier-1)	

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
<i>prochlorperazine maleate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>promethazine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>promethazine hcl oral</i>	\$0 (Tier-1)	PA
SANCUSO	\$0 (Tier-2)	PA; QL (1 EA per 7 days)
TRANSDERM-SCOP PATCH	\$0 (Tier-2)	
VARUBI	\$0 (Tier-2)	PA
ENZYMES		
CARBAGLU	\$0 (Tier-2)	PA
CREON	\$0 (Tier-2)	
CYSTAGON	\$0 (Tier-2)	
PANCREAZE	\$0 (Tier-2)	
PERTZYE	\$0 (Tier-2)	
VIOKACE	\$0 (Tier-2)	
ZENPEP	\$0 (Tier-2)	
GASTROINTESTINAL DRUGS, MISCELLANEOUS		
ALIGN	\$0 (Tier-3)	*
<i>alosetron hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>bisacodyl (all forms and strengths)</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>bismuth subsalicylate</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>casanthranol</i>	\$0 (Tier-3)	*
CHOLBAM	\$0 (Tier-2)	PA
<i>cod liver oil</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>constulose</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>cromolyn sodium</i>	\$0 (Tier-1)	
CULTURELLE	\$0 (Tier-3)	*
<i>dextrin</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>dicyclomine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>docusate sodium (all forms and strengths)</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>docusate sodium-casanthranol</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>enulose</i>	\$0 (Tier-1)	
FLORASTOR	\$0 (Tier-3)	*
GATTEX	\$0 (Tier-2)	PA
<i>generlac</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>glycerin</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>glycopyrrolate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>kaolin-pectin</i>	\$0 (Tier-3)	*
KRISTALOSE	\$0 (Tier-2)	

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
<i>lactulose</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>levocarnitine</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>loperamide hcl oral capsule</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>loperamide (all forms and strengths)</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>meclizine hcl</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>megestrol acetate</i>	\$0 (Tier-1)	PA
<i>methylcellulose</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>mineral oil</i>	\$0 (Tier-3)	*
MOVIPREP	\$0 (Tier-2)	
OICALIVA	\$0 (Tier-2)	PA; QL (30 EA per 30 days)
OSMOPREP	\$0 (Tier-2)	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>peg-3350/electrolytes</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>polyethylene glycol 3350</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>polyethylene glycol 3350 oral</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>propantheline bromide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>psyllium</i>	\$0 (Tier-3)	*
RELISTOR	\$0 (Tier-2)	
<i>sennosides</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>simethicone</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>sodium bicarbonate</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>sodium phosphate monobasic</i>	\$0 (Tier-3)	*
SUPREP BOWEL PREP	\$0 (Tier-2)	
<i>trilyte</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>ursodiol</i>	\$0 (Tier-1)	
GASTROINTESTINAL DRUGS, PEPTIC ULCER TREATMENT, REFLUX (GERD)		
<i>aluminum carbonate</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>aluminum hydroxide</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz</i>	\$0 (Tier-1)	
CARAFATE	\$0 (Tier-2)	
<i>cimetidine</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>cimetidine</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>cimetidine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
DEXILANT	\$0 (Tier-2)	PA
<i>esomeprazole magnesium</i>	\$0 (Tier-1)	PA
<i>famotidine oral suspension reconstituted</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>famotidine</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Tier-1)	

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
<i>lansoprazole</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>magnesium salts</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>magaldrate</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>methscopolamine bromide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>misoprostol</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>nizatidine</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>omeprazole</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>omeprazole-sodium bicarbonate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>pantoprazole sodium</i>	\$0 (Tier-1)	
PYLERA	\$0 (Tier-2)	
<i>rabeprazole sodium</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>ranitidine</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>ranitidine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>sucralfate</i>	\$0 (Tier-1)	
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
AMITIZA	\$0 (Tier-2)	
APRISO	\$0 (Tier-2)	
ASACOL HD	\$0 (Tier-2)	
<i>balsalazide disodium</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>budesonide</i>	\$0 (Tier-1)	
CANASA	\$0 (Tier-2)	
<i>colocort</i>	\$0 (Tier-1)	
DELZICOL	\$0 (Tier-2)	
DIPENTUM	\$0 (Tier-2)	
<i>hydrocortisone</i>	\$0 (Tier-1)	
LIALDA	\$0 (Tier-2)	
LINZESS	\$0 (Tier-2)	QL (30 EA per 30 days)
<i>mesalamine</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>mesalamine-cleanser</i>	\$0 (Tier-1)	
PENTASA	\$0 (Tier-2)	
SFROWASA	\$0 (Tier-2)	
<i>sulfasalazine</i>	\$0 (Tier-1)	
UCERIS	\$0 (Tier-2)	
VIBERZI	\$0 (Tier-2)	

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
HOME INFUSION THERAPY: DRUGS USUALLY GIVEN BY IV IN THE HOME SETTING		
ACUTE CARE DRUGS		
ABELCET	\$0 (Tier-2)	HI
<i>acetazolamide sodium</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>acyclovir sodium</i>	\$0 (Tier-1)	HI
AMBISOME	\$0 (Tier-2)	HI
<i>amikacin sulfate</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>aminophylline</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>amphotericin b</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>ampicillin sodium</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>	\$0 (Tier-1)	HI
ARGATROBAN	\$0 (Tier-2)	HI
<i>atropine sulfate</i>	\$0 (Tier-1)	HI
AVELOX	\$0 (Tier-2)	HI
AVYCAZ	\$0 (Tier-2)	HI
<i>azithromycin</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>aztreonam</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>bactocill in dextrose</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>benztropine mesylate</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>bumetanide</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>buprenorphine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>butorphanol tartrate</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>calcitriol</i>	\$0 (Tier-1)	HI
CANCIDAS	\$0 (Tier-2)	HI
CAPASTAT SULFATE	\$0 (Tier-2)	HI
CARDENE IV	\$0 (Tier-2)	HI
<i>cefazolin sodium</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>cefepime hcl</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>cefepime-dextrose</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>cefotaxime sodium</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>cefotetan disodium</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>cefoxitin sodium</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>cefoxitin sodium-dextrose</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>ceftazidime</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>ceftazidime and dextrose</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>ceftriaxone sodium</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>cefuroxime sodium</i>	\$0 (Tier-1)	HI

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
<i>chloramphenicol sod succinate</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>cidofovir</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>ciprofloxacin</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>ciprofloxacin in d5w</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>clindamycin phosphate</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>clindamycin phosphate in d5w</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>colistimethate sodium</i>	\$0 (Tier-1)	HI
CRESEMBA	\$0 (Tier-2)	HI
CUBICIN	\$0 (Tier-2)	HI
<i>cyclosporine</i>	\$0 (Tier-1)	PA; HI
CYKLOKAPRON	\$0 (Tier-2)	HI
DALVANCE	\$0 (Tier-2)	HI
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>diltiazem hcl</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>diphenhydramine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	HI
DORIBAX	\$0 (Tier-2)	HI
DOXY 100	\$0 (Tier-2)	HI
<i>duramorph</i>	\$0 (Tier-1)	HI
ERAXIS INTRAVENOUS* SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Tier-2)	HI
ERAXIS INTRAVENOUS* SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	\$0 (Tier-2)	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	\$0 (Tier-2)	HI
<i>esomeprazole sodium</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>fluconazole in dextrose</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>gentamicin in saline</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>gentamicin sulfate</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>granisetron hcl</i>	\$0 (Tier-1)	PA; HI
<i>heparin sodium (porcine)</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>hydroxyzine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>imipenem-cilastatin</i>	\$0 (Tier-1)	HI
INVANZ	\$0 (Tier-2)	HI
<i>isoniazid</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>labetalol hcl</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>lactated ringers</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>levetiracetam in nacl</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>levocarnitine</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>levofloxacin</i>	\$0 (Tier-1)	HI

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
<i>levofloxacin in d5w</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>levothyroxine sodium</i>	\$0 (Tier-1)	HI
LINCOCIN	\$0 (Tier-2)	HI
<i>lincomycin hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>linezolid</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>meropenem</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>methadone hcl</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>methotrexate sodium</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>metoclopramide hcl</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>metoprolol tartrate intravenous* solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>metoprolol tartrate intravenous* solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>metronidazole in nacl</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>morphine sulfate (pf)</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>moxifloxacin hcl</i>	\$0 (Tier-1)	HI
MYCAMINE	\$0 (Tier-2)	HI
<i>nafcillin sodium</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>nafcillin sodium in dextrose</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>ondansetron hcl</i>	\$0 (Tier-1)	PA; HI
ORBACTIV	\$0 (Tier-2)	HI
<i>oxacillin sodium</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>penicillin g pot in dextrose</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>penicillin g potassium</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>penicillin g sodium</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>polymyxin b sulfate</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>prochlorperazine edisylate</i>	\$0 (Tier-1)	HI
PROGRAF	\$0 (Tier-2)	PA; HI
<i>promethazine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	HI
RETROVIR	\$0 (Tier-2)	HI
<i>rifampin</i>	\$0 (Tier-1)	HI
SIVEXTRO	\$0 (Tier-2)	HI
<i>streptomycin sulfate</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	\$0 (Tier-1)	HI
SYNERCID	\$0 (Tier-2)	HI
TEFLARO	\$0 (Tier-2)	HI
<i>tobramycin sulfate</i>	\$0 (Tier-1)	HI
TYGACIL	\$0 (Tier-2)	HI
<i>valproate sodium</i>	\$0 (Tier-1)	HI

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
<i>vancomycin hcl</i>	\$0 (Tier-1)	HI
VISTIDE	\$0 (Tier-2)	HI
<i>voriconazole</i>	\$0 (Tier-1)	HI
ZERBAXA	\$0 (Tier-2)	HI
ELECTROLYTES		
<i>ammonium chloride</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>dextrose</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>dextrose in lactated ringers</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>dextrose-nacl</i>	\$0 (Tier-1)	HI
IONOSOL-B IN D5W	\$0 (Tier-2)	HI
IONOSOL-MB IN D5W	\$0 (Tier-2)	HI
ISOLYTE-P IN D5W	\$0 (Tier-2)	HI
ISOLYTE-S	\$0 (Tier-2)	HI
<i>kcl in dextrose-nacl</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>kcl-lactated ringers-d5w</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>magnesium sulfate</i>	\$0 (Tier-1)	HI
NORMOSOL-M IN D5W	\$0 (Tier-2)	HI
NORMOSOL-R IN D5W	\$0 (Tier-2)	HI
NORMOSOL-R PH 7.4	\$0 (Tier-2)	HI
PLASMA-LYTE 148	\$0 (Tier-2)	HI
PLASMA-LYTE A	\$0 (Tier-2)	HI
PLASMA-LYTE-56 IN D5W	\$0 (Tier-2)	HI
<i>potassium chloride</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>potassium chloride in dextrose</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>potassium chloride in nacl</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>ringers</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>sodium chloride</i>	\$0 (Tier-1)	HI
<i>sodium lactate</i>	\$0 (Tier-1)	HI
IV NUTRITION		
AMINOSYN II	\$0 (Tier-2)	PA; HI
AMINOSYN II/ELECTROLYTES	\$0 (Tier-2)	PA; HI
AMINOSYN M	\$0 (Tier-2)	PA; HI
AMINOSYN/ELECTROLYTES	\$0 (Tier-2)	PA; HI
AMINOSYN-HBC	\$0 (Tier-2)	PA; HI
AMINOSYN-PF	\$0 (Tier-2)	PA; HI
AMINOSYN-RF	\$0 (Tier-2)	PA; HI
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/10)	\$0 (Tier-2)	PA; HI
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5)	\$0 (Tier-2)	PA; HI

* = Noes un medicamento de la Parte D: Este medicamento esta cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de accesolimitado; PA = Autorizacion previa requerida; QL = Se aplican limites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10)	\$0 (Tier-2)	PA; HI
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/25)	\$0 (Tier-2)	PA; HI
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5)	\$0 (Tier-2)	PA; HI
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15)	\$0 (Tier-2)	PA; HI
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20)	\$0 (Tier-2)	PA; HI
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/25)	\$0 (Tier-2)	PA; HI
CLINIMIX/DEXTROSE (2.75/5)	\$0 (Tier-2)	PA; HI
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)	\$0 (Tier-2)	PA; HI
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/20)	\$0 (Tier-2)	PA; HI
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/25)	\$0 (Tier-2)	PA; HI
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)	\$0 (Tier-2)	PA; HI
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	\$0 (Tier-2)	PA; HI
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	\$0 (Tier-2)	PA; HI
CLINIMIX/DEXTROSE (5/25)	\$0 (Tier-2)	PA; HI
CLINISOL SF	\$0 (Tier-2)	PA; HI
FREAMINE HBC	\$0 (Tier-2)	PA; HI
HEPATAMINE	\$0 (Tier-2)	PA; HI
INTRALIPID	\$0 (Tier-2)	PA; HI
NEPHRAMINE	\$0 (Tier-2)	PA; HI
NUTRILIPID EMULSION 20 %	\$0 (Tier-2)	PA
NUTRILIPID EMULSION 20 %	\$0 (Tier-2)	PA; HI
PLENAMINE	\$0 (Tier-2)	PA; HI
PREMASOL	\$0 (Tier-2)	PA; HI
PROCALAMINE	\$0 (Tier-2)	PA; HI
PROSOL	\$0 (Tier-2)	PA; HI
<i>tpn electrolytes</i>	\$0 (Tier-1)	PA; HI
TRAVASOL	\$0 (Tier-2)	PA; HI
TROPHAMINE	\$0 (Tier-2)	PA; HI

HORMONES: DRUGS THAT TREAT CONDITIONS SUCH AS LOW TESTOSTERONE & THYROID PROBLEMS

ADRENAL CORTICOSTEROIDS

<i>a-hydrocort</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>cortisone acetate</i>	\$0 (Tier-1)	
DEPO-MEDROL	\$0 (Tier-2)	
<i>dexamethasone</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>dexamethasone intensol</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>dexpak 13 day</i>	\$0 (Tier-1)	

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
<i>fludrocortisone acetate</i>	\$0 (Tier-1)	
HP ACTHAR	\$0 (Tier-2)	
<i>hydrocortisone</i>	\$0 (Tier-1)	
MEDROL	\$0 (Tier-2)	
<i>methylprednisolone</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>methylprednisolone acetate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>methylprednisolone sodium succ</i>	\$0 (Tier-1)	
MILLIPRED	\$0 (Tier-2)	
ORAPRED ODT	\$0 (Tier-2)	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>prednisone</i>	\$0 (Tier-1)	
PREDNISONE INTENSOL	\$0 (Tier-2)	
SOLU-CORTEF	\$0 (Tier-2)	
SOLU-MEDROL	\$0 (Tier-2)	
VERIPRED 20	\$0 (Tier-2)	
ANDROGENS		
AVEED	\$0 (Tier-2)	
<i>danazol</i>	\$0 (Tier-1)	
DEPO-TESTOSTERONE	\$0 (Tier-2)	
METHITEST	\$0 (Tier-2)	
<i>methyltestosterone</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>oxandrolone</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>testosterone</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>testosterone cypionate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>testosterone enanthate</i>	\$0 (Tier-1)	
TESTRED	\$0 (Tier-2)	
GONADOTROPIN RELEASING AGONISTS		
ELIGARD	\$0 (Tier-2)	
FIRMAGON	\$0 (Tier-2)	
LUPRON DEPOT	\$0 (Tier-2)	
LUPRON DEPOT-PED	\$0 (Tier-2)	
SYNAREL	\$0 (Tier-2)	
TRELSTAR MIXJECT	\$0 (Tier-2)	
THYROID REPLACEMENT AND ANTITHYROID AGENTS		
<i>levothyroxine sodium</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>levoxyl</i>	\$0 (Tier-1)	

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
<i>liothyronine sodium</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>methimazole</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>propylthiouracil</i>	\$0 (Tier-1)	
SYNTHROID	\$0 (Tier-2)	
THYROLAR-1	\$0 (Tier-2)	
THYROLAR-1/2	\$0 (Tier-2)	
THYROLAR-1/4	\$0 (Tier-2)	
THYROLAR-2	\$0 (Tier-2)	
THYROLAR-3	\$0 (Tier-2)	
TIROSINT	\$0 (Tier-2)	
TRIOSTAT	\$0 (Tier-2)	
<i>unithroid</i>	\$0 (Tier-1)	
IMMUNOLOGIC AGENTS: DRUGS THAT BOOST THE IMMUNE SYSTEM OR PREVENT REJECTION AFTER ORGAN TRANSPLANT		
IMMUNE STIMULANTS		
ACTHIB	\$0 (Tier-2)	
ACTIMMUNE	\$0 (Tier-2)	
ADACEL	\$0 (Tier-2)	
ADAGEN	\$0 (Tier-2)	
<i>bcg vaccine</i>	\$0 (Tier-1)	
BEXSERO	\$0 (Tier-2)	
BIVIGAM	\$0 (Tier-2)	PA
BOOSTRIX	\$0 (Tier-2)	
CARIMUNE NF	\$0 (Tier-2)	PA
CERVARIX	\$0 (Tier-2)	
DAPTACEL	\$0 (Tier-2)	
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt</i>	\$0 (Tier-1)	
ENGRIX-B	\$0 (Tier-2)	PA
FLEBOGAMMA DIF	\$0 (Tier-2)	PA
GAMASTAN S/D	\$0 (Tier-2)	PA
GAMMAGARD	\$0 (Tier-2)	PA
GAMMAKED	\$0 (Tier-2)	PA
GAMMAPLEX	\$0 (Tier-2)	PA
GAMUNEX-C	\$0 (Tier-2)	PA
GARDASIL	\$0 (Tier-2)	
GARDASIL 9	\$0 (Tier-2)	
HAVRIX	\$0 (Tier-2)	

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
HIBERIX	\$0 (Tier-2)	
HYPERRAB S/D	\$0 (Tier-2)	
IMOVAX RABIES	\$0 (Tier-2)	
INFANRIX	\$0 (Tier-2)	
IPOL	\$0 (Tier-2)	
IXIARO	\$0 (Tier-2)	
MENACTRA	\$0 (Tier-2)	
MENHIBRIX	\$0 (Tier-2)	
MENOMUNE	\$0 (Tier-2)	
MENVEO	\$0 (Tier-2)	
M-M-R II	\$0 (Tier-2)	
OCTAGAM	\$0 (Tier-2)	PA
PEDVAX HIB	\$0 (Tier-2)	
PRIVIGEN	\$0 (Tier-2)	PA
PROQUAD	\$0 (Tier-2)	
QUADRACEL	\$0 (Tier-2)	
RABAVERT	\$0 (Tier-2)	
RECOMBIVAX HB	\$0 (Tier-2)	PA
ROTARIX	\$0 (Tier-2)	
ROTATEQ	\$0 (Tier-2)	
TENIVAC	\$0 (Tier-2)	
<i>tetanus-diphtheria toxoids td</i>	\$0 (Tier-1)	
TRUMENBA	\$0 (Tier-2)	
TWINRIX	\$0 (Tier-2)	
TYPHIM VI	\$0 (Tier-2)	
VAQTA	\$0 (Tier-2)	
VARIVAX	\$0 (Tier-2)	
VARIZIG	\$0 (Tier-2)	
YF-VAX	\$0 (Tier-2)	
ZOSTAVAX	\$0 (Tier-2)	
IMMUNOSUPPRESSIVES		
ASTAGRAF XL	\$0 (Tier-2)	PA
ATGAM	\$0 (Tier-2)	PA
BENLYSTA	\$0 (Tier-2)	PA
CELLCEPT	\$0 (Tier-2)	PA
<i>cyclosporine</i>	\$0 (Tier-1)	PA
<i>cyclosporine modified</i>	\$0 (Tier-1)	PA
ENVARUS XR	\$0 (Tier-2)	PA

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
<i>gengraf</i>	\$0 (Tier-1)	PA
<i>mycophenolate mofetil</i>	\$0 (Tier-1)	PA
<i>mycophenolate sodium</i>	\$0 (Tier-1)	PA
NULOJIX	\$0 (Tier-2)	PA
RAPAMUNE	\$0 (Tier-2)	PA
SIMULECT	\$0 (Tier-2)	PA
<i>sirolimus</i>	\$0 (Tier-1)	PA
<i>tacrolimus</i>	\$0 (Tier-1)	PA
THYMOGLOBULIN	\$0 (Tier-2)	PA
ZORTRESS	\$0 (Tier-2)	PA; QL (180 EA per 90 days)
MISCELLANEOUS DRUGS: DRUGS USED TO TREAT A VARIETY OF UNIQUE CONDITIONS		
ACROMEGALY		
<i>octreotide acetate</i>	\$0 (Tier-1)	
SANDOSTATIN LAR DEPOT	\$0 (Tier-2)	
SIGNIFOR LAR	\$0 (Tier-2)	PA; QL (2 EA per 28 days)
SOMATULINE DEPOT	\$0 (Tier-2)	
SOMAVERT	\$0 (Tier-2)	PA
AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS		
<i>riluzole</i>	\$0 (Tier-1)	
ANAPHYLAXIS EMERGENCY		
ADRENACLICK	\$0 (Tier-2)	QL (2 EA per 1 day)
<i>epinephrine</i>	\$0 (Tier-1)	QL (2 EA per 1 day)
EPIPEN 2-PAK	\$0 (Tier-2)	QL (2 EA per 1 day)
EPIPEN JR 2-PAK	\$0 (Tier-2)	QL (2 EA per 1 day)
<i>midodrine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
BOTULINUM TOXINS		
BOTOX	\$0 (Tier-2)	PA
DYSPOIT	\$0 (Tier-2)	PA
XEOMIN	\$0 (Tier-2)	PA
CASTLEMAN DISEASE		
SYLVANT	\$0 (Tier-2)	PA
CRYOPYRIN-ASSOCIATED PERIODIC SYNDROMES		
ARCALYST	\$0 (Tier-2)	PA
ILARIS	\$0 (Tier-2)	PA

* = Noes un medicamento de la Parte D: Este medicamento esta cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de accesolimitado; PA = Autorizacion previa requerida; QL = Se aplican limites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
CUSHING DISEASE		
KORLYM	\$0 (Tier-2)	PA; QL (120 EA per 30 days)
SIGNIFOR	\$0 (Tier-2)	PA; QL (60 ML per 30 days)
CYSTIC FIBROSIS		
BETHKIS	\$0 (Tier-2)	PA
CAYSTON	\$0 (Tier-2)	
KALYDECO	\$0 (Tier-2)	PA; QL (60 EA per 30 days)
ORKAMBI	\$0 (Tier-2)	PA; QL (120 EA per 30 days)
PULMOZYME	\$0 (Tier-2)	PA
TOBI PODHALER	\$0 (Tier-2)	
<i>tobramycin</i>	\$0 (Tier-1)	PA
CYSTINURIA		
CYSTADANE	\$0 (Tier-2)	
DETOXIFICATION AGENTS		
CHEMET	\$0 (Tier-2)	
EXJADE	\$0 (Tier-2)	
FERRIPROX	\$0 (Tier-2)	
JADENU	\$0 (Tier-2)	
FABRY DISEASE		
FABRAZYME	\$0 (Tier-2)	PA
GAUCHER DISEASE		
CERDELGA	\$0 (Tier-2)	PA
CEREZYME	\$0 (Tier-2)	PA
ELELYSO	\$0 (Tier-2)	PA
VPRIV	\$0 (Tier-2)	PA
ZAVESCA	\$0 (Tier-2)	PA
GROWTH HORMONE DEFICIENCY		
EGRIFTA	\$0 (Tier-2)	PA
GENOTROPIN	\$0 (Tier-2)	PA
GENOTROPIN MINIQUICK	\$0 (Tier-2)	PA
HUMATROPE	\$0 (Tier-2)	PA
INCRELEX	\$0 (Tier-2)	PA
NORDITROPIN FLEXPRO	\$0 (Tier-2)	PA
NUTROPIN AQ NUSPIN 10	\$0 (Tier-2)	PA
NUTROPIN AQ NUSPIN 20	\$0 (Tier-2)	PA
NUTROPIN AQ NUSPIN 5	\$0 (Tier-2)	PA
NUTROPIN AQ PEN	\$0 (Tier-2)	PA
OMNITROPE	\$0 (Tier-2)	PA

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
SAIZEN	\$0 (Tier-2)	PA
SAIZEN CLICK.EASY	\$0 (Tier-2)	PA
SEROSTIM	\$0 (Tier-2)	PA
ZOMACTON	\$0 (Tier-2)	PA
ZORBTIVE	\$0 (Tier-2)	PA
HEREDITARY ANGIOEDEMA		
BERINERT	\$0 (Tier-2)	
CINRYZE	\$0 (Tier-2)	PA
FIRAZYR	\$0 (Tier-2)	PA; QL (3 ML per 7 days)
RUCONEST	\$0 (Tier-2)	
HEREDITARY TYROSINEMIA TYPE 1		
ORFADIN	\$0 (Tier-2)	PA
HUNTINGTON DISEASE		
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg	\$0 (Tier-1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
tetrabenazine oral tablet 25 mg	\$0 (Tier-1)	PA; QL (120 EA per 30 days)
XENAZINE ORAL TABLET 12.5 MG	\$0 (Tier-2)	PA; QL (90 EA per 30 days)
XENAZINE ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Tier-2)	PA; QL (120 EA per 30 days)
HYPERCALCEMIA		
SENSIPAR	\$0 (Tier-2)	
HYPERPARATHYROIDISM		
calcitriol	\$0 (Tier-1)	
doxercalciferol	\$0 (Tier-1)	
paricalcitol	\$0 (Tier-1)	
HYPOPARATHYROIDISM		
NATPARA	\$0 (Tier-2)	PA; QL (2 EA per 28 days)
HYPOPHOSPHATASIA		
STRENSIQ	\$0 (Tier-2)	PA; QL (48 ML per 28 days)
LYSOSOMAL ACID LIPASE DEFICIENCY		
KANUMA	\$0 (Tier-2)	PA
MUCOPOLYSACCHARIDOSIS		
ALDURAZYME	\$0 (Tier-2)	
ELAPRASE	\$0 (Tier-2)	
LUMIZYME	\$0 (Tier-2)	
NAGLAZYME	\$0 (Tier-2)	
MULTIPLE SCLEROSIS		
AMPYRA	\$0 (Tier-2)	PA; QL (60 EA per 30 days)

* = Noes un medicamento de la Parte D: Este medicamento esta cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de accesolimitado; PA = Autorizacion previa requerida; QL = Se aplican limites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
AUBAGIO	\$0 (Tier-2)	PA; QL (30 EA per 30 days)
AVONEX	\$0 (Tier-2)	QL (4 EA per 28 days)
AVONEX PEN	\$0 (Tier-2)	QL (4 EA per 28 days)
AVONEX PREFILLED	\$0 (Tier-2)	QL (4 EA per 28 days)
BETASERON	\$0 (Tier-2)	QL (15 EA per 30 days)
COPAXONE 20 MG/ML	\$0 (Tier-2)	QL (30 ML per 30 days)
COPAXONE 40 MG/ML	\$0 (Tier-2)	QL (12 ML per 28 days)
EXTAVIA	\$0 (Tier-2)	QL (15 EA per 30 days)
GILENYA	\$0 (Tier-2)	PA; QL (30 EA per 30 days)
PLEGRIDY	\$0 (Tier-2)	QL (1 ML per 28 days)
PLEGRIDY STARTER PACK	\$0 (Tier-2)	
REBIF	\$0 (Tier-2)	QL (12 ML per 28 days)
REBIF REBIDOSE	\$0 (Tier-2)	QL (12 ML per 28 days)
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	\$0 (Tier-2)	QL (12 ML per 28 days)
REBIF TITRATION PACK	\$0 (Tier-2)	QL (12 ML per 28 days)
TECFIDERA ORAL STARTER PACK	\$0 (Tier-2)	PA
TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	\$0 (Tier-2)	PA; QL (60 EA per 30 days)
TYSABRI	\$0 (Tier-2)	PA
MYASTHENIA GRAVIS		
<i>guanidine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
MESTINON	\$0 (Tier-2)	
<i>pyridostigmine bromide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>pyridostigmine bromide er</i>	\$0 (Tier-1)	
PAGET'S DISEASE		
<i>etidronate disodium</i>	\$0 (Tier-1)	
PHENYLKETONURIA		
KUVAN	\$0 (Tier-2)	PA
PHEOCHROMOCYTOMA		
DEMSEER	\$0 (Tier-2)	
DIBENZYLINE	\$0 (Tier-2)	
<i>phenoxybenzamine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
PHOSPHATE BINDERS		
AURYXIA	\$0 (Tier-2)	
<i>calcium acetate (phos binder)</i>	\$0 (Tier-1)	
FOSRENOL	\$0 (Tier-2)	
PHOSLYRA	\$0 (Tier-2)	
RENAGEL	\$0 (Tier-2)	

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
REVELA	\$0 (Tier-2)	
VELPHORO	\$0 (Tier-2)	
POTASSIUM BINDER		
<i>kionex</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>sps</i>	\$0 (Tier-1)	
VELTASSA	\$0 (Tier-2)	
PRIMARY PERIODIC PARALYSIS		
KEVEYIS	\$0 (Tier-2)	PA
RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS		
SYNAGIS	\$0 (Tier-2)	
VIRAZOLE	\$0 (Tier-2)	
SMOKING CESSATION		
<i>buproban</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	\$0 (Tier-1)	
CHANTIX	\$0 (Tier-2)	QL (60 EA per 30 days)
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK	\$0 (Tier-2)	QL (56 EA per 28 days)
CHANTIX STARTING MONTH PAK	\$0 (Tier-2)	QL (53 EA per 28 days)
<i>nicotine gum, lozenge, patch</i>	\$0 (Tier-3)	*
NICOTROL	\$0 (Tier-2)	
NICOTROL NS	\$0 (Tier-2)	
SUCRASE DEFICIENCY		
SUCRAID	\$0 (Tier-2)	
SYMPTOMATIC BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA		
<i>alfuzosin hcl er</i>	\$0 (Tier-1)	
AVODART	\$0 (Tier-2)	
CIALIS 2.5 & 5 MG	\$0 (Tier-2)	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>dutasteride</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>finasteride</i>	\$0 (Tier-1)	
JALYN	\$0 (Tier-2)	
<i>tamsulosin hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
UREA CYCLE DISORDERS		
BUPHENYL	\$0 (Tier-2)	
RAVICTI	\$0 (Tier-2)	PA
UROLOGIC DISORDERS		
<i>bethanechol chloride</i>	\$0 (Tier-1)	

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
<i>darifenacin hydrobromide er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>desmopressin ace rhinal tube</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>desmopressin ace spray refrig</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>desmopressin acetate</i>	\$0 (Tier-1)	
ELMIRON	\$0 (Tier-2)	
ENABLEX	\$0 (Tier-2)	ST
<i>flavoxate hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
GELNIQUE	\$0 (Tier-2)	
MYRBETRIQ	\$0 (Tier-2)	ST
<i>oxybutynin chloride</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>oxybutynin chloride er</i>	\$0 (Tier-1)	
OXYTROL FOR WOMEN	\$0 (Tier-3)	*
<i>potassium citrate er</i>	\$0 (Tier-1)	
SAMSCA	\$0 (Tier-2)	
<i>tolterodine tartrate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>tolterodine tartrate er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>trospium chloride</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>trospium chloride er</i>	\$0 (Tier-1)	
UROCIT-K 10	\$0 (Tier-2)	
UROCIT-K 15	\$0 (Tier-2)	
UROCIT-K 5	\$0 (Tier-2)	
VESICARE	\$0 (Tier-2)	
WILSON'S DISEASE		
CUPRIMINE	\$0 (Tier-2)	
DEPEN TITRATABS	\$0 (Tier-2)	
SYPRINE	\$0 (Tier-2)	
NEUROLOGICAL DRUGS: DRUGS TO TREAT BRAIN PROBLEMS, SUCH AS ALZHEIMERS DISEASE, SEIZURES, & HEADACHES		
ALZHEIMERS DISEASE		
<i>donepezil hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>ergoloid mesylates</i>	\$0 (Tier-1)	
EXELON	\$0 (Tier-2)	
<i>galantamine hydrobromide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>galantamine hydrobromide er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>memantine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
NAMENDA XR	\$0 (Tier-2)	
NAMENDA XR TITRATION PACK	\$0 (Tier-2)	

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
<i>rivastigmine</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>rivastigmine tartrate</i>	\$0 (Tier-1)	
MIGRAINE THERAPY		
<i>almotriptan malate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	\$0 (Tier-1)	PA
<i>frovatriptan succinate</i>	\$0 (Tier-1)	
MIGERGOT	\$0 (Tier-2)	
MIGRANAL	\$0 (Tier-2)	
<i>naratriptan hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>rizatriptan benzoate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>sumatriptan</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>sumatriptan succinate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>sumatriptan succinate refill</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>zolmitriptan</i>	\$0 (Tier-1)	
PARKINSONS DISEASE		
APOKYN	\$0 (Tier-2)	
AZILECT	\$0 (Tier-2)	
<i>benztropine mesylate</i>	\$0 (Tier-1)	PA
<i>bromocriptine mesylate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>cabergoline</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>carbidopa</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>carbidopa-levodopa</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>carbidopa-levodopa er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	\$0 (Tier-1)	
CYCLOSET	\$0 (Tier-2)	
DUOPA	\$0 (Tier-2)	
<i>entacapone</i>	\$0 (Tier-1)	
NEUPRO	\$0 (Tier-2)	QL (30 EA per 30 days)
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>pramipexole dihydrochloride er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>ropinirole hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>ropinirole hcl er</i>	\$0 (Tier-1)	
RYTARY	\$0 (Tier-2)	
<i>selegiline hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
TASMAR	\$0 (Tier-2)	
<i>tolcapone</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	\$0 (Tier-1)	PA

* = Noes un medicamento de la Parte D: Este medicamento esta cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de accesolimitado; PA = Autorizacion previa requerida; QL = Se aplican limites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
PSEUDOBULBAR AFFECT		
NUEDEXTA	\$0 (Tier-2)	PA
SEIZURES		
APTIOM	\$0 (Tier-2)	PA
BANZEL	\$0 (Tier-2)	
BRIVIACT	\$0 (Tier-2)	PA
<i>carbamazepine</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>carbamazepine er</i>	\$0 (Tier-1)	
CELONTIN	\$0 (Tier-2)	
CEREBYX	\$0 (Tier-2)	
<i>clonazepam</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>diazepam</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>diazepam intensol</i>	\$0 (Tier-1)	
DILANTIN	\$0 (Tier-2)	
DILANTIN INFATABS	\$0 (Tier-2)	
<i>divalproex sodium</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>divalproex sodium er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>epitol</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>ethosuximide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>felbamate</i>	\$0 (Tier-1)	
FYCOMPA	\$0 (Tier-2)	PA
<i>gabapentin</i>	\$0 (Tier-1)	
GABITRIL	\$0 (Tier-2)	
HORIZANT	\$0 (Tier-2)	QL (60 EA per 30 days)
<i>lamotrigine</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>lamotrigine er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>levetiracetam</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>levetiracetam er</i>	\$0 (Tier-1)	
LYRICA	\$0 (Tier-2)	ST
ONFI ORAL SUSPENSION	\$0 (Tier-2)	
ONFI ORAL TABLET	\$0 (Tier-2)	QL (60 EA per 30 days)
<i>oxcarbazepine</i>	\$0 (Tier-1)	
OXTELLAR XR	\$0 (Tier-2)	
PEGANONE	\$0 (Tier-2)	
<i>phenobarbital</i>	\$0 (Tier-1)	PA
<i>phenytoin</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>phenytoin sodium</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>phenytoin sodium extended</i>	\$0 (Tier-1)	

* = Noes un medicamento de la Parte D: Este medicamento esta cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de accesolimitado; PA = Autorizacion previa requerida; QL = Se aplican limites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
POTIGA	\$0 (Tier-2)	PA
<i>primidone</i>	\$0 (Tier-1)	
QUDEXY XR	\$0 (Tier-2)	
<i>roweepra</i>	\$0 (Tier-1)	
SABRIL	\$0 (Tier-2)	
SAVELLA	\$0 (Tier-2)	ST; QL (180 EA per 90 days)
SPRITAM	\$0 (Tier-2)	
TEGRETOL-XR	\$0 (Tier-2)	
<i>tiagabine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>topiramate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>topiramate er</i>	\$0 (Tier-1)	
TROKENDI XR	\$0 (Tier-2)	
<i>valproate sodium</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>valproic acid</i>	\$0 (Tier-1)	
VIMPAT INTRAVENOUS	\$0 (Tier-2)	
VIMPAT ORAL SOLUTION	\$0 (Tier-2)	PA
VIMPAT ORAL TABLET	\$0 (Tier-2)	PA; QL (180 EA per 90 days)
<i>zonisamide</i>	\$0 (Tier-1)	
SPASTICITY		
<i>baclofen</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	PA
<i>dantrolene sodium</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>tizanidine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
PAIN AND INFLAMMATORY DISEASE: DRUGS TO RELIEVE PAIN, GOUT SYMPTOMS & SWELLING WITH ARTHRITIS		
ARTHRITIS		
ACTEMRA	\$0 (Tier-2)	PA
AZASAN	\$0 (Tier-2)	PA
<i>azathioprine</i>	\$0 (Tier-1)	PA
<i>azathioprine sodium</i>	\$0 (Tier-1)	PA
CIMZIA	\$0 (Tier-2)	PA
CIMZIA PREFILLED	\$0 (Tier-2)	PA; QL (2 EA per 30 days)
<i>diclofenac sodium</i>	\$0 (Tier-1)	
ENBREL SUBCUTANEOUS 25 MG/0.5ML	\$0 (Tier-2)	PA; QL (8.16 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS 50 MG/ML	\$0 (Tier-2)	PA; QL (7.84 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS KIT	\$0 (Tier-2)	PA; QL (8 EA per 28 days)
ENBREL SURECLICK	\$0 (Tier-2)	PA; QL (7.84 ML per 28 days)

* = Noes un medicamento de la Parte D: Este medicamento esta cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de accesolimitado; PA = Autorizacion previa requerida; QL = Se aplican limites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
HUMIRA	\$0 (Tier-2)	PA; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START	\$0 (Tier-2)	PA
HUMIRA PEN	\$0 (Tier-2)	PA; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA PEN-CROHNS STARTER	\$0 (Tier-2)	PA
HUMIRA PEN-PSORIASIS STARTER	\$0 (Tier-2)	PA
KINERET	\$0 (Tier-2)	PA; QL (20.1 ML per 28 days)
<i>leflunomide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>methotrexate</i>	\$0 (Tier-1)	PA
ORENCIA CLICKJECT	\$0 (Tier-2)	PA
ORENCIA INTRAVENOUS	\$0 (Tier-2)	PA
ORENCIA SUBCUTANEOUS	\$0 (Tier-2)	PA; QL (4 ML per 28 days)
OTREXUP	\$0 (Tier-2)	
REMICADE	\$0 (Tier-2)	PA
RIDAURA	\$0 (Tier-2)	
SIMPONI ARIA	\$0 (Tier-2)	PA
SIMPONI SUBCUTANEOUS 100 MG/ML	\$0 (Tier-2)	PA; QL (1 ML per 28 days)
SIMPONI SUBCUTANEOUS 100 MG/ML	\$0 (Tier-2)	PA; QL (4 ML per 28 days)
SIMPONI SUBCUTANEOUS 50 MG/0.5ML	\$0 (Tier-2)	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
TREXALL	\$0 (Tier-2)	PA
VOLTAREN	\$0 (Tier-2)	
XELJANZ	\$0 (Tier-2)	PA; QL (60 EA per 30 days)
XELJANZ XR	\$0 (Tier-2)	PA; QL (30 EA per 30 days)
GOUT		
<i>allopurinol</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>colchicine</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>colchicine-probenecid</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>probenecid</i>	\$0 (Tier-1)	
ULORIC	\$0 (Tier-2)	ST
PAIN, NSAID ANALGESICS		
<i>acetaminophen (all forms and strengths)</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>aspirin (all forms and strengths)</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>buffered aspirin</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>celecoxib</i>	\$0 (Tier-1)	PA
<i>diclofenac potassium</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>diclofenac sodium</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>diclofenac sodium er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>diclofenac-misoprostol</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>diflunisal</i>	\$0 (Tier-1)	

* = Noes un medicamento de la Parte D: Este medicamento esta cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de accesolimitado; PA = Autorizacion previa requerida; QL = Se aplican limites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
<i>etodolac</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>etodolac er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>fenoprofen calcium</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>flurbiprofen</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>ibuprofen (all dosage forms)</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>ibuprofen oral suspension</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>ibuprofen oral tablet</i>	\$0 (Tier-1)	
INDOCIN ORAL SUSPENSION	\$0 (Tier-2)	
<i>indomethacin</i>	\$0 (Tier-1)	PA
<i>indomethacin er</i>	\$0 (Tier-1)	PA
<i>ketoprofen</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>ketoprofen er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>meclofenamate sodium</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>mefenamic acid</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>meloxicam</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>nabumetone</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>naproxen</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>naproxen dr</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>naproxen sodium er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>naproxen sodium oral tablet 220 mg</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>oxaprozin</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>piroxicam</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>sulindac</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>tolmetin sodium</i>	\$0 (Tier-1)	

PAIN, OPIOID AND OTHER ANALGESICS

ABSTRAL	\$0 (Tier-2)	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine</i>	\$0 (Tier-1)	QL (5000 ML per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine #2</i>	\$0 (Tier-1)	QL (300 EA per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine #3</i>	\$0 (Tier-1)	QL (400 EA per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine #4</i>	\$0 (Tier-1)	QL (400 EA per 30 days)
ACTIQ	\$0 (Tier-2)	PA; QL (120 EA per 30 days)
BELBUCA	\$0 (Tier-2)	QL (60 EA per 30 days)
<i>butorphanol tartrate</i>	\$0 (Tier-1)	QL (7.5 ML per 30 days)
BUTRANS	\$0 (Tier-2)	QL (4 EA per 28 days)
<i>codeine sulfate</i>	\$0 (Tier-1)	QL (180 EA per 30 days)
DILAUDID	\$0 (Tier-2)	QL (1440 ML per 30 days)
EMBEDA	\$0 (Tier-2)	QL (60 EA per 30 days)

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
<i>endocet</i>	\$0 (Tier-1)	QL (360 EA per 30 days)
<i>fentanyl</i>	\$0 (Tier-1)	QL (10 EA per 30 days)
<i>fentanyl citrate</i>	\$0 (Tier-1)	PA; QL (120 EA per 30 days)
FENTORA	\$0 (Tier-2)	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution</i>	\$0 (Tier-1)	QL (5540 ML per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg</i>	\$0 (Tier-1)	QL (400 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	\$0 (Tier-1)	QL (360 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg</i>	\$0 (Tier-1)	QL (360 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	\$0 (Tier-1)	QL (480 EA per 30 days)
<i>hydromorphone hcl er</i>	\$0 (Tier-1)	QL (30 EA per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral liquid†</i>	\$0 (Tier-1)	QL (1350 ML per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral tablet</i>	\$0 (Tier-1)	QL (360 EA per 30 days)
HYSINGLA ER	\$0 (Tier-2)	QL (60 EA per 30 days)
LAZANDA	\$0 (Tier-2)	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>levorphanol tartrate</i>	\$0 (Tier-1)	QL (240 EA per 30 days)
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (Tier-1)	QL (1800 ML per 30 days)
<i>methadone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Tier-1)	QL (3600 ML per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet</i>	\$0 (Tier-1)	QL (120 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	\$0 (Tier-1)	QL (540 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate er</i>	\$0 (Tier-1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate er beads</i>	\$0 (Tier-1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate oral solution</i>	\$0 (Tier-1)	QL (960 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate oral tablet</i>	\$0 (Tier-1)	QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl er oral 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Tier-1)	QL (120 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl er oral 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Tier-1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral capsule</i>	\$0 (Tier-1)	QL (360 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral concentrate</i>	\$0 (Tier-1)	QL (120 ML per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral solution</i>	\$0 (Tier-1)	QL (2400 ML per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	\$0 (Tier-1)	QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Tier-1)	QL (360 EA per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	\$0 (Tier-1)	QL (360 EA per 30 days)
<i>oxycodone-aspirin</i>	\$0 (Tier-1)	QL (360 EA per 30 days)
<i>oxycodone-ibuprofen</i>	\$0 (Tier-1)	QL (240 EA per 30 days)
OXYCONTIN	\$0 (Tier-2)	QL (120 EA per 30 days)
<i>oxymorphone hcl</i>	\$0 (Tier-1)	QL (180 EA per 30 days)
<i>oxymorphone hcl er</i>	\$0 (Tier-1)	QL (60 EA per 30 days)

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
SUBSYS	\$0 (Tier-2)	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>tramadol hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>tramadol hcl er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>tramadol hcl er (biphasic)</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>tramadol-acetaminophen</i>	\$0 (Tier-1)	QL (360 EA per 30 days)
PSYCHIATRIC: DRUGS THAT TREAT MENTAL HEALTH CONDITIONS, SUCH AS ADD/ADHD, DEPRESSION, & INSOMNIA		
ALCOHOL DETERRENTS		
<i>acamprosate calcium</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>disulfiram</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>naltrexone hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
VIVITROL	\$0 (Tier-2)	
ANXIETY		
<i>alprazolam</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>alprazolam er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>alprazolam intensol</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>alprazolam xr</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>buspirone hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>chlordiazepoxide-amitriptyline</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>clorazepate dipotassium</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>lorazepam</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>lorazepam intensol</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>oxazepam</i>	\$0 (Tier-1)	
ATTENTION DEFICIT DISORDER		
ADDERALL XR	\$0 (Tier-2)	ST
<i>amphetamine-dextroamphet er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>clonidine hcl er</i>	\$0 (Tier-1)	
DESOXYN	\$0 (Tier-2)	
DEXEDRINE	\$0 (Tier-2)	
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>dexmethylphenidate hcl er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	\$0 (Tier-1)	
FOCALIN XR	\$0 (Tier-2)	ST
<i>guanfacine hcl er</i>	\$0 (Tier-1)	PA; QL (90 EA per 90 days)

* = Noes un medicamento de la Parte D: Este medicamento esta cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de accesolimitado; PA = Autorizacion previa requerida; QL = Se aplican limites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
KAPVAY	\$0 (Tier-2)	
METADATE CD	\$0 (Tier-2)	
METADATE ER	\$0 (Tier-2)	
<i>methamphetamine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
METHYLIN	\$0 (Tier-2)	
<i>methylphenidate hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>methylphenidate hcl er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>methylphenidate hcl er (cd)</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>methylphenidate hcl er (la)</i>	\$0 (Tier-1)	
QUILLIVANT XR	\$0 (Tier-2)	ST
STRATTERA ORAL CAPSULE 10 MG, 18 MG, 25 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (Tier-2)	QL (60 EA per 30 days)
STRATTERA ORAL CAPSULE 100 MG, 80 MG	\$0 (Tier-2)	QL (30 EA per 30 days)
VYVANSE	\$0 (Tier-2)	ST
BIPOLAR DISORDER		
EQUETRO	\$0 (Tier-2)	
<i>lithium</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>lithium carbonate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>lithium carbonate er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	ST
RISPERDAL CONSTA	\$0 (Tier-2)	
<i>risperidone</i>	\$0 (Tier-1)	
DEPRESSION		
<i>amitriptyline hcl</i>	\$0 (Tier-1)	PA
<i>amoxapine</i>	\$0 (Tier-1)	
APLENZIN	\$0 (Tier-2)	ST
<i>bupropion hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>bupropion hcl er (sr)</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>bupropion hcl er (xl)</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>citalopram hydrobromide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>clomipramine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	PA
<i>desipramine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>desvenlafaxine er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>doxepin hcl</i>	\$0 (Tier-1)	PA
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 60 mg</i>	\$0 (Tier-1)	QL (60 EA per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 30 mg</i>	\$0 (Tier-1)	QL (90 EA per 30 days)

* = Noes un medicamento de la Parte D: Este medicamento esta cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de accesolimitado; PA = Autorizacion previa requerida; QL = Se aplican limites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
DULOXETINE HCL ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 40 MG	\$0 (Tier-2)	ST; QL (60 EA per 30 days)
EMSAM	\$0 (Tier-2)	ST
<i>escitalopram oxalate</i>	\$0 (Tier-1)	
FETZIMA	\$0 (Tier-2)	ST
FETZIMA TITRATION	\$0 (Tier-2)	ST
<i>fluoxetine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>fluvoxamine maleate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>fluvoxamine maleate er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>imipramine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	PA
<i>imipramine pamoate</i>	\$0 (Tier-1)	PA
IRENKA	\$0 (Tier-2)	ST; QL (60 EA per 30 days)
KHEDEZLA	\$0 (Tier-2)	ST
<i>maprotiline hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
MARPLAN	\$0 (Tier-2)	
<i>mirtazapine</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>nefazodone hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>nortriptyline hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>paroxetine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>paroxetine hcl er</i>	\$0 (Tier-1)	
PAXIL ORAL SUSPENSION	\$0 (Tier-2)	
PEXEVA	\$0 (Tier-2)	ST
<i>phenelzine sulfate</i>	\$0 (Tier-1)	
PRISTIQ	\$0 (Tier-2)	ST
<i>protriptyline hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>sertraline hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
SURMONTIL	\$0 (Tier-2)	PA
<i>tranylcypromine sulfate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>trazodone hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>trimipramine maleate</i>	\$0 (Tier-1)	PA
TRINTELLIX	\$0 (Tier-2)	ST
<i>venlafaxine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>venlafaxine hcl er</i>	\$0 (Tier-1)	
VIIBRYD	\$0 (Tier-2)	ST
VIIBRYD STARTER PACK	\$0 (Tier-2)	ST
INSOMNIA		
<i>estazolam</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>eszopiclone</i>	\$0 (Tier-1)	PA; QL (90 EA per 365 days)
<i>flurazepam hcl</i>	\$0 (Tier-1)	

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
HETLIOZ	\$0 (Tier-2)	PA
<i>melatonin tablet and solution</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>melatonin/pyridoxine tablet</i>	\$0 (Tier-3)	*
ROZEREM	\$0 (Tier-2)	QL (30 EA per 30 days)
SILENOR	\$0 (Tier-2)	QL (30 EA per 30 days)
<i>temazepam</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>triazolam</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>zaleplon</i>	\$0 (Tier-1)	PA; QL (90 EA per 365 days)
<i>zolpidem tartrate</i>	\$0 (Tier-1)	PA; QL (90 EA per 365 days)
<i>zolpidem tartrate er</i>	\$0 (Tier-1)	PA; QL (90 EA per 365 days)
NARCOLEPSY		
<i>armodafinil</i>	\$0 (Tier-1)	PA
<i>modafinil</i>	\$0 (Tier-1)	PA
NUVIGIL	\$0 (Tier-2)	PA
XYREM	\$0 (Tier-2)	
OPIOID ANTAGONISTS		
BUNAVAIL	\$0 (Tier-2)	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	\$0 (Tier-1)	PA; QL (90 EA per 30 days)
EVZIO	\$0 (Tier-2)	PA; QL (1.6 ML per 30 days)
<i>naloxone hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
SUBOXONE	\$0 (Tier-2)	PA; QL (90 EA per 30 days)
ZUBSOLV	\$0 (Tier-2)	PA; QL (90 EA per 30 days)
PSYCHOSES		
ABILIFY MAINTENA	\$0 (Tier-2)	
<i>aripiprazole</i>	\$0 (Tier-1)	ST
ARISTADA	\$0 (Tier-2)	
<i>chlorpromazine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>clozapine</i>	\$0 (Tier-1)	
FANAPT	\$0 (Tier-2)	ST
FANAPT TITRATION PACK	\$0 (Tier-2)	ST
FAZACLO	\$0 (Tier-2)	
<i>fluphenazine decanoate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>fluphenazine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
GEODON INTRAMUSCULAR INJECTION	\$0 (Tier-2)	
<i>haloperidol</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>haloperidol decanoate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>haloperidol lactate</i>	\$0 (Tier-1)	

* = Noes un medicamento de la Parte D: Este medicamento esta cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de accesolimitado; PA = Autorizacion previa requerida; QL = Se aplican limites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
INVEGA	\$0 (Tier-2)	ST
INVEGA SUSTENNA	\$0 (Tier-2)	
INVEGA TRINZA	\$0 (Tier-2)	
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (Tier-2)	ST; QL (30 EA per 30 days)
LATUDA ORAL TABLET 80 MG	\$0 (Tier-2)	ST; QL (60 EA per 30 days)
<i>loxapine succinate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>molindone hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
NUPLAZID	\$0 (Tier-2)	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>olanzapine oral</i>	\$0 (Tier-1)	ST
ORAP	\$0 (Tier-2)	
<i>paliperidone er</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>perphenazine</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>perphenazine-amitriptyline</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>pimozide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg</i>	\$0 (Tier-1)	ST
<i>quetiapine fumarate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Tier-1)	ST; QL (60 EA per 30 days)
REXULTI	\$0 (Tier-2)	
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 10 MG, 5 MG	\$0 (Tier-2)	ST
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 2.5 MG	\$0 (Tier-2)	
SEROQUEL XR	\$0 (Tier-2)	ST
<i>thioridazine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	PA
<i>thiothixene</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>trifluoperazine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
VERSACLOZ	\$0 (Tier-2)	
VRAYLAR	\$0 (Tier-2)	
<i>ziprasidone hcl</i>	\$0 (Tier-1)	ST
ZYPREXA	\$0 (Tier-2)	
ZYPREXA RELPREVV	\$0 (Tier-2)	

RESPIRATORY DRUGS: DRUGS THAT TREAT LUNG PROBLEMS, SUCH AS ASTHMA AND COPD

ASTHMA

ADVAIR DISKUS	\$0 (Tier-2)	QL (180 EA per 90 days)
ADVAIR HFA	\$0 (Tier-2)	QL (72 GM per 90 days)
<i>albuterol sulfate er</i>	\$0 (Tier-1)	

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento esta cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de accesolimitado; PA = Autorizacion previa requerida; QL = Se aplican limites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml</i>	\$0 (Tier-1)	PA; QL (1080 ML per 90 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (5 mg/ml) 0.5%</i>	\$0 (Tier-1)	PA; QL (180 EA per 90 days)
<i>albuterol sulfate oral</i>	\$0 (Tier-1)	
ALVESCO INHALATION AEROSOL, SOLUTION 160 MCG/ACT	\$0 (Tier-2)	QL (36.6 GM per 90 days)
ALVESCO INHALATION AEROSOL, SOLUTION 80 MCG/ACT	\$0 (Tier-2)	QL (18.3 GM per 90 days)
ANORO ELLIPTA	\$0 (Tier-2)	QL (180 EA per 90 days)
ARCAPTA NEOHALER	\$0 (Tier-2)	QL (90 EA per 90 days)
ASMANEX 120 METERED DOSES	\$0 (Tier-2)	QL (360 EA per 90 days)
ASMANEX 30 METERED DOSES	\$0 (Tier-2)	QL (360 EA per 90 days)
ASMANEX 60 METERED DOSES	\$0 (Tier-2)	QL (360 EA per 90 days)
ASMANEX HFA	\$0 (Tier-2)	QL (39 GM per 90 days)
ATROVENT HFA	\$0 (Tier-2)	QL (77.4 GM per 90 days)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER, BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/INH	\$0 (Tier-2)	QL (180 EA per 90 days)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER, BREATH ACTIVATED 200-25 MCG/INH	\$0 (Tier-2)	QL (90 EA per 90 days)
BROVANA	\$0 (Tier-2)	PA; QL (360 ML per 90 days)
<i>budesonide</i>	\$0 (Tier-1)	PA; QL (720 ML per 90 days)
COMBIVENT RESPIMAT	\$0 (Tier-2)	QL (24 GM per 90 days)
<i>cromolyn sodium</i>	\$0 (Tier-1)	PA; QL (720 ML per 90 days)
<i>elixophyllin</i>	\$0 (Tier-1)	
FLOVENT DISKUS	\$0 (Tier-2)	QL (360 EA per 90 days)
FLOVENT HFA	\$0 (Tier-2)	QL (72 GM per 90 days)
<i>ipratropium bromide</i>	\$0 (Tier-1)	PA; QL (900 ML per 90 days)
<i>ipratropium-albuterol</i>	\$0 (Tier-1)	PA; QL (1620 ML per 90 days)
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml</i>	\$0 (Tier-1)	PA; QL (3240 ML per 90 days)
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.63 mg/3ml</i>	\$0 (Tier-1)	PA; QL (1620 ML per 90 days)
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 1.25 mg/0.5ml</i>	\$0 (Tier-1)	PA; QL (810 EA per 90 days)
<i>metaproterenol sulfate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>montelukast sodium</i>	\$0 (Tier-1)	
PERFOROMIST	\$0 (Tier-2)	PA; QL (360 ML per 90 days)
PROAIR HFA	\$0 (Tier-2)	QL (51 GM per 90 days)
PROAIR RESPICLICK	\$0 (Tier-2)	QL (6 EA per 90 days)

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento esta cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de accesolimitado; PA = Autorizacion previa requerida; QL = Se aplican limites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
PROVENTIL HFA	\$0 (Tier-2)	QL (40.2 GM per 90 days)
PULMICORT INHALATION SUSPENSION 1 MG/2ML	\$0 (Tier-2)	QL (720 ML per 90 days)
PULMICORT FLEXHALER	\$0 (Tier-2)	QL (6 EA per 90 days)
QVAR	\$0 (Tier-2)	QL (52.2 GM per 90 days)
SEREVENT DISKUS	\$0 (Tier-2)	QL (180 EA per 90 days)
<i>sodium chloride</i>	\$0 (Tier-3)	*
SPIRIVA HANDIHALER	\$0 (Tier-2)	QL (90 EA per 90 days)
SPIRIVA RESPIMAT	\$0 (Tier-2)	QL (12 GM per 90 days)
STRIVERDI RESPIMAT	\$0 (Tier-2)	QL (180 GM per 90 days)
SYMBICORT	\$0 (Tier-2)	QL (30.6 GM per 90 days)
<i>terbutaline sulfate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>theophylline</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>theophylline er</i>	\$0 (Tier-1)	
TUDORZA PRESSAIR	\$0 (Tier-2)	QL (3 EA per 90 days)
VENTOLIN HFA	\$0 (Tier-2)	QL (108 GM per 90 days)
XOPENEX HFA	\$0 (Tier-2)	QL (90 GM per 90 days)
<i>zafirlukast</i>	\$0 (Tier-1)	
IDIOPATHIC PULMONARY FIBROSIS		
ESBRIET	\$0 (Tier-2)	PA; QL (270 EA per 30 days)
OFEV	\$0 (Tier-2)	PA; QL (60 EA per 30 days)
PULMONARY HYPERTENSION		
ADCIRCA	\$0 (Tier-2)	PA
ADEMPAS	\$0 (Tier-2)	PA
LETAIRIS	\$0 (Tier-2)	PA
OPSUMIT	\$0 (Tier-2)	PA
ORENITRAM	\$0 (Tier-2)	PA
REMODULIN	\$0 (Tier-2)	PA
REVATIO	\$0 (Tier-2)	PA
<i>sildenafil citrate</i>	\$0 (Tier-1)	PA
TRACLEER	\$0 (Tier-2)	PA
TYVASO	\$0 (Tier-2)	PA
UPTRAVI	\$0 (Tier-2)	PA
VENTAVIS	\$0 (Tier-2)	PA
RESPIRATORY DRUGS, MISCELLANEOUS		
<i>acetylcysteine</i>	\$0 (Tier-1)	PA
ARALAST NP	\$0 (Tier-2)	
DALIRESP	\$0 (Tier-2)	

* = Noes un medicamento de la Parte D: Este medicamento esta cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de accesolimitado; PA = Autorizacion previa requerida; QL = Se aplican limites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
GLASSIA	\$0 (Tier-2)	
GRASTEK	\$0 (Tier-2)	PA
NUCALA	\$0 (Tier-2)	PA
ORALAIR	\$0 (Tier-2)	PA
PROLASTIN-C	\$0 (Tier-2)	
RAGWITEK	\$0 (Tier-2)	PA
XOLAIR	\$0 (Tier-2)	PA
ZEMAIRA	\$0 (Tier-2)	
SKIN: DRUGS THAT TREAT SKIN CONDITIONS, SUCH AS ACNE, INFECTIONS, & ITCHY SKIN		
ACNE ROSACEA		
FINACEA	\$0 (Tier-2)	
<i>metronidazole</i>	\$0 (Tier-1)	
NORITATE	\$0 (Tier-2)	
SOOLANTRA	\$0 (Tier-2)	
ACNE VULGARIS		
ABSORICA	\$0 (Tier-2)	
<i>adapalene</i>	\$0 (Tier-1)	PA
ATRALIN	\$0 (Tier-2)	PA
<i>avita</i>	\$0 (Tier-1)	PA
AZELEX	\$0 (Tier-2)	
<i>benzoyl peroxide</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>claravis</i>	\$0 (Tier-1)	
CLINDAGEL	\$0 (Tier-2)	
<i>clindamax</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>clindamycin phosphate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>clindamycin-tretinoin</i>	\$0 (Tier-1)	
DIFFERIN	\$0 (Tier-2)	PA
<i>ery</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>erythromycin</i>	\$0 (Tier-1)	
EVOCLIN	\$0 (Tier-2)	
FABIOR	\$0 (Tier-2)	PA
RETIN-A	\$0 (Tier-2)	PA
RETIN-A MICRO	\$0 (Tier-2)	PA
<i>tretinoin</i>	\$0 (Tier-1)	PA

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
<i>tretinoin microsphere</i>	\$0 (Tier-1)	PA
BACTERIAL INFECTIONS, TOPICAL		
ALTABAX	\$0 (Tier-2)	
CORTISPORIN	\$0 (Tier-2)	
<i>gentamicin sulfate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>mupirocin</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>mupirocin calcium</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>silver sulfadiazine</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>ssd</i>	\$0 (Tier-1)	
CORTICOSTEROIDS, TOPICAL		
<i>ala cort</i>	\$0 (Tier-1)	
ALA SCALP	\$0 (Tier-2)	
<i>alclometasone dipropionate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>amcinonide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>apexicon e</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>betamethasone dipropionate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>betamethasone dipropionate aug</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>betamethasone valerate</i>	\$0 (Tier-1)	
CAPEX	\$0 (Tier-2)	
<i>clobetasol propionate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>clobetasol propionate e</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>clodan</i>	\$0 (Tier-1)	
CLODERM PUMP	\$0 (Tier-2)	
CORDRAN	\$0 (Tier-2)	
<i>cormax scalp application</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>desonide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>desoximetasone</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>diflorasone diacetate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>fluocinolone acetonide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>fluocinolone acetonide body</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>fluocinonide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>fluocinonide-e</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>flurandrenolide</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>fluticasone propionate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>halobetasol propionate</i>	\$0 (Tier-1)	
HALOG	\$0 (Tier-2)	
<i>hydrocortisone</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>hydrocortisone butyr lipo base</i>	\$0 (Tier-1)	

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
<i>hydrocortisone butyrate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>hydrocortisone external</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>hydrocortisone valerate</i>	\$0 (Tier-1)	
KENALOG	\$0 (Tier-2)	
<i>mometasone furoate</i>	\$0 (Tier-1)	
PANDEL	\$0 (Tier-2)	
<i>prednicarbate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>triamcinolone acetonide</i>	\$0 (Tier-1)	
TRIANEX	\$0 (Tier-2)	
<i>triderm</i>	\$0 (Tier-1)	
FUNGAL INFECTIONS, TOPICAL		
<i>ciclopirox</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>ciclopirox olamine</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>clotrimazole</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>clotrimazole-betamethasone</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>econazole nitrate</i>	\$0 (Tier-1)	
ERTACZO	\$0 (Tier-2)	
EXELDERM	\$0 (Tier-2)	
<i>ketconazole</i>	\$0 (Tier-1)	
MENTAX	\$0 (Tier-2)	
<i>naftifine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
NAFTIN	\$0 (Tier-2)	
<i>nyamyc</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>nystatin</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>nystatin-triamcinolone</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>nystop</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>oxiconazole nitrate</i>	\$0 (Tier-1)	
OXISTAT	\$0 (Tier-2)	
PSORIASIS AND SEBORRHEA		
<i>acitretin</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>calcipotriene</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>calcipotriene-betameth diprop</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>calcitriol</i>	\$0 (Tier-1)	
COSENTYX SENSOREADY PEN	\$0 (Tier-2)	PA; QL (2 ML per 28 days)
<i>methoxsalen rapid</i>	\$0 (Tier-1)	
OTEZLA	\$0 (Tier-2)	PA
STELARA	\$0 (Tier-2)	PA
TALTZ	\$0 (Tier-2)	PA; QL (4 ML per 28 days)

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
TAZORAC	\$0 (Tier-2)	PA
SCABIES AND PEDICULOSIS		
EURAX	\$0 (Tier-2)	
<i>lindane</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>malathion</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>permethrin</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>permethrin external</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>piperonyl</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>pyrethrum</i>	\$0 (Tier-3)	*
SKLICE	\$0 (Tier-2)	
TOPICAL ANTIMICROBIALS		
<i>bacitracin</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>chlorhexidine gluconate (rx and otc)</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>clotrimazole</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>hydrogen peroxide</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>iodine</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>isopropyl alcohol</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>miconazole nitrate</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>neomycin sulfate</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>polymyxin b sulfate</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>povidone</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>tolnaftate</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>triple antibiotic</i>	\$0 (Tier-3)	*
TOPICAL, MISCELLANEOUS		
<i>a & d ointment</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>ammonium lactate</i>	\$0 (Tier-1)	
ANUSOL-HC	\$0 (Tier-2)	
<i>calamine</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>capsaicin</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>colloidal oatmeal</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>diclofenac sodium</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>doxepin hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
ELIDEL	\$0 (Tier-2)	ST
<i>fluorouracil</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>hydrophilic ointment</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>lanolin</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>lidocaine external ointment</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>lidocaine external patch</i>	\$0 (Tier-1)	PA; QL (90 EA per 30 days)

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
<i>lidocaine hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>lidocaine viscous</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>lidocaine-prilocaine</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>neomycin-polymyxin b</i>	\$0 (Tier-1)	
PANRETIN	\$0 (Tier-2)	
<i>petrolatum</i>	\$0 (Tier-3)	*
PICATO	\$0 (Tier-2)	
<i>procto-med hc</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>procto-pak</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>proctosol hc</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>proctozone-hc</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>prudoxin</i>	\$0 (Tier-1)	
REGRANEX	\$0 (Tier-2)	
SANTYL	\$0 (Tier-2)	
<i>selenium sulfide</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>selenium sulfide external</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>sodium chloride</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>sterile water for irrigation</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>sulfacetamide sodium</i>	\$0 (Tier-1)	
SULFAMYLON	\$0 (Tier-2)	
<i>tacrolimus</i>	\$0 (Tier-1)	
TARGRETIN	\$0 (Tier-2)	
VALCHLOR	\$0 (Tier-2)	
<i>witch hazel</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>zinc oxide</i>	\$0 (Tier-3)	*
ZONALON	\$0 (Tier-2)	
VIRAL INFECTIONS, TOPICAL		
<i>acyclovir</i>	\$0 (Tier-1)	
CONDYLOX	\$0 (Tier-2)	
DENAVIR	\$0 (Tier-2)	
<i>imiquimod</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>podofilox</i>	\$0 (Tier-1)	
ZOVIRAX	\$0 (Tier-2)	
SUPPLEMENTS-VITAMINS AND MINERALS YOU NEED TO STAY HEALTHY		
VITAMINS/ NUTRIENTS/SUPPLEMENTS		
<i>ascorbic acid</i>	\$0 (Tier-3)	*

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
<i>calcium replacement</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>coenzyme q10</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>cyanocobalamin (vitamin b12)</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>ferrous fumarate</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>ferrous gluconate</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>ferrous sulfate</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>folic acid (rx and otc)</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>multivitamins, n.f.</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>multivitamins with minerals (all forms and strengths)</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>niacin</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>niacinamide</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>nicotinic acid</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>pediatric electrolyte solution</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>pediatric vitamins</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>potassium phosphate</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>prenatal vitamins</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>pyridoxine (vitamin b6)</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>retinol (vitamin a)</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>riboflavin</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>thiamine</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>vitamin b complex</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>vitamin d (rx and otc)</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>vitamin e, oral</i>	\$0 (Tier-3)	*

WOMENS HEALTH: DRUGS USED FOR BIRTH CONTROL, MENOPAUSE, OSTEOPOROSIS, OR INFECTIONS

CONTRACEPTIVES

<i>amethia</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>amethyst</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>apri</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>aranelle</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>ashlyna</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>aubra</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>aviane</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>balziva</i>	\$0 (Tier-1)	
BEYAZ	\$0 (Tier-2)	
<i>briellyn</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>camila</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>deblitane</i>	\$0 (Tier-1)	

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
<i>delyla</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>emoquette</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>errin</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>falmina</i>	\$0 (Tier-1)	
GENERESS FE	\$0 (Tier-2)	
<i>gildagia</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>gildess 1.5/30</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>gildess 24 fe</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>introvale</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>jinteli</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>junel 1.5/30</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>junel 1/20</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>junel fe 1.5/30</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>junel fe 1/20</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>junel fe 24</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>kariva</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>kelnor 1/35</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>larin 1.5/30</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>larin 1/20</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>larin fe 1.5/30</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>larin fe 1/20</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>lessina</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>levonest</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>levonorgestrel 1.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>levora 0.15/30 (28)</i>	\$0 (Tier-1)	
LO LOESTRIN FE	\$0 (Tier-2)	
<i>lopreeza</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>marlissa</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>microgestin 1.5/30</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>microgestin 1/20</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>microgestin fe 1/20</i>	\$0 (Tier-1)	
MINASTRIN 24 FE	\$0 (Tier-2)	
<i>necon 0.5/35 (28)</i>	\$0 (Tier-1)	

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
<i>necon 1/35 (28)</i>	\$0 (Tier-1)	
NECON 10/11 (28)	\$0 (Tier-2)	
<i>necon 7/7/7</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>nikki</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>nonoxynol-9</i>	\$0 (Tier-3)	*
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>norethindrone-eth estradiol</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>norethin-eth estradiol-fe</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>norlyroc</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>nortrel 7/7/7</i>	\$0 (Tier-1)	
NUVARING	\$0 (Tier-2)	
<i>orsythia</i>	\$0 (Tier-1)	
ORTHO TRI-CYCLEN (28)	\$0 (Tier-2)	
<i>portia-28</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>quasense</i>	\$0 (Tier-1)	
SAFYRAL	\$0 (Tier-2)	
<i>sharobel</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>tarina fe 1/20</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>trinessa (28)</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>tri-previfem</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>tri-sprintec</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>trivora (28)</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>velivet</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>vyfemla</i>	\$0 (Tier-1)	
ZENCHENT	\$0 (Tier-2)	
ZENCHENT FE	\$0 (Tier-2)	
<i>zovia 1/35e (28)</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>zovia 1/50e (28)</i>	\$0 (Tier-1)	
MENOPAUSAL SYMPTOMS/OSTEOPOROSIS		
<i>alendronate sodium</i>	\$0 (Tier-1)	
ALORA	\$0 (Tier-2)	PA
ANGELIQ	\$0 (Tier-2)	
<i>calcitonin (salmon)</i>	\$0 (Tier-1)	
COMBIPATCH	\$0 (Tier-2)	PA
CRINONE	\$0 (Tier-2)	

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
DELESTROGEN	\$0 (Tier-2)	
DEPO-ESTRADIOL	\$0 (Tier-2)	
DEPO-PROVERA	\$0 (Tier-2)	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	\$0 (Tier-2)	
DIVIGEL	\$0 (Tier-2)	
DUAVEE	\$0 (Tier-2)	PA
ELESTRIN	\$0 (Tier-2)	
ENJUVIA	\$0 (Tier-2)	PA
ESTRACE	\$0 (Tier-2)	
<i>estradiol</i>	\$0 (Tier-1)	PA
<i>estradiol valerate</i>	\$0 (Tier-1)	
ESTRING	\$0 (Tier-2)	
<i>estropipate</i>	\$0 (Tier-1)	PA
EVAMIST	\$0 (Tier-2)	
FEMHRT LOW DOSE	\$0 (Tier-2)	PA
FEMRING	\$0 (Tier-2)	
FORTEO	\$0 (Tier-2)	PA
<i>fyavolv</i>	\$0 (Tier-1)	PA
<i>ibandronate sodium</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	\$0 (Tier-1)	
MENEST	\$0 (Tier-2)	PA
MENOSTAR	\$0 (Tier-2)	PA
<i>methylergonovine maleate</i>	\$0 (Tier-1)	
MIACALCIN	\$0 (Tier-2)	
<i>norethindrone acetate</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>pamidronate disodium</i>	\$0 (Tier-1)	
PREMARIN INJECTION	\$0 (Tier-2)	
PREMARIN ORAL	\$0 (Tier-2)	PA
PREMARIN VAGINAL	\$0 (Tier-2)	
PREMPHASE	\$0 (Tier-2)	PA
PREMPRO	\$0 (Tier-2)	PA
<i>progesterone micronized</i>	\$0 (Tier-1)	
PROLIA	\$0 (Tier-2)	PA
<i>raloxifene hcl</i>	\$0 (Tier-1)	
RECLAST	\$0 (Tier-2)	
<i>risedronate sodium</i>	\$0 (Tier-1)	
VAGIFEM	\$0 (Tier-2)	
XGEVA	\$0 (Tier-2)	PA
<i>zoledronic acid</i>	\$0 (Tier-1)	

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Nombre del medicamento	Lo que el medicamento le costar (por nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites al uso
PRENATAL VITAMINS		
<i>prenatal</i>	\$0 (Tier-1)	
PRETERM BIRTH		
<i>hydroxyprogesterone caproate</i>	\$0 (Tier-1)	
MAKENA	\$0 (Tier-2)	
VAGINAL INFECTIONS		
AVC VAGINAL	\$0 (Tier-2)	
CLEOCIN	\$0 (Tier-2)	
<i>clindamycin phosphate</i>	\$0 (Tier-1)	
GYNAZOLE-1	\$0 (Tier-2)	
<i>metronidazole</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>miconazole 3</i>	\$0 (Tier-1)	
NUVESSA	\$0 (Tier-2)	
<i>terconazole</i>	\$0 (Tier-1)	
<i>vandazole</i>	\$0 (Tier-1)	

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

* = No es un medicamento de la Parte D: Este medicamento está cubierto por MassHealth; LA = Medicamento de acceso limitado; PA = Autorización previa requerida; QL = Se aplican límites a la cantidad; ST = Tratamiento progresivo

Índice

8-MOP	11	<i>alendronate sodium</i>	63	<i>amphotericin b</i>	29
<i>a & d ointment</i>	59	<i>alfuzosin hcl er</i>	41	<i>ampicillin</i>	6
<i>abacavir sulfate</i>	4	ALIGN	26	<i>ampicillin sodium</i>	29
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i>	4	ALIMTA	9	<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>	29
ABELCET	29	ALINIA	3	AMPYRA	39
ABILIFY MAINTENA	52	ALKERAN	9	<i>anagrelide hcl</i>	9
ABRAXANE	9	<i>allopurinol</i>	46	<i>anastrozole</i>	11
ABSORICA	56	<i>almotriptan malate</i>	43	ANGELIQ	63
ABSTRAL	47	ALOCRIAL	22	ANORO ELLIPTA	54
<i>acamprosate calcium</i>	49	ALOMIDE	22	ANUSOL-HC	59
<i>acarbose</i>	20	ALORA	63	ANZEMET	25
<i>acebutolol hcl</i>	16	<i>alosetron hcl</i>	26	<i>apexicon e</i>	57
<i>acetaminophen (all forms and strengths)</i>	46	ALOXI	25	APLENZIN	50
<i>acetaminophen-codeine</i>	47	ALPHAGAN P	24	APOKYN	43
<i>acetaminophen-codeine #2</i>	47	<i>alprazolam</i>	49	<i>apraclonidine hcl</i>	24
<i>acetaminophen-codeine #3</i>	47	<i>alprazolam er</i>	49	<i>apri</i>	61
<i>acetaminophen-codeine #4</i>	47	<i>alprazolam intensol</i>	49	APRISO	28
<i>acetazolamide</i>	24	<i>alprazolam xr</i>	49	APTOM	44
<i>acetazolamide sodium</i>	29	ALREX	23	APTIVUS	4
<i>acetic acid</i>	21	ALTABAX	57	ARALAST NP	55
<i>acetylcysteine</i>	55	<i>aluminum carbonate</i>	27	<i>aranelle</i>	61
<i>acitretin</i>	58	<i>aluminum hydroxide</i>	27	ARANESP (ALBUMIN FREE)	8
ACTEMRA	45	ALVESCO	54	ARCALYST	37
ACTHIB	35	<i>amantadine hcl</i>	4	ARCAPTA NEOHALER	54
ACTIMMUNE	35	AMBISOME	29	ARGATROBAN	29
ACTIQ	47	<i>amcinonide</i>	57	<i>aripiprazole</i>	52
ACTOPLUS MET XR	20	<i>amethia</i>	61	ARISTADA	52
<i>acyclovir</i>	4, 60	<i>amethyst</i>	61	<i>armodafinil</i>	52
<i>acyclovir sodium</i>	29	<i>amifostine</i>	14	ARRANON	9
ADACEL	35	<i>amikacin sulfate</i>	29	<i>artificial tears</i>	25
ADAGEN	35	<i>amiloride hcl</i>	17	ASACOL HD	28
<i>adapalene</i>	56	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	18	<i>ascorbic acid</i>	60
ADCIRCA	55	<i>aminophylline</i>	29	<i>ashlyna</i>	61
ADDERALL XR	49	AMINOSYN II	32	ASMANEX 120 METERED DOSES	54
<i>adefovir dipivoxil</i>	4	AMINOSYN II/ELECTROLYTES	32	ASMANEX 30 METERED DOSES	54
ADEMPAS	55	AMINOSYN M	32	ASMANEX 60 METERED DOSES	54
ADRENALIN	37	AMINOSYN/ELECTROLYTES	32	ASMANEX HFA	54
ADVAIR DISKUS	53	AMINOSYN-HBC	32	<i>aspirin (all forms and strengths)</i>	46
ADVAIR HFA	53	AMINOSYN-PF	32	<i>aspirin-dipyridamole er</i>	8
<i>afeditab cr</i>	17	AMINOSYN-RF	32	<i>assure insulin safety syringe</i>	19
AFINITOR	11	<i>amiodarone hcl</i>	15	ASTAGRAF XL	36
AFINITOR DISPERZ	11	AMITIZA	28	<i>atenolol</i>	17
AGGRENOL	8	<i>amitriptyline hcl</i>	50	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	16
<i>a-hydrocort</i>	33	<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>	16	ATGAM	36
AKYNZEO	25	<i>amlodipine besylate</i>	17	<i>atorvastatin calcium</i>	18
<i>ala cort</i>	57	<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	16	<i>atovaquone</i>	4
ALA SCALP	57	<i>amlodipine-atorvastatin</i>	16	<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	4
ALBENZA	3	<i>amlodipine-valsartan-hctz</i>	16	ATRALIN	56
<i>albuterol sulfate</i>	54	<i>ammonium chloride</i>	32	ATRIPLA	4
<i>albuterol sulfate er</i>	53	<i>ammonium lactate</i>	59	<i>atropine sulfate</i>	25, 29
ALCAINE	25	<i>amoxapine</i>	50	ATROVENT HFA	54
<i>alclometasone dipropionate</i>	57	<i>amoxicill-clarithro-lansopraz</i>	27	AUBAGIO	40
<i>alcohol pads</i>	19	<i>amoxicillin</i>	6	<i>aubra</i>	61
ALDURAZYME	39	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	6	AURYXIA	40
ALECENSA	11	<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i>	6	AVASTIN	9
		<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>	49		

AVC VAGINAL	65	BICNU	9	captopril	14
AVEED	34	BIDIL	19	captopril-hydrochlorothiazide	16
AVELOX	29	BILTRICIDE	3	CARAFATE	27
aviane	61	bimatoprost	24	CARBAGLU	26
avita	56	bisacodyl (all forms and strengths)	26	carbamazepine	44
AVODART	41	bismuth subsalicylate	26	carbamazepine er	44
AVONEX	40	bisoprolol fumarate	17	carbamide peroxide	21
AVONEX PEN	40	bisoprolol-hydrochlorothiazide	16	carbidopa	43
AVONEX PREFILLED	40	BIVIGAM	35	carbidopa-levodopa	43
AVYCAZ	29	bleomycin sulfate	9	carbidopa-levodopa er	43
azacitidine	9	BLEPHAMIDE	23	carbidopa-levodopa-entacapone	43
AZASAN	45	BLEPHAMIDE S.O.P.	23	carboplatin	9
AZASITE	23	BOOSTRIX	35	CARDENE IV	29
azathioprine	45	BOSULIF	12	CARDURA XL	14
azathioprine sodium	45	BOTOX	37	CARIMUNE NF	35
azelastine hcl	22	BREO ELLIPTA	54	carteolol hcl	24
AZELEX	56	briellyn	61	cartia xt	17
AZILECT	43	BRILINTA	8	carvedilol	16
azithromycin	7, 29	brimonidine tartrate	24	casanthranol	26
AZOPT	24	BRIVIACT	44	CAYSTON	38
AZOR	16	bromfenac sodium	23	CEDAX	6
aztreonam	29	bromocriptine mesylate	43	cefaclor	6
bacitracin	23, 59	brompheniramine	21	cefaclor er	6
bacitracin-polymyxin b	23	BROVANA	54	cefadroxil	6
bacitra-neomycin-polymyxin-hc	23	budesonide	22, 28, 54	cefazolin sodium	29
baclofen	45	buffered aspirin	46	cefdinir	7
bactocill in dextrose	29	bumetanide	18, 29	cefepime hcl	29
BACTROBAN NASAL	22	BUNAVAIL	52	cefepime-dextrose	29
balsalazide disodium	28	BUPHENYL	41	cefexime	7
balziva	61	buprenorphine hcl	29, 52	cefotaxime sodium	29
BANZEL	44	buprenorphine hcl-naloxone hcl	52	cefotetan disodium	29
bcg vaccine	35	buproban	41	cefoxitin sodium	29
BELBUCA	47	bupropion hcl	50	cefoxitin sodium-dextrose	29
BELEODAQ	9	bupropion hcl er (smoking det)	41	cefpodoxime proxetil	7
benazepril hcl	14	bupropion hcl er (sr)	50	cefpodoxime proxetil	7
benazepril-hydrochlorothiazide	16	bupropion hcl er (xl)	50	ceftazidime	29
BENICAR	15	buspirone hcl	49	ceftazidime and dextrose	29
BENICAR HCT	16	BUSULFEX	9	ceftriaxone sodium	29
BENLYSTA	36	butorphanol tartrate	29, 47	cefuroxime axetil	7
benzoyl peroxide	56	BUTRANS	47	cefuroxime sodium	29
benzoyl peroxide-erythromycin	56	BYDUREON	20	celecoxib	46
benztropine mesylate	29, 43	cabergoline	43	CELLCEPT	36
BERINERT	39	CABOMETYX	12	CELONTIN	44
BESIVANCE	23	calamine	59	cephalexin	7
betamethasone dipropionate	57	calcipotriene	58	CERDELGA	38
betamethasone dipropionate aug	57	calcipotriene-betameth diprop	58	CEREBYX	44
betamethasone valerate	57	calcitonin (salmon)	63	CEREZYME	38
BETASERON	40	calcitriol	29, 39, 58	CERVARIX	35
betaxolol hcl	17, 24	calcium acetate (phos binder)	40	CESAMET	25
bethanechol chloride	41	calcium replacement	61	cetirizine (all forms and strengths)	21
BETHKIS	38	camila	61		21
BETIMOL	24	CANASA	28	cetirizine-pseudoephedrine er	21
BETOPTIC-S	24	CANCIDAS	29	cevimeline hcl	21
bexarotene	11	candesartan cilexetil	15	CHANTIX	41
BEXSERO	35	candesartan cilexetil-hctz	16	CHANTIX CONTINUING MONTH	41
BEYAZ	61	CAPASTAT SULFATE	29	PAK	41
bicalutamide	12	CAPEX	57	CHANTIX STARTING MONTH	41
BICILLIN C-R	6	CAPRELSA	12	PAK	41
BICILLIN C-R 900/300	6	capsaicin	59	CHEMET	38
BICILLIN L-A	6			cherry syrup	22

<i>chloramphenicol sod succinate</i>	30	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/20)	33	COTELLIC	12
<i>chlordiazepoxide-amitriptyline</i>	49	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/25)	33	COUMADIN	9
<i>chlorhexidine gluconate (rx and otc)</i>	22, 59	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)	33	CREON	26
<i>chloroquine phosphate</i>	4	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	33	CRESEMBA	3, 30
<i>chlorothiazide</i>	18	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	33	CRESTOR	18
<i>chlorpheniramine maleate</i>	21	CLINIMIX/DEXTROSE (5/25)	33	CRINONE	63
<i>chlorpromazine hcl</i>	52	CLINISOL SF	33	CRIXIVAN	4
<i>chlorpropamide</i>	20	<i>clobetasol propionate</i>	57	<i>cromolyn sodium</i>	22, 26, 54
<i>chlorthalidone</i>	18	<i>clobetasol propionate e</i>	57	CUBICIN	30
CHOLBAM	26	<i>clodan</i>	57	CULTURELLE	26
<i>cholestyramine light</i>	18	CLODERM PUMP	57	CUPRIMINE	42
CIALIS 2.5 & 5 MG	41	CLOLAR	10	<i>cvs gauze sterile</i>	19
<i>ciclopirox</i>	58	<i>clomipramine hcl</i>	50	<i>cyanocobalamin (vitamin b12)</i>	61
<i>ciclopirox olamine</i>	58	<i>clonazepam</i>	44	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	45
<i>cidofovir</i>	30	<i>clonidine hcl</i>	17	CYCLOPHOSPHAMIDE	12
<i>cilostazol</i>	9	<i>clonidine hcl er</i>	49	CYCLOSET	43
<i>cimetidine</i>	27	<i>clopidogrel bisulfate</i>	8	<i>cyclosporine</i>	30, 36
<i>cimetidine hcl</i>	27	<i>clorazepate dipotassium</i>	49	<i>cyclosporine modified</i>	36
CIMZIA	45	<i>clorpres</i>	16	CYKLOKAPRON	30
CIMZIA PREFILLED	45	<i>clotrimazole</i>	3, 58, 59	<i>cyproheptadine hcl</i>	22
CINRYZE	39	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	58	CYRAMZA	10
CIPRO HC	21	<i>clozapine</i>	52	CYSTADANE	38
CIPRODEX	21	COARTEM	4	CYSTAGON	26
<i>ciprofloxacin</i>	8, 30	<i>cod liver oil</i>	26	<i>cytarabine</i>	10
<i>ciprofloxacin hcl</i>	8, 23	<i>codeine sulfate</i>	47	<i>cytarabine (pf)</i>	10
<i>ciprofloxacin in d5w</i>	30	<i>coenzyme q10</i>	61	<i>dacarbazine</i>	10
<i>ciprofloxacin-ciproflox hcl er</i>	8	<i>colchicine</i>	46	DACOGEN	10
<i>cisplatin</i>	9	<i>colchicine-probenecid</i>	46	DALIRESP	55
<i>citalopram hydrobromide</i>	50	<i>colestipol hcl</i>	18	DALVANCE	30
<i>cladribine</i>	10	<i>colistimethate sodium</i>	30	<i>danazol</i>	34
<i>claravis</i>	56	<i>colloidal oatmeal</i>	59	<i>dantrolene sodium</i>	45
<i>clarithromycin</i>	7	<i>colocort</i>	28	<i>dapsone</i>	4
<i>clarithromycin er</i>	7	COMBIGAN	24	DAPTACEL	35
CLEOCIN	65	COMBIPATCH	63	DARAPRIM	4
CLINDAGEL	56	COMBIVENT RESPIMAT	54	<i>darifenacin hydrobromide er</i>	42
<i>clindamax</i>	56	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	12	DARZALEX	10
<i>clindamycin hcl</i>	7	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	12	<i>daunorubicin hcl</i>	10
<i>clindamycin palmitate hcl</i>	7	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	12	<i>deblitane</i>	61
<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i>	56	COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE	19	DECITABINE	10
<i>clindamycin phosphate</i>	30, 56, 65	COMPLERA	4	DELESTROGEN	64
<i>clindamycin phosphate in d5w</i>	30	<i>compro</i>	25	<i>delyla</i>	62
<i>clindamycin-tretinoin</i>	56	CONDYLOX	60	DELZICOL	28
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/10)	32	<i>constulose</i>	26	<i>demeclocycline hcl</i>	8
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5)	32	COPAXONE	40	DEMSEER	40
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10)	33	COPEGUS	4	DENAVIR	60
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/25)	33	CORDRAN	57	DEPEN TITRATABS	42
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5)	33	COREG CR	16	DEPO-ESTRADIOL	64
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15)	33	CORLANOR	14	DEPO-MEDROL	33
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20)	33	<i>cormax scalp application</i>	57	DEPO-PROVERA	64
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/25)	33	<i>cortisone acetate</i>	33	DEPO-SUBQ PROVERA 104	64
CLINIMIX/DEXTROSE (2.75/5)	33	CORTISPORIN	57	DEPO-TESTOSTERONE	34
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)	33	COSENTYX SENSOREADY PEN	58	DESCOVY	5
		COSMEGEN	10	<i>desipramine hcl</i>	50
				<i>desloratadine</i>	22
				<i>desmopressin ace rhinal tube</i>	42
				<i>desmopressin ace spray refrig</i>	42
				<i>desmopressin acetate</i>	42
				<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	62
				<i>desonide</i>	57
				<i>desoximetasone</i>	57

DESOXYN	49	dorzolamide hcl	24	ENTRESTO	16
desvenlafaxine er	50	dorzolamide hcl-timolol mal	24	enulose	26
dexamethasone	33	doxazosin mesylate	14	ENVARUS XR	36
dexamethasone intensol	33	doxepin hcl	50, 59	EPANED	14
dexamethasone sodium phosphate	23, 30	doxercalciferol	39	epinastine hcl	22
DEXEDRINE	49	doxorubicin hcl	10	epinephrine	37
DEXILANT	27	doxorubicin hcl liposomal	10	EIPEN 2-PAK	37
dexmethylphenidate hcl	49	DOXY 100	30	EIPEN JR 2-PAK	37
dexmethylphenidate hcl er	49	doxycycline hyclate	8	epirubicin hcl	10
dexpak 13 day	33	doxycycline monohydrate	8	epitol	44
dexrazoxane	10	doxylamine succinate	21	EPIVIR	5
dextrin	26	dronabinol	25	eplerenone	18
dextroamphetamine sulfate	49	drosiprenone-ethinyl estradiol	62	EPOGEN	8
dextroamphetamine sulfate er	49	DROXIA	12	eprosartan mesylate	15
dextrose	32	DUAVEE	64	EPZICOM	5
dextrose in lactated ringers	32	duloxetine hcl	50	EQUETRO	50
dextrose-nacl	32	DULOXETINE HCL	51	ERAXIS	30
diazepam	44	DUOPA	43	ERBITUX	10
diazepam intensol	44	duramorph	30	ergoloid mesylates	42
DIBENZYLINE	40	DUREZOL	23	ERIVEDGE	12
diclofenac potassium	46	dutasteride	41	errin	62
diclofenac sodium	23, 45, 46, 59	dutasteride-tamsulosin hcl	41	ERTACZO	58
diclofenac sodium er	46	DUTOPROL	16	ERWINAZE	10
diclofenac-misoprostol	46	DYSPORT	37	ery	56
dicloxacillin sodium	7	e.e.s. 400	7	eryped 200	7
dicyclomine hcl	26	E.E.S. GRANULES	7	eryped 400	7
didanosine	5	econazole nitrate	58	ERY-TAB	7
DIFFERIN	56	EDECRIN	18	ERYTHROCIN LACTOBIONATE	30
DIFICID	7	EDURANT	5	erythrocin stearate	7
diflorasone diacetate	57	EFFIENT	8	erythromycin	23, 56
diflunisal	46	EGRIFTA	38	erythromycin base	7
digitek	15	ELAPRASE	39	erythromycin ethylsuccinate	7
digoxin	15	ELELYSO	38	ESBRIET	55
dihydroergotamine mesylate	43	ELESTRIN	64	escitalopram oxalate	51
DILANTIN	44	ELIDEL	59	esomeprazole magnesium	27
DILANTIN INFATABS	44	ELIGARD	34	esomeprazole sodium	30
DILAUDID	47	ELIQUIS	9	estazolam	51
diltiazem hcl	17, 30	ELITEK	10	ESTRACE	64
diltiazem hcl er	17	elixophyllin	54	estradiol	64
diltiazem hcl er beads	17	ELLENC	10	estradiol valerate	64
diltiazem hcl er coated beads	17	ELMIRON	42	estradiol-norethindrone acet	62
dilt-xr	17	EMADINE	22	ESTRING	64
DIPENTUM	28	EMBEDA	47	estropipate	64
diphenhydramine hcl	21, 30	EMCYT	12	eszopiclone	51
diphtheria-tetanus toxoids dt	35	EMEND	25	ethambutol hcl	7
dipyridamole	8	emoquette	62	ethosuximide	44
disopyramide phosphate	15	EMPLICITI	10	etidronate disodium	40
disulfiram	49	EMSAM	51	etodolac	47
divalproex sodium	44	EMTRIVA	5	etodolac er	47
divalproex sodium er	44	ENABLEX	42	ETOPOPHOS	10
DIVIGEL	64	enalapril maleate	14	etoposide	10
DOCEFREZ	10	enalapril-hydrochlorothiazide	16	EURAX	59
docetaxel	10	ENBREL	45	EVAMIST	64
docusate sodium (all forms and strengths)	26	ENBREL SURECLICK	45	EVOCLIN	56
docusate sodium-casanthranol	26	endocet	48	EVOTAZ	5
dofetilide	15	ENGERIX-B	35	EVZIO	52
donepezil hcl	42	ENJUVIA	64	EXEL COMFORT POINT PEN	19
DORIBAX	30	enoxaparin sodium	9	NEEDLE	19
		entacapone	43	EXELDERM	58
		entecavir	5		

EXELON.....	42	flurandrenolide.....	57	GLASSIA.....	56
exemestane.....	12	flurazepam hcl.....	51	GLEEVEC.....	12
EXJADE.....	38	flurbiprofen.....	47	GLEOSTINE.....	12
EXTAVIA.....	40	flurbiprofen sodium.....	24	glimepiride.....	20
FABIOR.....	56	flutamide.....	12	glipizide.....	20
FABRAZYME.....	38	fluticasone propionate.....	22, 57	glipizide er.....	20
falmina.....	62	fluvastatin sodium.....	18	glipizide-metformin hcl.....	20
famciclovir.....	5	fluvastatin sodium er.....	18	global alcohol prep ease.....	19
famotidine.....	27	fluvoxamine maleate.....	51	GLUCAGEN HYPOKIT.....	19
FANAPT.....	52	fluvoxamine maleate er.....	51	GLUCAGON EMERGENCY.....	19
FANAPT TITRATION PACK.....	52	FML.....	24	glyburide.....	20
FARESTON.....	12	FML FORTE.....	24	glyburide micronized.....	20
FARXIGA.....	20	FOCALIN XR.....	49	glyburide-metformin.....	20
FARYDAK.....	12	folic acid (rx and otc).....	61	glycerin.....	26
FASLODEX.....	10	fondaparinux sodium.....	9	glycopyrrolate.....	26
FAZACLO.....	52	FORTEO.....	64	GLYXAMBI.....	20
felbamate.....	44	fosinopril sodium.....	14	granisetron hcl.....	25, 30
felodipine er.....	17	fosinopril sodium-hctz.....	16	GRANIX.....	8
FEMHRT LOW DOSE.....	64	FOSRENOL.....	40	GRASTEK.....	56
FEMRING.....	64	FRAGMIN.....	8, 9	griseofulvin microsize.....	3
fenofibrate.....	18	FREAMINE HBC.....	33	griseofulvin ultramicrosize.....	3
fenofibrate micronized.....	18	frovatriptan succinate.....	43	guanfacine hcl er.....	49
fenofibric acid.....	18	furosemide.....	18	guanidine hcl.....	40
fenopropfen calcium.....	47	FUSILEV.....	14	GYNAZOLE-1.....	65
fentanyl.....	48	FUZEON.....	5	HALAVEN.....	10
fentanyl citrate.....	48	fyavolv.....	64	halobetasol propionate.....	57
FENTORA.....	48	FYCOMPA.....	44	HALOG.....	57
FERRIPROX.....	38	gabapentin.....	44	haloperidol.....	52
ferrous fumarate.....	61	GABITRIL.....	44	haloperidol decanoate.....	52
ferrous gluconate.....	61	galantamine hydrobromide.....	42	haloperidol lactate.....	52
ferrous sulfate.....	61	galantamine hydrobromide er.....	42	HARVONI.....	5
FETZIMA.....	51	GAMASTAN S/D.....	35	HAVRIX.....	35
FETZIMA TITRATION.....	51	GAMMAGARD.....	35	heparin sodium (porcine).....	30
FINACEA.....	56	GAMMAKED.....	35	HEPATAMINE.....	33
finasteride.....	41	GAMMAPLEX.....	35	HERCEPTIN.....	10
FIRAZYR.....	39	GAMUNEX-C.....	35	HETLIOZ.....	52
FIRMAGON.....	34	ganciclovir sodium.....	10	HEXALEN.....	12
FLAREX.....	24	GARDASIL.....	35	HIBERIX.....	36
flavoxate hcl.....	42	GARDASIL 9.....	35	HORIZANT.....	44
FLEBOGAMMA DIF.....	35	gatifloxacin.....	23	HP ACTHAR.....	34
flecainide acetate.....	15	GATTEX.....	26	HUMALOG.....	19
FLORASTOR.....	26	GELNIQUE.....	42	HUMALOG KWIKPEN.....	19
FLOVENT DISKUS.....	54	gemcitabine hcl.....	10	HUMALOG MIX 50/50.....	20
FLOVENT HFA.....	54	gemfibrozil.....	18	HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN.....	20
fluconazole.....	3	GENERESS FE.....	62		20
fluconazole in dextrose.....	30	generlac.....	26	HUMALOG MIX 75/25.....	20
fluconazole in sodium chloride.....	30	gengraf.....	37	HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN.....	20
flucytosine.....	3	GENOTROPIN.....	38		20
fludarabine phosphate.....	10	GENOTROPIN MINIQUICK.....	38	HUMATROPE.....	38
fludrocortisone acetate.....	34	gentak.....	23	HUMIRA.....	46
flunisolide.....	22	gentamicin in saline.....	30	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS.....	46
fluocinolone acetonide.....	21, 57	gentamicin sulfate.....	23, 30, 57	START.....	46
fluocinolone acetonide body.....	57	GENVOYA.....	5	HUMIRA PEN.....	46
fluocinonide.....	57	GEODON INTRAMUSCULAR.....	52	HUMIRA PEN-CROHNS STARTER.....	46
fluocinonide-e.....	57	INJECTION.....	52		46
fluorometholone.....	24	gildagia.....	62	HUMIRA PEN-PSORIASIS.....	46
fluorouracil.....	10, 59	gildess 1.5/30.....	62	STARTER.....	46
fluoxetine hcl.....	51	gildess 24 fe.....	62	HUMULIN 70/30.....	20
fluphenazine decanoate.....	52	GILENYA.....	40	HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	20
fluphenazine hcl.....	52	GILOTRIF.....	12	HUMULIN N.....	20

HUMULIN N KWIKPEN	20	IONOSOL-MB IN D5W	32	KHEDEZLA	51
HUMULIN R	20	IOPIDINE	25	KINERET	46
HUMULIN R U-500		IPOL	36	<i>kionex</i>	41
(CONCENTRATED)	20	<i>ipratropium bromide</i>	22, 54	<i>klor-con</i>	19
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	20	<i>ipratropium-albuterol</i>	54	<i>klor-con 10</i>	19
<i>hydralazine hcl</i>	19	<i>irbesartan</i>	15	KLOR-CON M15	19
<i>hydrochlorothiazide</i>	18	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	16	<i>klor-con m20</i>	19
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	48	IRENKA	51	<i>klor-con sprinkle</i>	19
<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	48	IRESSA	12	KORLYM	38
<i>hydrocortisone</i>	28, 34, 57, 58	<i>irinotecan hcl</i>	10	KRISTALOSE	26
<i>hydrocortisone butyr lipo base</i>	57	ISENTRESS	5	K-TAB	19
<i>hydrocortisone butyrate</i>	58	ISOLYTE-P IN D5W	32	KUVAN	40
<i>hydrocortisone valerate</i>	58	ISOLYTE-S	32	KYNAMRO	18
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	21	<i>isoniazid</i>	7, 30	<i>labetalol hcl</i>	16, 30
<i>hydrogen peroxide</i>	59	<i>isopropyl alcohol</i>	59	<i>lactated ringers</i>	30
<i>hydromorphone hcl</i>	48	<i>isosorbide dinitrate</i>	14	<i>lactulose</i>	27
<i>hydromorphone hcl er</i>	48	<i>isosorbide dinitrate er</i>	14	<i>lamivudine</i>	5
<i>hydrophilic ointment</i>	59	<i>isosorbide mononitrate</i>	14	<i>lamivudine-zidovudine</i>	5
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	4	<i>isosorbide mononitrate er</i>	15	<i>lamotrigine</i>	44
<i>hydroxyprogesterone caproate</i>	65	<i>isradipine</i>	17	<i>lamotrigine er</i>	44
<i>hydroxyurea</i>	12	ISTODAX	10	<i>lanolin</i>	59
<i>hydroxyzine hcl</i>	22, 30	<i>itraconazole</i>	3	LANOXIN	15
<i>hydroxyzine pamoate</i>	22	<i>ivermectin</i>	3	<i>lansoprazole</i>	28
HYPERRAB S/D	36	IXEMPRA KIT	10	LANTUS	20
HYSINGLA ER	48	IXIARO	36	LANTUS SOLOSTAR	20
<i>ibandronate sodium</i>	64	JADENU	38	<i>larin 1.5/30</i>	62
IBRANCE	12	JAKAFI	12	<i>larin 1/20</i>	62
<i>ibuprofen</i>	47	JALYN	41	<i>larin fe 1.5/30</i>	62
ICLUSIG	12	<i>jantoven</i>	9	<i>larin fe 1/20</i>	62
<i>idarubicin hcl</i>	10	JANUMET	20	LASTACRAFT	23
<i>ifosfamide</i>	10	JANUMET XR	20	<i>latanoprost</i>	25
ILARIS	37	JANUVIA	20	LATUDA	53
ILEVRO	24	JENTADUETO	20	LAZANDA	48
<i>imatinib mesylate</i>	12	JENTADUETO XR	21	<i>leflunomide</i>	46
IMBRUVICA	12	JEVTANA	10	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	
<i>imipenem-cilastatin</i>	30	<i>jinteli</i>	62		12
<i>imipramine hcl</i>	51	<i>junel 1.5/30</i>	62	LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	
<i>imipramine pamoate</i>	51	<i>junel 1/20</i>	62		12
<i>imiquimod</i>	60	<i>junel fe 1.5/30</i>	62	LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	
IMOVAX RABIES	36	<i>junel fe 1/20</i>	62		12
INCRELEX	38	<i>junel fe 24</i>	62	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	
<i>indapamide</i>	18	JUXTAPID	18		12
INDOCIN ORAL SUSPENSION	47	KADCYLA	10	LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	
<i>indomethacin</i>	47	KALETRA	5		12
<i>indomethacin er</i>	47	KALYDECO	38	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	12
INFANRIX	36	KANUMA	39	LENVIMA 8MG DAILY DOSE	12
INLYTA	12	<i>kaolin-pectin</i>	26	<i>lessina</i>	62
INTELENCE	5	KAPVAY	50	LETAIRIS	55
INTRALIPID	33	<i>kariva</i>	62	<i>letrozole</i>	12
INTRON A	5	<i>kcl in dextrose-nacl</i>	32	<i>leucovorin calcium</i>	14
<i>introvale</i>	62	<i>kcl-lactated ringers-d5w</i>	32	LEUKERAN	12
INVANZ	30	<i>kelnor 1/35</i>	62	LEUKINE	8
INVEGA	53	KENALOG	58	<i>leuprolide acetate</i>	11
INVEGA SUSTENNA	53	<i>ketoconazole</i>	3, 58	<i>levallbuterol hcl</i>	54
INVEGA TRINZA	53	<i>ketoprofen</i>	47	<i>levetiracetam</i>	44
INVIRASE	5	<i>ketoprofen er</i>	47	<i>levetiracetam er</i>	44
INVOKAMET	20	<i>ketorolac tromethamine</i>	24	<i>levetiracetam in nacl</i>	30
INVOKANA	20	<i>ketotifen fumarate</i>	23	<i>levobunolol hcl</i>	25
<i>iodine</i>	59	KEVEYIS	41	<i>levocarnitine</i>	27, 30
IONOSOL-B IN D5W	32	KEYTRUDA	10	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	22

levofloxacin	8, 23, 30	meclizine hcl	25, 27	metoprolol tartrate	17, 31
levofloxacin in d5w	31	meclofenamate sodium	47	metoprolol-hydrochlorothiazide	16
LEVOLEUCOVORIN CALCIUM	14	MEDROL	34	metronidazole	3, 56, 65
levonest	62	medroxyprogesterone acetate	64	metronidazole in nacl	31
levonorgest-eth estrad 91-day	62	mefenamic acid	47	mexiletine hcl	15
levonorgestrel 1.5 mg tablet	62	mefloquine hcl	4	MIACALCIN	64
levonorgestrel-ethinyl estradiol	62	megestrol acetate	13, 27	miconazole 3	65
levora 0.15/30 (28)	62	MEKINIST	13	miconazole nitrate	59
levorphanol tartrate	48	melatonin tablet and solution	52	microgestin 1.5/30	62
levothyroxine sodium	31, 34	melatonin/pyridoxine tablet	52	microgestin 1/20	62
levoxyl	34	meloxicam	47	microgestin fe 1.5/30	62
LEXIVA	5	melphalan hcl	11	microgestin fe 1/20	62
LIALDA	28	memantine hcl	42	midodrine hcl	37
lidocaine	59	MENACTRA	36	MIGERGOT	43
lidocaine hcl	60	MENEST	64	miglitol	21
lidocaine viscous	60	MENHIBRIX	36	MIGRANAL	43
lidocaine-prilocaine	60	MENOMUNE	36	MILLIPRED	34
LINCOCIN	31	MENOSTAR	64	MINASTRIN 24 FE	62
lincomycin hcl	31	MENTAX	58	mineral oil	27
lindane	59	MENVEO	36	minocycline hcl	8
linezolid	3, 31	mercaptapurine	13	minocycline hcl er	8
LINZESS	28	meropenem	31	minoxidil	19
liothyronine sodium	35	mesalamine	28	MIRCERA	8
lisinopril	14	mesalamine-cleanser	28	mirtazapine	51
lisinopril-hydrochlorothiazide	16	mesna	14	misoprostol	28
lithium	50	MESNEX	14	mitomycin	11
lithium carbonate	50	MESTINON	40	mitoxantrone hcl	11
lithium carbonate er	50	METADATE CD	50	M-M-R II	36
LO LOESTRIN FE	62	METADATE ER	50	modafinil	52
LONSURF	13	metaproterenol sulfate	54	moexipril hcl	14
loperamide hcl	27	metformin hcl	21	moexipril-hydrochlorothiazide	16
loprezza	62	metformin hcl er	21	molindone hcl	53
loratadine	21	metformin hcl er (osm)	21	mometasone furoate	22, 58
loratadine-pseudoephedrine er	21	methadone hcl	31, 48	montelukast sodium	54
lorazepam	49	methamphetamine hcl	50	MONUROL	3
lorazepam intensol	49	methazolamide	25	morphine sulfate	48
losartan potassium	15	methenamine hippurate	3	morphine sulfate (concentrate)	48
losartan potassium-hctz	16	methimazole	35	morphine sulfate (pf)	31
LOTEMAX	24	METHITEST	34	morphine sulfate er	48
lovastatin	18	methotrexate	46	morphine sulfate er beads	48
loxapine succinate	53	methotrexate sodium	31	MOVIPREP	27
LUMIGAN	25	methotrexate sodium (pf)	31	MOXEZA	23
LUMIZYME	39	methoxsalen rapid	58	moxifloxacin hcl	8, 31
LUPRON DEPOT	34	methscopolamine bromide	28	MOZOBIL	9
LUPRON DEPOT-PED	34	methyclothiazide	18	MULTAQ	15
LYNPARZA	13	methylcellulose	27	multivitamins with minerals (all forms and strengths)	61
LYRICA	44	methylergonovine maleate	64	multivitamins, n.f.	61
LYSODREN	13	METHYLIN	50	mupirocin	57
magaldrate	28	methylphenidate hcl	50	mupirocin calcium	57
magnesium salts	28	methylphenidate hcl er	50	MUSTARGEN	11
magnesium sulfate	32	methylphenidate hcl er (cd)	50	MYCAMINE	31
MAKENA	65	methylphenidate hcl er (la)	50	mycophenolate mofetil	37
malathion	59	methylprednisolone	34	mycophenolate sodium	37
maprotiline hcl	51	methylprednisolone acetate	34	MYRBETRIQ	42
marlissa	62	methylprednisolone sodium succ	34	nabumetone	47
MARPLAN	51	methyltestosterone	34	nadolol	17
MATULANE	13	metipranolol	25	nadolol-bendroflumethiazide	16
matzim la	17	metoclopramide hcl	25, 31	nafcillin sodium	31
MAXIDEX	24	metolazone	18	nafcillin sodium in dextrose	31
		metoprolol succinate er	17		

<i>naftifine hcl</i>	58	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	4	OPCON-A	23
NAFTIN	58	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	4	OPDIVO	11
NAGLAZYME	39	<i>nitroglycerin</i>	15	OPSUMIT	55
<i>naloxone hcl</i>	52	NITROMIST	15	ORALAIR	56
<i>naltrexone hcl</i>	49	NITROSTAT	15	ORAP	53
NAMENDA XR	42	<i>nizatidine</i>	28	ORA-PLUS	22
NAMENDA XR TITRATION PACK	42	<i>nonoxynol-9</i>	63	ORAPRED ODT	34
<i>naphazoline hcl</i>	23	NORDITROPIN FLEXPPO	38	ORA-SWEET	22
NAPHCN-A	23	<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	63	ORA-SWEET SF	22
<i>naproxen</i>	47	<i>norethindrone acetate</i>	64	ORBACTIV	31
<i>naproxen dr</i>	47	<i>norethindrone-eth estradiol</i>	63	ORENCIA	46
<i>naproxen sodium</i>	47	<i>norethin-eth estradiol-fe</i>	63	ORENCIA CLICKJECT	46
<i>naproxen sodium er</i>	47	NORITATE	56	ORENITRAM	55
<i>naratriptan hcl</i>	43	<i>norlyroc</i>	63	ORFADIN	39
NASACORT ALLERGY 24HR	22	NORMOSOL-M IN D5W	32	ORKAMBI	38
NASONEX	22	NORMOSOL-R IN D5W	32	<i>orsythia</i>	63
NATACYN	25	NORMOSOL-R PH 7.4	32	ORTHO TRI-CYCLEN (28)	63
<i>nateglinide</i>	21	NORPACE CR	15	OSMOPREP	27
NATPARA	39	NORTHERA	17	OTEZLA	58
NEBUPENT	4	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	63	OTREXUP	46
<i>necon 0.5/35 (28)</i>	62	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	63	<i>oxacillin sodium</i>	31
<i>necon 1/35 (28)</i>	63	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	63	<i>oxaliplatin</i>	11
NECON 10/11 (28)	63	<i>nortrel 7/7/7</i>	63	<i>oxandrolone</i>	34
<i>necon 7/7/7</i>	63	<i>nortriptyline hcl</i>	51	<i>oxaprozin</i>	47
<i>nefazodone hcl</i>	51	NORVIR	5	<i>oxazepam</i>	49
<i>neomycin sulfate</i>	4, 59	NOXAFIL	3	<i>oxcarbazepine</i>	44
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	23	NUCALA	56	<i>oxiconazole nitrate</i>	58
<i>neomycin-polymyxin b</i>	60	NUDEXTA	44	OXISTAT	58
<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	24	NULOJIX	37	OXTELLAR XR	44
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	24	NUPLAZID	53	<i>oxybutynin chloride</i>	42
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	23, 24	NUTRILIPID	33	<i>oxybutynin chloride er</i>	42
NEPHRAMINE	33	NUTROPIN AQ NUSPIN 10	38	<i>oxycodone hcl</i>	48
NEULASTA	9	NUTROPIN AQ NUSPIN 20	38	<i>oxycodone hcl er</i>	48
NEUPOGEN	9	NUTROPIN AQ NUSPIN 5	38	<i>oxycodone-acetaminophen</i>	48
NEUPRO	43	NUTROPIN AQ PEN	38	<i>oxycodone-aspirin</i>	48
NEVANAC	24	NUVARING	63	<i>oxycodone-ibuprofen</i>	48
<i>nevirapine</i>	5	NUVESSA	65	OXYCONTIN	48
<i>nevirapine er</i>	5	NUVIGIL	52	<i>oxymorphone hcl</i>	48
NEXAVAR	13	<i>nyamyc</i>	58	<i>oxymorphone hcl er</i>	48
<i>niacin</i>	61	<i>nystatin</i>	3, 58	OXYTROL FOR WOMEN	42
<i>niacin er</i>	18	<i>nystatin-triamcinolone</i>	58	<i>paclitaxel</i>	11
<i>niacinamide</i>	61	<i>nystop</i>	58	<i>paliperidone er</i>	53
<i>niacor</i>	18	OICALIVA	27	<i>pamidronate disodium</i>	64
<i>nicardipine hcl</i>	17	OCTAGAM	36	PANCREAZE	26
<i>nicotine gum, lozenge, patch</i>	41	<i>octreotide acetate</i>	37	PANDEL	58
<i>nicotinic acid</i>	61	ODEFSEY	5	PANRETIN	60
NICOTROL	41	ODOMZO	13	<i>pantoprazole sodium</i>	28
NICOTROL NS	41	OFEV	55	<i>paricalcitol</i>	39
<i>nifedical xl</i>	17	<i>ofloxacin</i>	8, 21, 23	<i>paromomycin sulfate</i>	4
<i>nifedipine</i>	17	<i>olanzapine</i>	53	<i>paroxetine hcl</i>	51
<i>nifedipine er osmotic release</i>	17	<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i>	50	<i>paroxetine hcl er</i>	51
<i>nikki</i>	63	<i>olopatadine hcl</i>	22, 23	PASER	7
NILANDRON	13	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	18	PAXIL ORAL SUSPENSION	51
<i>nilutamide</i>	13	<i>omeprazole</i>	28	PCE	7
<i>nimodipine</i>	17	<i>omeprazole-sodium bicarbonate</i>	28	<i>pediatric electrolyte solution</i>	61
NINLARO	13	OMNITROPE	38	<i>pediatric vitamins</i>	61
<i>nisoldipine er</i>	17	ONCASPAS	11	PEDVAX HIB	36
NITRO-BID	15	<i>ondansetron</i>	25	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	27
<i>nitrofurantoin</i>	4	<i>ondansetron hcl</i>	25, 31	<i>peg-3350/electrolytes</i>	27
		ONFI	44	PEGANONE	44

PEGASYS	5	povidone	59	protriptyline hcl	51
PEGASYS PROCLICK	5	PRADAXA	9	PROVENTIL HFA	55
PEGINTRON	5	pramipexole dihydrochloride	43	prudoxin	60
PEG-INTRON REDIPEN	5	pramipexole dihydrochloride er	43	pseudoephedrine hcl	21
penicillin g pot in dextrose	31	pravastatin sodium	18	psyllium	27
penicillin g potassium	31	prazosin hcl	14	PULMICORT FLEXHALER	55
penicillin g sodium	31	PRED MILD	24	PULMICORT INHALATION	
penicillin v potassium	7	PRED-G	24	SUSPENSION 1 MG/2ML	55
PENTAM	4	PRED-G S.O.P.	24	PULMOZYME	38
PENTASA	28	prednicarbate	58	PURIXAN	13
pentoxifylline er	9	prednisolone acetate	24	PYLERA	28
PERFOROMIST	54	prednisolone sodium phosphate	34	pyrazinamide	7
perindopril erbumine	14	prednisone	34	pyrethrum	59
periogard	22	PREDNISONE INTENSOL	34	pyridostigmine bromide	40
PERJETA	11	preferred plus insulin syringe	19	pyridostigmine bromide er	40
permethrin	59	PREMARIN	64	pyridoxine (vitamin b6)	61
perphenazine	53	PREMASOL	33	QUADRACEL	36
perphenazine-amitriptyline	53	PREMPHASE	64	quasense	63
PERTZYE	26	PREMPRO	64	QUDEXY XR	45
petrolatum	60	prenatal	65	quetiapine fumarate	53
PEXEVA	51	prenatal vitamins	61	QUILLIVANT XR	50
phenelzine sulfate	51	PREVALITE	18	quinapril hcl	14
phenobarbital	44	PREZCOBIX	5	quinapril-hydrochlorothiazide	16
phenoxybenzamine hcl	40	PREZISTA	5	quinidine gluconate er	15
phenytoin	44	PRIFTIN	7	quinidine sulfate	15
phenytoin sodium	44	primaquine phosphate	4	quinine sulfate	4
phenytoin sodium extended	44	primidone	45	QVAR	55
PHOSLYRA	40	PRISTIQ	51	RABAVERT	36
PHOSPHOLINE IODIDE	25	PRIVIGEN	36	rabeprazole sodium	28
PICATO	60	PROAIR HFA	54	RAGWITEK	56
pilocarpine hcl	22, 25	PROAIR RESPICLICK	54	raloxifene hcl	64
pimozide	53	probenecid	46	ramipril	14
pindolol	17	PROCALAMINE	33	RANEXA	15
PIN-X	3	prochlorperazine	25	ranitidine	28
pioglitazone hcl	21	prochlorperazine edisylate	31	ranitidine hcl	28
pioglitazone hcl-glimepiride	21	prochlorperazine maleate	26	RAPAMUNE	37
pioglitazone hcl-metformin hcl	21	PROCRT	9	RAVICTI	41
piperacillin sod-tazobactam so	31	procto-med hc	60	REBETOL	5
piperonyl	59	procto-pak	60	REBIF	40
piroxicam	47	proctosol hc	60	REBIF REBIDOSE	40
PLASMA-LYTE 148	32	proctozone-hc	60	REBIF REBIDOSE TITRATION	
PLASMA-LYTE A	32	progesterone micronized	64	PACK	40
PLASMA-LYTE-56 IN D5W	32	PROGLYCEM	19	REBIF TITRATION PACK	40
PLEGRIDY	40	PROGRAF	31	RECLAST	64
PLEGRIDY STARTER PACK	40	PROLASTIN-C	56	RECOMBIVAX HB	36
PLENAMINE	33	PROLENSA	24	REESES PINWORM MEDICINE	3
podofilox	60	PROLEUKIN	11	REGRANEX	60
polyethylene glycol 3350	27	PROLIA	64	RELENZA DISKHALER	5
polymyxin b sulfate	31, 59	PROMACTA	9	RELI-ON INSULIN SYRINGE	19
polymyxin b-trimethoprim	23	promethazine hcl	26, 31	RELISTOR	27
POMALYST	13	propafenone hcl	15	REMICADE	46
portia-28	63	propafenone hcl er	15	REMODULIN	55
potassium chloride	19, 32	propantheline bromide	27	RENAGEL	40
potassium chloride crys er	19	proparacaine hcl	25	REVELA	41
potassium chloride er	19	propranolol hcl	17	repaglinide	21
potassium chloride in dextrose	32	propranolol hcl er	17	repaglinide-metformin hcl	21
potassium chloride in nacl	32	propranolol-hctz	16	REPATHA	18
potassium citrate er	42	propylthiouracil	35	REPATHA PUSHTRONEX	
potassium phosphate	61	PROQUAD	36	SYSTEM	18
POTIGA	45	PROSOL	33	REPATHA SURECLICK	18

RESCRIPTOR	5	sharobel	63	SULFAMYLON	60
RESTASIS	25	SIGNIFOR	38	sulfasalazine	28
RETIN-A	56	SIGNIFOR LAR	37	sulindac	47
RETIN-A MICRO	56	sildenafil citrate	55	sumatriptan	43
retinol (vitamin a)	61	SILENOR	52	sumatriptan succinate	43
RETROVIR	31	silver sulfadiazine	57	sumatriptan succinate refill	43
REVATIO	55	SIMBRINZA	25	SUPRAX	7
REVLIMID	13	simethicone	27	SUPREP BOWEL PREP	27
REXULTI	53	simple syrup	22	SURMONTIL	51
REYATAZ	5	SIMPONI	46	SUSTIVA	6
ribasphere	5	SIMPONI ARIA	46	SUTENT	13
ribasphere ribapak	5	SIMULECT	37	SYLATRON	11
ribavirin	6	simvastatin	19	SYLVANT	37
riboflavin	61	sirolimus	37	SYMBICORT	55
RIDAURA	46	SIRTURO	7	SYMLINPEN 120	20
rifabutin	7	SIVEXTRO	4, 31	SYMLINPEN 60	20
RIFAMATE	7	SKLICE	59	SYNAGIS	41
rifampin	7, 31	sodium bicarbonate	27	SYNAREL	34
RIFATER	7	sodium chloride	32, 55, 60	SYNERCID	31
riluzole	37	sodium lactate	32	SYNRIBO	11
rimantadine hcl	6	sodium phosphate monobasic	27	SYNTHROID	35
ringers	32	sodium polystyrene sulfonate	41	SYPRINE	42
RIOMET	21	SOLTAMOX	13	TABLOID	13
risedronate sodium	64	SOLU-CORTEF	34	tacrolimus	37, 60
RISPERDAL CONSTA	50	SOLU-MEDROL	34	TAFINLAR	13
risperidone	50	SOMATULINE DEPOT	37	TAGRISSO	13
RITUXAN	11	SOMAVERT	37	TALTZ	58
rivastigmine	43	SOOLANTRA	56	TAMIFLU	6
rivastigmine tartrate	43	sorine	15	tamoxifen citrate	13
rizatRIPTAN benzoate	43	sotalol hcl	15	tamsulosin hcl	41
ropinirole hcl	43	sotalol hcl (af)	15	TARCEVA	13
ropinirole hcl er	43	SOTYLIZE	15	TARGRETIN	13, 60
rosuvastatin calcium	18	SOVALDI	6	tarina fe 1/20	63
ROTARIX	36	SPIRIVA HANDIHALER	55	TASIGNA	13
ROTATEQ	36	SPIRIVA RESPIMAT	55	TASMAR	43
roweepra	45	spironolactone	18	TAZORAC	59
ROZEREM	52	spironolactone-hctz	18	taztia xt	17
RUCONEST	39	SPRITAM	45	TECENTRIQ	11
RYTARY	43	SPRYCEL	13	TECFIDERA	40
SABRIL	45	sps	41	TEFLARO	31
SAFYRAL	63	ssd	57	TEGRETOL-XR	45
SAIZEN	39	stavudine	6	TEKTURNIA	17
SAIZEN CLICK.EASY	39	STELARA	58	TEKTURNIA HCT	16
saliva substitute	22	sterile water for irrigation	60	telmisartan	15
SAMSCA	42	STIMATE	9	telmisartan-amlodipine	16
SANCUSO	26	STIVARGA	13	telmisartan-hctz	16
SANDOSTATIN LAR DEPOT	37	STRATTERA	50	temazepam	52
SANTYL	60	STRENSIQ	39	TENIVAC	36
SAPHRIS	53	streptomycin sulfate	31	terazosin hcl	14
SAVELLA	45	STRIBILD	6	terbinafine hcl	3
selegiline hcl	43	STRIVERDI RESPIMAT	55	terbutaline sulfate	55
selenium sulfide	60	STROMECTOL	4	terconazole	65
SELZENTRY	6	SUBOXONE	52	testosterone	34
sennosides	27	SUBSYS	49	testosterone cypionate	34
SENSIPAR	39	SUCRAID	41	testosterone enanthate	34
SEREVENT DISKUS	55	sucralfate	28	TESTRED	34
SEROQUEL XR	53	sulfacetamide sodium	23, 60	tetanus-diphtheria toxoids td	36
SEROSTIM	39	sulfacetamide-prednisolone	23	tetrabenazine	39
sertraline hcl	51	sulfadiazine	8	tetracycline hcl	8
SFROWASA	28	sulfamethoxazole-trimethoprim	8, 31	THALOMID	13

<i>theophylline</i>	55	<i>triamcinolone acetonide</i>	22, 58	VARUBI.....	26
<i>theophylline er</i>	55	<i>triamterene-hctz</i>	18	VASCEPA.....	19
<i>thiamine</i>	61	TRIANEX.....	58	VECTIBIX.....	11
<i>thioridazine hcl</i>	53	<i>triazolam</i>	52	VELCADE.....	11
THIOTEPA.....	11	<i>triderm</i>	58	<i>velivet</i>	63
<i>thiothixene</i>	53	<i>trifluoperazine hcl</i>	53	VELPHORO.....	41
THYMOGLOBULIN.....	37	<i>trifluridine</i>	24	VELTASSA.....	41
THYROLAR-1.....	35	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	43	VENCLEXTA.....	13
THYROLAR-1/2.....	35	<i>trilyte</i>	27	VENCLEXTA STARTING PACK.....	13
THYROLAR-1/4.....	35	<i>trimethoprim</i>	4	<i>venlafaxine hcl</i>	51
THYROLAR-2.....	35	<i>trimipramine maleate</i>	51	<i>venlafaxine hcl er</i>	51
THYROLAR-3.....	35	<i>trinessa (28)</i>	63	VENTAVIS.....	55
<i>tiagabine hcl</i>	45	TRINTELLIX.....	51	VENTOLIN HFA.....	55
TIKOSYN.....	16	TRIOSTAT.....	35	<i>verapamil hcl</i>	17
<i>timolol maleate</i>	17, 25	<i>triple antibiotic</i>	59	<i>verapamil hcl er</i>	17
<i>tinidazole</i>	4	<i>tri-previfem</i>	63	VERIPRED 20.....	34
TIROSINT.....	35	TRISENOX.....	11	VERSACLOZ.....	53
TIVICAY.....	6	<i>tri-sprintec</i>	63	VESICARE.....	42
<i>tizanidine hcl</i>	45	TRIUMEQ.....	6	VEXOL.....	24
TOBI PODHALER.....	38	<i>trivora (28)</i>	63	VIBERZI.....	28
TOBRADEX.....	23	TROKENDI XR.....	45	VIBRAMYCIN.....	8
TOBRADEX ST.....	23	TROPHAMINE.....	33	VIDEX.....	6
<i>tobramycin</i>	23, 38	<i>tropium chloride</i>	42	VIGAMOX.....	23
<i>tobramycin sulfate</i>	31	<i>tropium chloride er</i>	42	VIIBRYD.....	51
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	23	TRULICITY.....	20	VIIBRYD STARTER PACK.....	51
<i>tolazamide</i>	21	TRUMENBA.....	36	VIMPAT.....	45
<i>tolbutamide</i>	21	TRUVADA.....	6	<i>vinblastine sulfate</i>	11
<i>tolcapone</i>	43	TUDORZA PRESSAIR.....	55	<i>vincasar pfs</i>	11
<i>tolmetin sodium</i>	47	TWINRIX.....	36	<i>vincristine sulfate</i>	11
<i>tolnaftate</i>	59	TYBOST.....	6	<i>vinorelbine tartrate</i>	11
<i>tolterodine tartrate</i>	42	TYGACIL.....	31	VIOKACE.....	26
<i>tolterodine tartrate er</i>	42	TYKERB.....	13	VIRACEPT.....	6
<i>topiramate</i>	45	TYPHIM VI.....	36	VIRAMUNE XR TABLET 100 MG.....	6
<i>topiramate er</i>	45	TYSABRI.....	40	VIRAZOLE.....	41
<i>topotecan hcl</i>	11	TYVASO.....	55	VIREAD.....	6
TORISEL.....	11	TYZEKA.....	6	VISTIDE.....	32
<i>toremide</i>	18	TYZINE.....	22	<i>vitamin b complex</i>	61
TOUJEO SOLOSTAR.....	20	UCERIS.....	28	<i>vitamin d (rx and otc)</i>	61
<i>tpn electrolytes</i>	33	ULORIC.....	46	<i>vitamin e, oral</i>	61
TRACLEER.....	55	<i>unithroid</i>	35	VITEKTA.....	6
TRADJENTA.....	21	UPTRAVI.....	55	VIVITROL.....	49
<i>tramadol hcl</i>	49	UROCIT-K 10.....	42	VOLTAREN.....	46
<i>tramadol hcl er</i>	49	UROCIT-K 15.....	42	<i>voriconazole</i>	3, 32
<i>tramadol hcl er (biphasic)</i>	49	UROCIT-K 5.....	42	VOTRIENT.....	13
<i>tramadol-acetaminophen</i>	49	<i>ursodiol</i>	27	VPRIV.....	38
<i>trandolapril</i>	14	UVADEX.....	11	VRAYLAR.....	53
<i>trandolapril-verapamil hcl er</i>	16	VAGIFEM.....	64	<i>vyfemla</i>	63
<i>tranexamic acid</i>	9	<i>valacyclovir hcl</i>	6	VYTORIN.....	19
TRANSDERM-SCOP PATCH.....	26	VALCHLOR.....	60	VYVANSE.....	50
<i>tranylcypromine sulfate</i>	51	VALCYTE.....	6	<i>warfarin sodium</i>	9
TRAVASOL.....	33	<i>valganciclovir hcl</i>	6	WELCHOL.....	19
TRAVATAN Z.....	25	<i>valproate sodium</i>	31, 45	<i>witch hazel</i>	60
<i>travoprost</i>	25	<i>valproic acid</i>	45	XALKORI.....	13
<i>trazodone hcl</i>	51	<i>valsartan</i>	15	XARELTO.....	9
TREANDA.....	11	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	16	XARELTO STARTER PACK.....	9
TRECATOR.....	8	<i>vancomycin hcl</i>	4, 32	XELJANZ.....	46
TRELSTAR MIXJECT.....	34	<i>vandazole</i>	65	XELJANZ XR.....	46
<i>tretinoin</i>	13, 56	VAQTA.....	36	XENAZINE.....	39
<i>tretinoin microsphere</i>	57	VARIVAX.....	36		
TREXALL.....	46	VARIZIG.....	36		

XEOMIN	37
XGEVA	64
XIFAXAN	4
XIGDUO XR	21
XOLAIR	56
XOPENEX HFA	55
XTANDI	13
XYREM	52
YERVOY	11
YF-VAX	36
YONDELIS	11
<i>zafirlukast</i>	55
<i>zaleplon</i>	52
ZALTRAP	11
ZANOSAR	11
ZARXIO	9
ZAVESCA	38
ZELBORAF	13
ZEMAIRA	56
ZENCHENT	63
ZENCHENT FE	63
ZENPEP	26
ZERBAXA	32
ZETIA	19
ZIAGEN	6
<i>zidovudine</i>	6
<i>zinc oxide</i>	60
ZINECARD	14
ZIOPTAN	25
<i>ziprasidone hcl</i>	53
ZIRGAN	24
ZMAX	7
<i>zoledronic acid</i>	64
ZOLINZA	14
<i>zolmitriptan</i>	43
<i>zolpidem tartrate</i>	52
<i>zolpidem tartrate er</i>	52
ZOMACTON	39
ZONALON	60
<i>zonisamide</i>	45
ZONTIVITY	8
ZORBTIVE	39
ZORTRESS	37
ZOSTAVAX	36
<i>zovia 1/35e (28)</i>	63
<i>zovia 1/50e (28)</i>	63
ZOVIRAX	60
ZUBSOLV	52
ZYDELIG	14
ZYKADIA	14
ZYLET	24
ZYPREXA	53
ZYPREXA RELPREVV	53
ZYTIGA	14
ZYVOX	4

LA DISCRIMINACIÓN ES CONTRA LA LEY



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

Tufts Health Plan:

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

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de Tufts Health Plan a 855.393.3154.

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

Tufts Health Plan

Attention: Civil Rights Coordinator, Legal Dept.

705 Mount Auburn St.

Watertown, MA 02472

Phone: 888.880.8699 ext. 48000, [TTY number— 866-930-9252]

Fax: 617.972.9048

Email: OCRCoordinator@tufts-health.com

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el coordinador de derechos civiles con Tufts Health Plan está a su disposición para brindársela.

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

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

Phone: 800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)

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

TuftsHealthUnify.org | 855.393.3154

For no cost translation in English, call the number on your ID card.

Arabic للحصول على خدمة الترجمة المجانية باللغة العربية، يرجى الاتصال على الرقم المدون على بطاقة الهوية الخاصة بك.

Chinese 若需免費的中文版本，請撥打 ID 卡上的電話號碼。

French Pour demander une traduction gratuite en français, composez le numéro indiqué sur votre carte d'identité.

German Um eine kostenlose deutsche Übersetzung zu erhalten, rufen Sie bitte die Telefonnummer auf Ihrer Ausweiskarte an.

Greek Για δωρεάν μετάφραση στα Ελληνικά, καλέστε τον αριθμό που αναγράφεται στην αναγνωριστική κάρτας σας.

Haitian Creole Pou jwenn tradiksyon gratis nan lang Kreyòl Ayisyen, rele nimewo ki sou kat ID ou.

Italian Per la traduzione in italiano senza costi aggiuntivi, è possibile chiamare il numero indicato sulla tessera identificativa.

Japanese 日本語の無料翻訳については ID カードに書いてある番号に電話してください。

Khmer (Cambodian) សម្រាប់សេវាបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃជា ភាសាខ្មែរ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក។

Korean 한국어로 무료 통역을 원하시면, ID 카드에 있는 번호로 연락하십시오.

Laotian ສຳລັບການແປພາສາເປັນພາສາລາວທີ່ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ, ໃຫ້ໂທຫາເບີທີ່ຢູ່ເທິງບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ.

Navajo Doo bááh ilíní da Diné k'ehjí álnéehgo, hodiilnih béésh bee haní'é bee nées ho'dílingo nantinígíí bikáá'.

Persian برای ترجمه رایگا فارسی به شماره تلفن مندرج در کارت شناسائی تان زنگ بزنید.

Polish Aby uzyskać bezpłatne tłumaczenie w języku polskim, należy zadzwonić na numer znajdujący się na Pana/i dowodzie tożsamości.

Portuguese Para tradução grátis para português, ligue para o número no seu cartão de identificação.

Russian Для получения услуг бесплатного перевода на русский язык позвоните по номеру, указанному на идентификационной карточке.

Spanish Por servicio de traducción gratuito en español, llame al número de su tarjeta de miembro.

Tagalog Para sa walang bayad na pagsasalin sa Tagalog, tawagan ang numero na nasa inyong ID card.

Vietnamese Để có bản dịch tiếng Việt không phải trả phí, gọi theo số trên thẻ căn cước của bạn.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llame a *Tufts Health Unify* al **855-393-3154** (TTY: 888-391-5535), siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

Para más información, visite TuftsHealthUnify.org.

Updated: 11/2016
Formulary ID: 16410 Version: 22
H7419_5371A_SP