



Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) un plan Medicare-Medi-Cal

Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos o Formulario) para el 2026

LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN.

Identificación de Presentación del Archivo del Formulario Aprobado por el Sistema de Administración de Planes de Salud (Health Plan Management System, HPMS): 0026144, Número de Versión: 11.

Esta *Lista de Medicamentos* se actualizó el 05/01/2026

Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros llamando al (800) 665-3086, TTY: 711, del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora local o visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

05/01/2026

1

H303802FES0526

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

Introducción

Este documento se denomina *Lista de Medicamentos Cubiertos* (también conocido como *Lista de Medicamentos*). En esta, se indica qué medicamentos cubre nuestro plan. En la *Lista de Medicamentos*, también se indica si hay políticas o restricciones especiales sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Los términos principales y sus definiciones aparecen en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

Tabla de contenidos

A. Descargos de responsabilidad	4
B. Preguntas más frecuentes (Frequently Asked Questions, FAQ)	10
B1. ¿Qué medicamentos recetados se encuentran en la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i> ? (Abreviamos la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i> como “Lista de Medicamentos”).	10
B2. ¿La <i>Lista de medicamentos</i> se modifica?.....	11
B3. ¿Qué ocurre cuando hay un cambio en la <i>Lista de Medicamentos</i> ?.....	12
B4. ¿Existen restricciones o límites en la cobertura de los medicamentos o pasos necesarios que se deben seguir para obtener ciertos medicamentos?	13
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que necesito tiene límites o si tengo que seguir algunos pasos necesarios para obtenerlo?.....	14
B6. ¿Qué ocurre si nuestro plan cambia sus políticas sobre la cobertura de algunos medicamentos (por ejemplo, si cambia condiciones como la autorización previa, los límites de cantidad o las restricciones en la terapia progresiva)?.....	14
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la <i>Lista de Medicamentos</i> ?.....	15
B8. ¿Qué ocurre si el medicamento que necesito tomar no está incluido en la <i>Lista de Medicamentos</i> ?	15
B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo del plan y no puedo encontrar mi medicamento en la <i>Lista de Medicamentos</i> o tengo problemas para obtener mi medicamento?.....	15

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



B10. ¿Puedo solicitar una excepción para cubrir mi medicamento?	18
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?	18
B12. ¿Cuánto tiempo se requiere para obtener una excepción?	18
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?.....	19
B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?	19
B15. ¿Nuestro plan cubre productos OTC no farmacológicos?	19
B16. ¿Nuestro plan cubre los suministros de recetas médicas a largo plazo?	19
B17. ¿Mi farmacia local puede enviarme mis recetas médicas a mi hogar?	20
B18. ¿Cuál es mi copago?	20
C. Resumen de la <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i>	21
C1. Lista de Medicamentos por Enfermedad	21
D. Índice de Medicamentos Cubiertos	122



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

A.Descargos de responsabilidad

Esta es una lista de medicamentos que los miembros pueden obtener en nuestro plan.

- ❖ Siempre puede revisar la *Lista de Medicamentos Cubiertos* de nuestro plan en línea visitando el sitio web MolinaHealthcare.com/Medicare o por teléfono llamando al (800) 665-3086, (TTY: 711). Esta llamada es gratuita.
- ❖ Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como en sistema braille, audio o en letra grande. Llame al número que aparece en el pie de página de este documento. La llamada es gratuita.
- ❖ Molina Healthcare es un plan C-SNP, D-SNP y HMO con un contrato de Medicare. Los planes D-SNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción depende de la renovación del contrato.
- ❖ La discriminación va en contra de la ley. Molina Healthcare cumple con las leyes Federales y Estatales de derechos civiles. Molina Healthcare no discrimina ilegalmente, no excluye gente ni la trata de forma diferente por su sexo, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad de origen, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género ni orientación sexual.

Molina Healthcare proporciona lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos y oportunos para personas con discapacidades para comunicarse con nosotros, por ejemplo:
 - ✓ Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - ✓ Información escrita en otros formatos (letra de molde grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios de idioma gratuitos y oportunos para personas cuya lengua materna no sea inglés, por ejemplo:
 - ✓ Intérpretes calificados.
 - ✓ Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Molina Healthcare entre las 7:00 a. m. y las 7:00 p. m. llamando al 1-888-665-4627. Si tiene dificultades de audición o del habla, llame al 711. Si lo desea, puede disponer de este documento en sistema Braille, letra grande, casete o formato electrónico. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos, llame o escriba a:

Molina Healthcare
Civil Rights Coordinator
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

Por teléfono: 1-866-606-3889. Si tiene dificultades de audición o del habla, llame al 711.

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

Si considera que Molina Healthcare no brindó estos servicios o que discriminó de manera ilegal de otra manera por motivos de sexo, raza, color de piel, religión, ascendencia, nacionalidad de origen, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afección médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja al Coordinador de Derechos Civiles de Molina Healthcare. Puede presentar una queja por teléfono, por escrito, en persona o de manera electrónica:

- Por teléfono: Comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Molina Healthcare entre las 8:30 a. m. y las 5:30 p. m. llamando al 1-866-606-3889. O bien si tiene dificultades de audición o del habla, llame al 711.
- Por escrito: Complete un formulario de queja o escriba una carta y envíela a la siguiente dirección:
Molina Healthcare
Civil Rights Coordinator
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802
- En persona: Visite el consultorio de su médico o las oficinas de Molina Healthcare e indique que desea presentar una queja.
- Electrónicamente: Envíe un correo electrónico a civil.rights@molinahealthcare.com. También puede visitar el sitio web de Molina Healthcare en <https://molinahealthcare.Alertline.com>.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CALIFORNIA

También puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Salud de California (California Department of Health Care Services) por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

- Por teléfono: Llame al 916-440-7370. Si tiene dificultades de la audición o del habla, llame al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones).
- Por escrito: Complete un formulario de queja o envíe una carta a:
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413
Sacramento, CA 95899-7413
Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- Electrónicamente: Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE EE. UU.

Puede presentar una queja por derechos civiles si considera que ha sido discriminado(a) por su raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad, o sexo al Departamento de Salud y Servicios Humanos civiles de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

- **Por teléfono:** Llame al 1-800-368-1019. Si tiene dificultades de audición o del habla, llame al servicio de TTY/TDD: 1-800-537-7697.
- **Por escrito:** Complete un formulario de queja o envíe una carta a:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D. C. 20201
Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- **Electrónicamente:** Visite el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

❖ *Este documento está disponible de forma gratuita en árabe, armenio, camboyano, chino, persa, hmong, coreano, laosiano, ruso, español, tagalo y vietnamita.*

Aviso de disponibilidad de los servicios de asistencia lingüística y Recursos y servicios auxiliares

English

ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-665-0898 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-665-0898 (TTY: 711). These services are free of charge.

العربية (Arabic)

يرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-665-0898، (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY: يمكنهم الاتصال على 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير، اتصل بـ 1-800-665-0898 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY: يمكنهم الاتصال على 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

Ուժեղացրե՛ք ձեր հարկավոր է աջակցությունն ձեր լեզվով, ապա զանգահարե՛ք 1-800-665-0898 (711) հեռախոսահամարով: Հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար գործում են նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշոր տպատառով տրամադրվող նյութեր: Այս դեպքում զանգահարե՛ք 1-800-665-0898 (711) հեռախոսահամարով: Ծառայությունները գործում են անվճար:



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-665-0898 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរសព្ទមកលេខ 1-800-665-0898 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的语言提供帮助，请致电 1-800-665-0898 (711)。另外还提供针对残疾人士的辅助工具和服务，例如盲文文件和大字体文件。请致电 1-800-665-0898 (711)。这些服务均免费提供。

فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود راهنمایی دریافت کنید، با 1-800-665-0898 (711) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌هایی با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با 1-800-665-0898 (711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-665-0898 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-665-0898 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निशुल्क हैं।

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-665-0898 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-665-0898 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注記：日本語での対応が必要な場合は 1-800-665-0898 (711) までお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスもご用意しております。1-800-665-0898 (711)までお電話ください。これらのサービスは無料です

한국어 (Korean)

알림: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-665-0898 (711)번으로 전화하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 지원 및 서비스도 이용하실 수 있습니다. 1-800-665-0898 (711)번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-665-0898 (711). ນອກນີ້ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນຜູ້ການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ມີໂຕເພີ່ມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-665-0898 (711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣີ.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-665-0898 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-665-0898 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ 1-800-665-0898 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-665-0898 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-665-0898 (TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-665-0898 (TTY: 711). Такие услуги бесплатны.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-665-0898 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-665-0898 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-665-0898 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-665-0898 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-665-0898 (711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-665-0898 (711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-665-0898 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами й послугами, наприклад отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-665-0898 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-665-0898 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-665-0898 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

Otros idiomas

Usted puede obtener este *Manual del Miembro* y otros materiales del plan en otros idiomas sin costo alguno para usted. Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) proporciona traducciones escritas realizadas por traductores calificados. Llame al (800) 665-3086 (TTY: 711). La llamada es gratuita. Lea este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre los servicios de asistencia de idiomas de la atención médica, como los servicios de traducción e intérprete.

Otros formatos

Puede obtener esta información, de manera oportuna, en otros formatos como en sistema braille, letra de molde de 20 puntos, letra de molde grande, formato de audio y formatos electrónicos accesibles (CD de datos) sin costo alguno para usted. Llame al (800) 665-3086 (TTY: 711). La llamada es gratuita.

Servicios de intérprete

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) ofrece servicios de interpretación, así como lenguaje de señas, por parte de un intérprete calificado, las 24 horas del día, sin costo



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

alguno para usted. No tiene que recurrir a un familiar o amigo como intérprete. No recomendamos el uso de menores como intérpretes, salvo en casos de emergencia. Los servicios de interpretación, lingüísticos y culturales están disponibles de forma gratuita. La ayuda está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para obtener ayuda con el idioma o para conseguir este manual en otro idioma, llame al (800) 665-3086 (TTY: 711). La llamada es gratuita.

- ❖ Usted puede pedir que le enviemos siempre información en el idioma o formato que necesite. A esto se le llama una “solicitud permanente”. Llame al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Un representante del Departamento de Servicios para Miembros representante puede ayudarlo(a) a realizar o cambiar una solicitud permanente. Llevaremos un registro de su solicitud permanente para que así no tenga que hacer solicitudes por separado cada vez que le enviemos información.

B. Preguntas más frecuentes (Frequently Asked Questions, FAQ)

Encuentre las respuestas a las preguntas que tenga sobre la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)*. Puede leer las preguntas más frecuentes para obtener más información, o bien buscar una pregunta y ver su respuesta.

B1. ¿Qué medicamentos recetados se encuentran en la *Lista de Medicamentos Cubiertos*? (Abreviamos la *Lista de Medicamentos Cubiertos* como “Lista de Medicamentos”).

Los medicamentos que figuran en la *Lista de Medicamentos* que comienza en la **Sección C1** son los medicamentos cubiertos por Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP). Estos medicamentos están disponibles en las farmacias de nuestra red. Una farmacia está incluida dentro de nuestra red si tenemos un contrato para trabajar con ellos y ofrecerle los servicios. Nos referimos a estas farmacias como “farmacias de la red”.

Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Rx al 800-977-2273. Lleve consigo su tarjeta de identificación de beneficiario de Medi-Cal (BIC) cuando obtenga medicamentos recetados a través de Medi-Cal Rx.

- Nuestro plan cubrirá todos los medicamentos médicamente necesarios incluidos en la *Lista de Medicamentos* si se cumplen las dos condiciones que se indican a continuación:
 - su médico u otra persona que le receta indican que los necesita para mejorar o mantenerse sano(a),
 - nuestro plan está de acuerdo con que el medicamento es médicamente necesario para usted, **y**
 - usted surte la receta en una farmacia de la red del plan.
- En algunos casos, deberá seguir pasos adicionales para obtener un medicamento. Consulte la pregunta B4 para obtener más información.

También puede encontrar una lista actualizada de los medicamentos que tienen cobertura en nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com/Medicare o puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece al pie de página de este documento.

B2. ¿La *Lista de medicamentos* se modifica?

Sí, y nuestro plan debe seguir las políticas de Medicare y Medi-Cal cuando realiza cambios. Durante el año, podemos agregar medicamentos a la *Lista de Medicamentos* o eliminar medicamentos de ella.

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

- decidir si exigir o no una autorización previa para adquirir algún medicamento. (Una autorización previa es el permiso otorgado por nuestro plan antes de que usted pueda obtener un medicamento).
- Añadir o cambiar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (llamado límites de cantidades).
- Añadir o cambiar restricciones de terapia progresiva con respecto a un medicamento. (Terapia progresiva significa que usted podría tener que probar un medicamento antes que cubramos otro medicamento.)

Para obtener más información sobre estas políticas de medicamentos, consulte la pregunta B4.

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **principio** del año, generalmente no retiraremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que:



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

- se incorpore al mercado un nuevo medicamento más económico y que sea tan efectivo como alguno de los medicamentos que se encuentran en la *Lista de Medicamentos* actual, o
- nos enteramos de que un medicamento no es seguro, o
- un medicamento es retirado del mercado.

Las preguntas B3 y B6 a continuación contienen más información sobre lo que ocurre cuando se modifica la *Lista de Medicamentos*.

- Siempre puede consultar la *Lista de Medicamentos* actualizada de nuestro plan en línea en MolinaHealthcare.com/Medicare. Las actualizaciones de la *Lista de Medicamentos* se publican en el sitio web mensualmente.
- También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece al pie de página de este documento para revisar la *Lista de Medicamentos* actual.

B3. ¿Qué ocurre cuando hay un cambio en la *Lista de Medicamentos*?

Algunos cambios a la *Lista de Medicamentos* serán **inmediatos**. Por ejemplo:

- **Sustituciones de ciertas nuevas versiones de medicamentos.** Podemos retirar inmediatamente los medicamentos de la *Lista de Medicamentos* si los reemplazamos con ciertas versiones nuevas de ese medicamento, pero su costo por el nuevo medicamento seguirá siendo de \$0. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento, también podemos decidir mantener el medicamento de marca registrada o el producto biológico original en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.
 - Es posible que no le avisemos antes de efectuar el cambio, pero le enviaremos información sobre los cambios específicos que hagamos cuando esto ocurra.
 - Podemos realizar estos cambios solo si el medicamento que añadimos:
 - es una nueva versión genérica de un medicamento de marca registrada, o
 - es una nueva versión biosimilar de los productos biológicos originales en la *Lista de Medicamentos* (por ejemplo, agregar un biosimilar intercambiable que se pueda sustituir por un producto biológico original sin una nueva receta).
 - Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la **Sección B14**.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

- Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a esos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos que puede tomar para una excepción. Consulte las preguntas de la B10 a la B12 para obtener más información sobre las excepciones.
- **Retirar los medicamentos inseguros y otros medicamentos que se retiran del mercado.** A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, es posible que lo eliminemos inmediatamente de la *Lista de Medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de realizar el cambio. Hable con su médico u otra persona que le receta para encontrar una alternativa que sea segura para usted.

Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los medicamentos que usted toma. Le diremos con anticipación acerca de estos otros cambios a la *Lista de Medicamentos*. Estos cambios pueden ocurrir si:

- La FDA proporciona nuevas guías o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Eliminamos un medicamento de marca registrada de la *Lista de Medicamentos* al agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado, o
- eliminamos un producto biológico original al agregar un biosimilar, o
- cambiamos las reglas o límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando estos cambios se efectúen, realizaremos lo siguiente:

- le avisaremos, por lo menos, 30 días antes de implementar el cambio en la *Lista de Medicamentos* o
- le avisaremos y le proporcionaremos un suministro de medicamentos de 31 días después de que solicite una renovación.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otra persona que le receta. Él o ella pueden ayudarlo(a) a decidir lo siguiente:

- si hay algún otro medicamento similar en la *Lista de Medicamentos* que pueda tomar en su lugar o
- si debe pedir una excepción a estos cambios. Para conocer más sobre las excepciones, consulte las preguntas de la B10 a la B12.

B4. ¿Existen restricciones o límites en la cobertura de los medicamentos o pasos necesarios que se deben seguir para obtener ciertos medicamentos?



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

Sí, algunos medicamentos tienen políticas de cobertura o límites en la cantidad que puede obtener. En algunos casos, usted, su médico u otra persona que le receta deben seguir una serie de pasos para obtener el medicamento. Por ejemplo:

- **Autorización previa:** Para algunos medicamentos, usted, su médico u otra persona que le receta deben obtener una autorización de nuestro plan antes de surtir la receta médica. Una autorización previa es diferente a una remisión. Es posible que nuestro plan no cubra el medicamento si usted no obtiene una autorización previa.
- **Límites de cantidades:** Algunas veces, nuestro plan limita la cantidad de un medicamento que puede recibir.
- **Terapia progresiva:** A veces, nuestro plan le solicita que realice terapia progresiva. Esto significa que tendrá que probar medicamentos en un orden determinado para el tratamiento de su enfermedad. Tendrá que probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento. Si la persona que le receta cree que el primer medicamento no funciona para tratar su enfermedad, entonces cubriremos el segundo.

Puede ver si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales en las tablas de la **Sección C1**. También puede obtener más información en nuestro sitio web MolinaHealthcare.com/Medicare. Publicamos documentos en línea en los que se explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia progresiva. También puede pedirnos que le enviemos una copia.

Puede solicitar una excepción a estos límites. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otra persona que le receta. Él o ella lo podrán ayudar a decidir si hay otro medicamento similar en la *Lista de Medicamentos* que usted pueda tomar en su lugar o si tiene que solicitar una excepción. Consulte las preguntas de la B10 a la B12 para obtener más información sobre las excepciones.

B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que necesito tiene límites o si tengo que seguir algunos pasos necesarios para obtenerlo?

La tabla de la sección titulada “Lista de medicamentos por afección médica” tiene una columna llamada “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”.

B6. ¿Qué ocurre si nuestro plan cambia sus políticas sobre la cobertura de algunos medicamentos (por ejemplo, si cambia condiciones como la autorización previa, los límites de cantidad o las restricciones en la terapia progresiva)?

En algunos casos, le notificaremos con antelación si agregamos o cambiamos las condiciones sobre la autorización previa, los límites de cantidad o las restricciones en la terapia progresiva de un



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

medicamento. Consulte la pregunta B3 para obtener más información sobre este aviso previo y las situaciones en las que es posible que no le notifiquemos con antelación los cambios de las políticas sobre los medicamentos de la *Lista de Medicamentos*.

B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la *Lista de Medicamentos*?

Hay dos maneras de encontrar un medicamento:

- puede buscar alfabéticamente, o
- puede buscar por enfermedad.

Para buscar **alfabéticamente**, vaya al Índice de la sección Medicamentos Cubiertos. Puede encontrarlo en la **Sección D**.

Para buscar **por enfermedad**, busque la **Sección C1** llamada “Lista de Medicamentos por Enfermedad”. Los medicamentos de esta sección se agrupan en categorías según el tipo de enfermedades que tratan. Por ejemplo, si tiene una enfermedad cardíaca, debe buscar en la categoría Cardiovascular. Ahí es donde encontrará medicamentos que tratan las enfermedades cardíacas.

B8. ¿Qué ocurre si el medicamento que necesito tomar no está incluido en la *Lista de Medicamentos*?

Si no encuentra su medicamento en la *Lista de Medicamentos*, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece al pie de página de este documento para solicitar información. Si le informan que nuestro plan no cubrirá el medicamento, puede tomar alguna de las siguientes medidas:

- Solicitar al *Departamento de Servicios para Miembros* una lista de medicamentos que son similares al que tiene que tomar. A continuación, muestre la lista a su médico o a la persona que le receta. Esta persona le puede recetar un medicamento que sea similar al que necesita tomar y que se encuentre en la *Lista de Medicamentos*. **O**
- Pídale a nuestro plan que haga una excepción para cubrir su medicamento. Consulte las preguntas de la B10 a la B12 para obtener más información sobre las excepciones.

B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo del plan y no puedo encontrar mi medicamento en la *Lista de Medicamentos* o tengo problemas para obtener mi medicamento?

Podemos ayudarlo(a). Podemos cubrir el suministro temporal de 31 días de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

otra persona que le receta. Él o ella lo podrán ayudar a decidir si hay otro medicamento similar en la *Lista de Medicamentos* que usted pueda tomar en su lugar o si tiene que solicitar una excepción.

Si su receta médica está escrita para menos días, permitiremos varias renovaciones hasta proveer un máximo de 31 días del medicamento.

Cubriremos un suministro de 31 días de su medicamento si:

- está tomando un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos*, o
- nuestras reglas del plan no le permiten obtener la cantidad solicitada por la persona que le receta, o
- se requiere una autorización previa por parte de nuestro plan para obtener el medicamento, o
- está tomando un medicamento sujeto a una restricción de terapia progresiva.

Si está tomando un medicamento que nuestro plan no considera un medicamento de la Parte D, y el medicamento no está en la *Lista de Medicamentos*, y tiene problemas para obtenerlo, puede estar cubierto a través de Medi-Cal Rx. Si un medicamento excluido de la Parte D requiere una excepción y usted tiene una emergencia, Medi-Cal Rx le proporcionará un suministro del medicamento de al menos para 72 horas. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Lleve consigo su tarjeta de identificación de beneficiario de Medi-Cal (BIC) cuando obtenga medicamentos recetados a través de Medi-Cal Rx.

Podemos ayudarlo(a) si se encuentra en una residencia para ancianos o en otro centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no ha en la *Lista de Medicamentos*, o si no puede obtener fácilmente el medicamento que necesita. Si usted ha estado en el plan durante más de 90 días, reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato, tomaremos las siguientes medidas:

- cubriremos un suministro de 31 días del medicamento que necesite (a menos que tenga una receta médica por menos días), independientemente de si es un miembro nuevo del plan.
- Esto es además del suministro provisional durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.

Política de transición



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

Es posible que los miembros nuevos de nuestro plan estén tomando medicamentos que no están en nuestro formulario o que están sujetos a ciertas restricciones, como la autorización previa o la terapia progresiva. Los miembros actuales también pueden resultar afectados por los cambios en nuestro formulario de un año al otro. Los miembros deben hablar con sus médicos para decidir si deben cambiarse a otro medicamento cubierto o solicitar una excepción de formulario con el fin de obtener la cobertura del medicamento. Consulte el Manual del Miembro para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si su medicamento no está en nuestro formulario, está sujeto a determinadas restricciones, como la autorización previa o la terapia progresiva, o si ya no estará en nuestro formulario del próximo año y usted necesita ayuda para reemplazarlo con un medicamento diferente cubierto o solicitar una excepción de formulario.

Durante el periodo en que los miembros consultan con sus médicos para determinar el curso de acción correcto, es posible que proporcionemos un suministro temporal del medicamento que no está en el formulario si esos miembros necesitan renovar el medicamento durante los primeros 90 días de la nueva membresía en nuestro plan para medicamentos de la Parte D. Si usted es un miembro actual afectado por un cambio en el formulario de un año al otro, proporcionaremos un suministro provisional del medicamento que no está en el formulario si necesita una renovación del medicamento durante los primeros 90 días del nuevo año del plan.

Cuando un miembro va a una farmacia de la red porque le proporcionamos un suministro provisional de un medicamento que no está en nuestro formulario, está sujeto a restricciones o tiene límites de cobertura (pero que de otro modo se considera un “medicamento Parte D”), cubriremos un suministro de 31 días (a menos que la receta esté hecha para menos días). Por lo general, después de cubrir el suministro provisional de 31 días, no cubriremos nuevamente estos medicamentos como parte de nuestra política de transición.

Le enviaremos un aviso por escrito después de cubrir su suministro provisional. En este aviso, se explicarán los pasos que puede seguir para solicitar una excepción y cómo trabajar con su médico para decidir si debe cambiar su medicamento por uno apropiado que sí esté cubierto.

Si un nuevo miembro es residente de un centro de atención a largo plazo (como una residencia para ancianos), cubriremos un suministro temporal de transición de 31 días (a menos que la receta esté escrita para menos días). Si es necesario, cubriremos más de una renovación de estos medicamentos durante los primeros 90 días en que se inscriba un nuevo miembro en nuestro plan. Si el residente ha estado inscrito en nuestro plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario o está sujeto a otras restricciones, tales como una terapia progresiva o dosis limitada, cubriremos un suministro provisional de emergencia de 31 días de ese medicamento (a menos que tenga una receta médica por una cantidad menor de días) mientras el miembro tramita una excepción de formulario. Existen excepciones disponibles en situaciones en que usted experimenta un cambio en el nivel de atención que recibe, que también requiere que realice una transición desde un centro de



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

tratamiento a otro. En dichas circunstancias, usted sería elegible para una excepción provisional de un surtido por única vez, aunque hayan pasado los primeros 90 días como miembro del plan.

B10. ¿Puedo solicitar una excepción para cubrir mi medicamento?

Sí. Puede solicitar a nuestro plan una excepción para que cubra un medicamento que no esté incluido en la *Lista de Medicamentos*.

También puede solicitarnos que cambiemos las políticas de su medicamento.

- Por ejemplo, nuestro plan puede limitar la cantidad de un medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite, puede solicitar que cambiemos el límite y se otorgue más cobertura.
- Otros ejemplos: Puede solicitar que quitemos las restricciones de la terapia progresiva o los requisitos de autorización previa.

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

Si desea solicitar una excepción, llame al *Departamento de Servicios para Miembros*. El Departamento de Servicios para Miembros trabajará con usted y con la persona que le recete para solicitar una excepción. También puede leer el **Capítulo G2** de la **Sección 2** del *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las excepciones.

B12. ¿Cuánto tiempo se requiere para obtener una excepción?

Después de que obtengamos una declaración de la persona que le receta que respalde su solicitud de una excepción, le informaremos nuestra decisión dentro de 72 horas. Su médico u otra persona que le receta puede enviarnos la declaración de respaldo por correo postal o por fax al (866) 290-1309. También puede comunicárnoslo por teléfono y, luego, enviar la declaración por fax o por correo postal.

Envíe la declaración de la persona que le receta a:
Molina Healthcare
Attn: Pharmacy Department
7050 S Union Park Center, Suite 600
Midvale, Utah 84107

Si usted o la persona que le receta consideran que su salud podría verse afectada por esperar 72 horas para recibir la resolución, puede solicitar una excepción acelerada. Esta es una decisión más rápida. Si la persona que le receta respalda su solicitud, le informaremos de la resolución dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de la declaración de respaldo de la persona que le receta.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos tienen los mismos principios activos que los medicamentos de marca registrada. Por lo general, el costo es menor en comparación con el medicamento de marca registrada y suelen funcionar igual de bien. Normalmente no tienen nombres conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA). Existen medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente se pueden sustituir por medicamentos de marca registrada en la farmacia sin una nueva receta, dependiendo de las leyes estatales.

Nuestro plan cubre medicamentos de marca registrada y medicamentos genéricos.

B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?

Cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen formas que se denominan biosimilares. En general, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Para obtener más información sobre los tipos de medicamentos, consulte el **Capítulo 5** del *Manual del Miembro*.

B15. ¿Nuestro plan cubre productos OTC no farmacológicos?

Nuestro plan cubre algunos productos OTC no farmacológicos cuando son recetados por su proveedor.

Puede consultar la *Lista de Medicamentos* del plan para averiguar qué productos OTC no farmacológicos están cubiertos.

B16. ¿Nuestro plan cubre los suministros de recetas médicas a largo plazo?

- **Programas de Pedidos por Correo.** Ofrecemos un programa de pedidos por correo que le permite obtener hasta 100 días de suministro de medicamentos directamente enviados a su hogar. Un suministro 100 días tiene el mismo copago que el suministro para un mes.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

- **Programas de Farmacias Minoristas (suministros de 100 días).** Algunas farmacias minoristas también pueden ofrecer un suministro de hasta 100 días de medicamentos cubiertos. Un suministro 100 días tiene el mismo copago que el suministro para un mes.

B17. ¿Mi farmacia local puede enviarme mis recetas médicas a mi hogar?

Es posible que su farmacia local pueda enviarle sus recetas médicas a su hogar. Puede llamar a su farmacia para averiguar si ofrecen el servicio de entrega a domicilio.

B18. ¿Cuál es mi copago?

Los miembros de nuestro plan no tienen copagos para los medicamentos recetados, los medicamentos de venta libre (OTC) ni para productos no farmacológicos, siempre que el miembro siga las pautas del plan. Consulte las preguntas B15 y B16 para obtener más información sobre medicamentos y productos no farmacológicos OTC.

Las categorías son grupos de medicamentos en la misma *Lista de Medicamentos*.

- Los medicamentos genéricos preferidos de categoría 1 tienen un copago de \$0.
- Los medicamentos de categoría 2 con nombre genérico tienen un copago de \$0, \$1.60 o \$5.10 para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$0, \$4.90 o \$12.65 para todos los demás medicamentos recetados.
- Categoría 3 - Marca preferida: \$0, \$1.60 o \$5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos). \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago por todos los demás medicamentos recetados.
- Categoría 4 - Medicamento no preferido: \$0, \$1.60 o \$5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos). \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago por todos los demás medicamentos recetados.
- Categoría 5 - Medicamentos especializados: \$0, \$1.60 o \$5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos). \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago por todos los demás medicamentos recetados.
- Categoría 6 - Medicamentos de atención selecta: \$0 de copago.

Los medicamentos OTC tienen un copago de \$0.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece al pie de página de este documento.

C. Resumen de la *Lista de Medicamentos Cubiertos*

En la *Lista de Medicamentos Cubiertos*, se le ofrece información sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Si tiene problemas para encontrar el medicamento en la lista, consulte el Índice de Medicamentos Cubiertos que comienza en la **Sección D**. El índice enumera alfabéticamente todos los medicamentos cubiertos por nuestro plan.

Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Lleve consigo su tarjeta de identificación de beneficiario de Medi-Cal (BIC) cuando obtenga medicamentos recetados a través de Medi-Cal Rx.

Apelaciones de la Parte D

- Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión de cobertura y la cambiemos si usted cree que cometimos un error.
- Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted necesita ya no ha cubierto por Medicare o Medi-Cal.
- Si usted o la persona que le receta no están de acuerdo con nuestra decisión, puede apelar. Si alguna vez tiene una pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece al pie de página de este documento.
- También puede leer el **Capítulo 9** del *Manual del Miembro* para aprender cómo apelar una decisión.
- Los medicamentos que no forman parte de la Parte D tienen reglas diferentes para las apelaciones.

C1. Lista de Medicamentos por Enfermedad

Los medicamentos de esta sección se agrupan en categorías según el tipo de enfermedades que tratan. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría Cardiovascular. Ahí es donde encontrará medicamentos que tratan las enfermedades cardíacas.

A continuación, se indican los significados de los códigos que se utilizan en la columna “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”:



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

PA = autorización previa (prior authorization) (aprobación): debe obtener una aprobación para recibir este medicamento.

QL = Límites de Cantidad (Quantity Limits): la cantidad de medicamentos que cubrirá el plan.

ST = Criterios de Terapia Progresiva (Step Therapy Criteria): debe probar otro medicamento antes de obtener este.

NM = Pedido sin Envío (Non-Mail Order): este medicamento no se puede adquirir por correo.

B/D = este medicamento puede estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, según las circunstancias.

_ = Medicamentos No Incluidos en la Parte D o elementos OTC cubiertos por Medicaid.

NDS = Suministro sin Extensión de Días (Non-Extended Days Supply): se limitará la cantidad de días de suministro que puede recibir.

En la primera columna de la tabla, se indica el nombre del medicamento. Los medicamentos genéricos están en minúscula cursiva (por ejemplo, *metformin hcl*), los medicamentos de marca registrada están en mayúscula (por ejemplo, JANUVIA TABS). En la columna “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso” se informa si nuestro plan tiene reglas de cobertura para su medicamento.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

MOLINA_CY26_6T_GS_CORE eff 05/01/2026

Drug Name

Drug Tier Requirements/Limits

ANALGESICS

GOUT

<i>allopurinol</i> TABS 100mg, 300mg	1	
<i>colchicine</i> TABS .6mg	3	QL (120 tabs / 30 days)
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	3	
<i>febuxostat</i> TABS 40mg, 80mg	4	PA
<i>probenecid</i> TABS 500mg	3	

MISCELLANEOUS

<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> SOLN .5%, 1%, 1.5%, 2%	3	B/D
---	---	-----

NSAIDS

<i>celecoxib</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	3	QL (60 caps / 30 days)
<i>celecoxib</i> CAPS 400mg	3	QL (30 caps / 30 days)
<i>diclofenac potassium</i> TABS 50mg	2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>diclofenac sodium</i> TB24 100mg	3	
<i>diclofenac sodium</i> TBEC 25mg, 50mg, 75mg	2	
<i>diclofenac w/ misoprostol tab delayed release 50-0.2 mg</i>	4	
<i>diclofenac w/ misoprostol tab delayed release 75-0.2 mg</i>	4	
<i>diflunisal</i> TABS 500mg	3	
<i>etodolac</i> CAPS 200mg, 300mg; TABS 400mg, 500mg; TB24 400mg, 500mg, 600mg	3	
<i>flurbiprofen</i> TABS 100mg	3	
<i>ibu</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	1	
<i>ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml	3	
<i>ibuprofen</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	1	
<i>meloxicam</i> TABS 7.5mg, 15mg	1	
<i>nabumetone</i> TABS 500mg, 750mg	2	
<i>naproxen</i> TABS 250mg, 375mg, 500mg	1	
<i>naproxen</i> TBEC 375mg	2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>naproxen sodium</i> TABS 275mg, 550mg	3	
<i>oxaprozin</i> TABS 600mg	4	
<i>piroxicam</i> CAPS 10mg, 20mg	3	
<i>sulindac</i> TABS 150mg, 200mg	2	

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING		
<i>buprenorphine</i> PTWK 5mcg/hr, 7.5mcg/hr, 10mcg/hr, 15mcg/hr, 20mcg/hr	2	QL (4 patches / 28 days), PA
<i>fentanyl</i> PT72 12mcg/hr, 25mcg/hr, 37.5mcg/hr, 50mcg/hr, 62.5mcg/hr, 75mcg/hr, 87.5mcg/hr, 100mcg/hr	4	QL (10 patches / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg	4	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 100mg, 120mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>methadone hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 10mg/5ml	3	QL (450 mL / 30 days), PA
<i>methadone hcl</i> TABS 5mg, 10mg	3	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>methadone hydrochloride i</i> CONC 10mg/ml	3	QL (90 mL / 30 days), PA
<i>morphine sulfate</i> TBCR 15mg, 30mg, 60mg, 100mg, 200mg	3	QL (90 tabs / 30 days), PA
OXYCONTIN T12A 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	4	QL (60 tabs / 30 days), PA
OXYCONTIN T12A 40mg, 60mg, 80mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING		
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i>	3	QL (2700 mL / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i>	2	QL (400 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i>	2	QL (360 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i>	2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>butorphanol tartrate</i> SOLN 1mg/ml, 2mg/ml	4	
<i>butorphanol tartrate</i> SOLN 10mg/ml	3	QL (10 mL / 30 days)
<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	3	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 5-325mg</i>	3	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	3	QL (240 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 10-325mg</i>	3	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml</i>	4	QL (2700 mL / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i>	3	QL (240 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	3	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg</i>	3	QL (180 tabs / 30 days)

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	3	QL (150 tabs / 30 days)
<i>hydromorphone hcl LIQD 1mg/ml</i>	4	QL (600 mL / 30 days)
<i>hydromorphone hcl TABS 2mg, 4mg, 8mg</i>	3	QL (180 tabs / 30 days)
<i>morphine sulfate SOLN 2mg/ml, 4mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml</i>	4	B/D
<i>morphine sulfate SOLN 10mg/5ml, 20mg/5ml</i>	3	QL (900 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate SOLN 100mg/5ml</i>	3	QL (180 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate TABS 15mg, 30mg</i>	3	QL (180 tabs / 30 days)
<i>oxycodone hcl CONC 100mg/5ml</i>	4	QL (180 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl SOLN 5mg/5ml</i>	4	QL (900 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg</i>	3	QL (180 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg</i>	3	QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i>	3	QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	3	QL (240 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg</i>	3	QL (180 tabs / 30 days)
<i>tramadol hcl TABS 50mg</i>	2	QL (240 tabs / 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	2	QL (240 tabs / 30 days)

ANTI-INFECTIVES

ANTI-INFECTIVES - MISCELLANEOUS

<i>albendazole TABS 200mg</i>	4	QL (672 tabs / year), PA
<i>amikacin sulfate SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	4	
ARIKAYCE SUSP 590mg/8.4ml	5	NDS, NM, PA
<i>atovaquone SUSP 750mg/5ml</i>	4	QL (300 mL / 30 days), PA
<i>aztreonam SOLR 1gm, 2gm</i>	4	
BLUJEPa TABS 750mg	3	
CAYSTON SOLR 75mg	5	NDS, NM, PA
<i>clindamycin hcl CAPS 75mg, 150mg, 300mg</i>	2	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride SOLR 75mg/5ml</i>	4	
<i>clindamycin phosphate SOLN 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml</i>	3	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	4	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i>	4	

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i>	4	
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	4	
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	4	
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	4	
<i>colistimethate sodium SOLR 150mg</i>	4	
<i>dapsone TABS 25mg, 100mg</i>	3	
DAPTOMYCIN SOLR 350mg	5	NDS
<i>daptomycin SOLR 350mg, 500mg</i>	5	NDS
EMVERM CHEW 100mg	5	NDS, QL (12 tabs / year)
<i>ertapenem sodium SOLR 1gm</i>	3	
<i>fosfomicin tromethamine PACK 3gm</i>	4	
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	3	
<i>gentamicin sulfate SOLN 10mg/ml, 40mg/ml</i>	3	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i>	4	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i>	4	
IMPAVIDO CAPS 50mg	5	NDS, PA
<i>ivermectin TABS 3mg</i>	3	QL (20 tabs / 90 days), PA
<i>ivermectin TABS 6mg</i>	3	QL (10 tabs / 90 days), PA
<i>linezolid SOLN 600mg/300ml</i>	4	
<i>linezolid SUSR 100mg/5ml</i>	5	NDS, QL (1800 mL / 30 days)
<i>linezolid TABS 600mg</i>	4	QL (60 tabs / 30 days)
LINEZOLID INJ 2MG/ML	4	
<i>meropenem SOLR 1gm, 2gm, 500mg</i>	4	
<i>methenamine hippurate TABS 1gm</i>	3	
<i>metronidazole SOLN 500mg/100ml</i>	3	
<i>metronidazole TABS 250mg, 500mg</i>	1	
<i>neomycin sulfate TABS 500mg</i>	2	

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>nitazoxanide</i> TABS 500mg	5	NDS, QL (6 tabs / 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> CAPS 50mg, 100mg	3	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> CAPS 100mg	3	
<i>pentamidine isethionate inh</i> SOLR 300mg	4	B/D
<i>pentamidine isethionate inj</i> SOLR 300mg	4	
<i>polymyxin b sulfate</i> SOLR 500000unit	4	
<i>praziquantel</i> TABS 600mg	4	
<i>pyrimethamine</i> TABS 25mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>streptomycin sulfate</i> SOLR 1gm	5	NDS
<i>sulfadiazine</i> TABS 500mg	5	NDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml</i>	4	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml</i>	3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg</i>	1	
<i>tinidazole</i> TABS 250mg, 500mg	3	
TOBI PODHALER CAPS 28mg	5	NDS, NM, PA
<i>tobramycin</i> NEBU 300mg/5ml	5	NDS, NM, PA
<i>tobramycin sulfate</i> SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 80mg/2ml	3	
<i>trimethoprim</i> TABS 100mg	3	
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 125mg	4	QL (80 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 250mg	4	QL (160 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl</i> SOLR 1gm, 1.25gm, 1.5gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg	4	
VANCOMYCIN INJ 1 GM	4	
VANCOMYCIN INJ 500MG	4	
VANCOMYCIN INJ 750MG	4	
ANTIFUNGALS		
<i>amphotericin b</i> SOLR 50mg	4	B/D
<i>amphotericin b liposome</i> SUSR 50mg	5	NDS, B/D
<i>caspofungin acetate</i> SOLR 50mg, 70mg	4	
CRESEMBA CAPS 74.5mg, 186mg	5	NDS, PA

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>fluconazole</i> SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 50mg	3	
<i>fluconazole</i> TABS 100mg, 150mg, 200mg	2	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml</i>	3	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i>	3	
<i>flucytosine</i> CAPS 250mg, 500mg	5	NDS, PA
<i>griseofulvin microsize</i> SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> TABS 125mg, 250mg	4	
<i>itraconazole</i> CAPS 100mg	4	QL (120 caps / 30 days)
<i>ketoconazole</i> TABS 200mg	3	PA
<i>miconazole sodium</i> SOLR 50mg, 100mg	4	
<i>nystatin</i> TABS 500000unit	3	
<i>posaconazole</i> SUSP 40mg/ml	5	NDS, QL (630 mL / 30 days), PA
<i>posaconazole</i> TBEC 100mg	5	NDS, QL (93 tabs / 30 days), PA
<i>terbinafine hcl</i> TABS 250mg	2	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies after a 90 day supply in a calendar year
<i>voriconazole</i> SOLR 200mg	4	PA
<i>voriconazole</i> SUSR 40mg/ml	5	NDS, QL (600 mL / 28 days), PA
<i>voriconazole</i> TABS 50mg	4	QL (480 tabs / 30 days)
<i>voriconazole</i> TABS 200mg	4	QL (120 tabs / 30 days)

ANTIMALARIALS

<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i>	4	
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i>	4	
<i>chloroquine phosphate</i> TABS 250mg, 500mg	4	
COARTEM TAB 20-120MG	4	
<i>mefloquine hcl</i> TABS 250mg	3	
<i>primaquine phosphate</i> TABS 26.3mg	3	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg	3	
<i>quinine sulfate</i> CAPS 324mg	4	PA

ANTI-RETROVIRAL AGENTS

<i>abacavir sulfate</i> SOLN 20mg/ml; TABS 300mg	4	
--	---	--

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
APTIVUS CAPS 250mg	5	NDS
<i>atazanavir sulfate</i> CAPS 150mg, 200mg, 300mg	4	
<i>darunavir</i> TABS 600mg	4	QL (60 tabs / 30 days)
<i>darunavir</i> TABS 800mg	4	QL (30 tabs / 30 days)
EDURANT TABS 25mg	5	NDS
EDURANT PED TBSO 2.5mg	5	NDS
<i>efavirenz</i> TABS 600mg	4	
<i>emtricitabine</i> CAPS 200mg	4	
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	4	
<i>etravirine</i> TABS 100mg, 200mg	5	NDS
<i>fosamprenavir calcium</i> TABS 700mg	5	NDS
INTELENCE TABS 25mg	4	
ISENTRESS CHEW 25mg	4	
ISENTRESS CHEW 100mg; PACK 100mg; TABS 400mg	5	NDS
ISENTRESS HD TABS 600mg	5	NDS
<i>lamivudine</i> SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	3	
<i>maraviroc</i> TABS 150mg, 300mg	5	NDS
<i>nevirapine</i> SUSP 50mg/5ml; TB24 400mg	4	
<i>nevirapine</i> TABS 200mg	2	
NORVIR PACK 100mg	4	
PIFELTRO TABS 100mg	5	NDS
PREZISTA SUSP 100mg/ml	5	NDS, QL (400 mL / 30 days)
PREZISTA TABS 75mg	4	QL (480 tabs / 30 days)
PREZISTA TABS 150mg	5	NDS, QL (240 tabs / 30 days)
REYATAZ PACK 50mg	5	NDS
<i>rilpivirine hcl</i> TABS 25mg	5	NDS
<i>ritonavir</i> TABS 100mg	3	
RUKOBIA TB12 600mg	5	NDS
SELZENTRY SOLN 20mg/ml	5	NDS
SUNLENCA TABS 300mg; TBPK 300mg	5	NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> TABS 300mg	4	
TIVICAY TABS 50mg	5	NDS
TIVICAY PD TBSO 5mg	5	NDS

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	5	NDS
TYBOST TABS 150mg	3	
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	5	NDS
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	5	NDS
<i>zidovudine</i> CAPS 100mg	4	
<i>zidovudine</i> SYRP 50mg/5ml; TABS 300mg	3	
ANTIRETROVIRAL COMBINATION AGENTS		
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	4	
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	5	NDS
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	5	NDS
CIMDUO TAB 300-300	5	NDS
DELSTRIGO TAB	5	NDS
DESCOVY TAB 120-15MG	5	NDS
DESCOVY TAB 200/25MG	5	NDS
DOVATO TAB 50-300MG	5	NDS
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	4	
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	5	NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	5	NDS
<i>emtricitabine-rilpivirine-tenofovir df tab 200-25-300 mg</i>	5	NDS
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	4	
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	5	NDS
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	4	
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	4	
EVOTAZ TAB 300-150	5	NDS
GENVOYA TAB	5	NDS
JULUCA TAB 50-25MG	5	NDS
KALETRA SOL	4	
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	4	
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	4	

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	4	
ODEFSEY TAB	5	NDS
PREZCOBIX TAB 675/150	5	NDS
PREZCOBIX TAB 800-150	5	NDS
STRIBILD TAB	5	NDS
SYMTUZA TAB	5	NDS
TRIUMEQ PD TAB	4	
TRIUMEQ TAB	5	NDS
ANTITUBERCULAR AGENTS		
<i>cycloserine CAPS 250mg</i>	5	NDS
<i>ethambutol hcl TABS 100mg, 400mg</i>	3	
<i>isoniazid SYRP 50mg/5ml</i>	4	
<i>isoniazid TABS 100mg, 300mg</i>	1	
PRIFTIN TABS 150mg	4	
<i>pyrazinamide TABS 500mg</i>	4	
<i>rifabutin CAPS 150mg</i>	4	
<i>rifampin CAPS 150mg, 300mg</i>	3	
<i>rifampin SOLR 600mg</i>	4	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	5	NDS, NM, PA
ANTIVIRALS		
<i>acyclovir CAPS 200mg; TABS 400mg, 800mg</i>	2	
<i>acyclovir SUSP 200mg/5ml</i>	4	
<i>acyclovir sodium SOLN 50mg/ml</i>	4	B/D
<i>adefovir dipivoxil TABS 10mg</i>	4	
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	5	NDS, ST
<i>entecavir TABS .5mg, 1mg</i>	4	
EPCLUSA PAK 150-37.5	5	NDS, NM, PA
EPCLUSA PAK 200-50MG	5	NDS, NM, PA
EPCLUSA TAB 200-50MG	5	NDS, NM, PA
EPCLUSA TAB 400-100	5	NDS, NM, PA
<i>famciclovir TABS 125mg, 250mg, 500mg</i>	3	
<i>ganciclovir sodium SOLR 500mg</i>	4	B/D
<i>lamivudine (hbv) TABS 100mg</i>	3	
LIVTENCITY TABS 200mg	5	NDS, QL (336 tabs / 28 days), NM, PA
MAVYRET PAK 50-20MG	5	NDS, NM, PA
MAVYRET TAB 100-40MG	5	NDS, NM, PA

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 30mg	3	QL (168 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 45mg, 75mg	3	QL (84 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> SUSR 6mg/ml	3	QL (1080 mL / year)
PAXLOVID PAK	2	QL (22 tabs / 90 days)
PAXLOVID TAB 150-100	2	QL (40 tabs / 90 days)
PAXLOVID TAB 300-100	2	QL (60 tabs / 90 days)
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; SOSY 180mcg/0.5ml	5	NDS, NM, PA
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg	5	NDS, QL (28 tabs / 28 days), PA
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister	3	QL (6 inhalers / year)
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	3	NM
<i>rimantadine hydrochloride</i> TABS 100mg	4	
<i>valacyclovir hcl</i> TABS 1gm, 500mg	3	
<i>valganciclovir hcl</i> SOLR 50mg/ml	5	NDS
<i>valganciclovir hcl</i> TABS 450mg	3	
VOSEVI TAB	5	NDS, NM, PA
CEPHALOSPORINS		
<i>cefaclor</i> CAPS 250mg, 500mg	3	
<i>cefadroxil</i> CAPS 500mg	2	
<i>cefadroxil</i> SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	3	
CEFAZOLIN SOLR 2gm, 3gm	4	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	4	
<i>cefazolin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 3gm, 10gm, 500mg	3	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	4	
CEFAZOLIN/DEX SOL 1GM/50ML-4%	4	
CEFAZOLIN/DEX SOL 2GM/50ML-3%	4	
CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/50ML-2%	4	
CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/150ML-4%	4	
<i>cefdinir</i> CAPS 300mg	2	
<i>cefdinir</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	3	
<i>cefepime hcl</i> SOLR 1gm, 2gm	4	
<i>cefixime</i> CAPS 400mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	4	
<i>cefotetan disodium</i> SOLR 1gm, 2gm	4	
<i>cefoxitin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	4	

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>cefpodoxime proxetil</i> SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml	4	
<i>cefpodoxime proxetil</i> TABS 100mg, 200mg	3	
<i>cefprozil</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	3	
<i>ceftaroline fosamil</i> SOLR 400mg, 600mg	5	NDS
<i>ceftazidime</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	4	
<i>ceftriaxone sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	4	
<i>cefuroxime axetil</i> TABS 250mg, 500mg	2	
<i>cefuroxime sodium</i> SOLR 1.5gm, 750mg	3	
<i>cephalexin</i> CAPS 250mg, 500mg	1	
<i>cephalexin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	3	
<i>tazicef</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	4	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	5	NDS
ERYTHROMYCINS/MACROLIDES		
<i>azithromycin</i> SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	3	
<i>azithromycin</i> TABS 250mg, 500mg, 600mg	1	
<i>clarithromycin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TB24 500mg	4	
<i>clarithromycin</i> TABS 250mg, 500mg	3	
DIFICID SUSR 40mg/ml	5	NDS
<i>e.e.s. 400</i> TABS 400mg	4	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	4	
<i>erythromycin base</i> CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	4	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> TABS 400mg	4	
<i>erythromycin lactobionate</i> SOLR 500mg	4	
<i>fidaxomicin</i> TABS 200mg	5	NDS
FLUOROQUINOLONES		
CIPRO SUSR 500mg/5ml	4	
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	3	
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	3	
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	
<i>levofloxacin</i> SOLN 25mg/ml	4	
<i>levofloxacin</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	3	

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	3	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	3	
<i>moxifloxacin hcl TABS 400mg</i>	3	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i>	4	
PENICILLINS		
<i>amoxicillin CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg</i>	1	
<i>amoxicillin CHEW 125mg, 250mg</i>	2	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	3	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	4	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	3	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	3	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>	3	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>	2	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>	2	
<i>ampicillin CAPS 500mg</i>	2	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	4	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	4	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	4	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	4	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	4	
<i>ampicillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg</i>	4	
<i>BICILLIN L-A SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml</i>	4	
<i>dicloxacillin sodium CAPS 250mg, 500mg</i>	3	
<i>nafcillin sodium SOLR 1gm, 2gm</i>	4	

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>nafcillin sodium</i> SOLR 10gm	5	NDS
<i>oxacillin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	4	
<i>penicillin g potassium</i> SOLR 5000000unit, 20000000unit	4	
<i>penicillin g sodium</i> SOLR 5000000unit	4	
<i>penicillin v potassium</i> SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml	2	
<i>penicillin v potassium</i> TABS 250mg, 500mg	1	
<i>pfizerpen</i> SOLR 5000000unit, 20000000unit	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	4	
TETRACYCLINES		
<i>doxy 100</i> SOLR 100mg	4	
<i>doxycycline (monohydrate)</i> CAPS 50mg, 100mg	2	
<i>doxycycline (monohydrate)</i> SUSR 25mg/5ml; TABS 50mg, 75mg, 100mg	3	
<i>doxycycline hyclate</i> CAPS 50mg, 100mg; TABS 20mg, 100mg	3	
<i>doxycycline hyclate</i> SOLR 100mg	4	
<i>minocycline hcl</i> CAPS 50mg, 75mg, 100mg	3	
NUZYRA SOLR 100mg	5	NDS, NM
NUZYRA TABS 150mg	5	NDS, QL (30 tabs / 14 days), NM
<i>tetracycline hcl</i> CAPS 250mg, 500mg	4	
<i>tigecycline</i> SOLR 50mg	4	
ANTINEOPLASTIC AGENTS		
ALKYLATING AGENTS		
BENDAMUSTINE HYDROCHLORID SOLN 100mg/4ml	5	NDS, B/D, NM

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
BENDEKA SOLN 100mg/4ml	5	NDS, B/D, NM
<i>carboplatin</i> SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml	3	B/D
<i>cisplatin</i> SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml	3	B/D
<i>cyclophosphamide</i> CAPS 25mg, 50mg	3	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/2ml, 2gm/4ml, 500mg/ml	5	NDS, B/D, NM
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml, 500mg/5ml, 1000mg/10ml, 2000mg/20ml	5	NDS, B/D
<i>cyclophosphamide</i> SOLR 1gm, 500mg	4	B/D
<i>cyclophosphamide</i> SOLR 2gm	5	NDS, B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS 25mg, 50mg	4	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR SOLN 2gm/10ml	5	NDS, B/D
FRINDOVYX SOLN 1gm/2ml, 2gm/4ml, 500mg/ml	5	NDS, B/D, NM
GLEOSTINE CAPS 10mg, 40mg	4	NM
GLEOSTINE CAPS 100mg	5	NDS, NM
LEUKERAN TABS 2mg	5	NDS, PA
<i>lomustine</i> CAPS 10mg, 40mg	4	NM
<i>lomustine</i> CAPS 100mg	5	NDS, NM
<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml	4	B/D
<i>oxaliplatin</i> SOLR 50mg, 100mg	5	NDS, B/D
VIVIMUSTA SOLN 100mg/4ml	5	NDS, B/D, NM
ANTIMETABOLITES		
<i>azacitidine</i> SUSR 100mg	5	NDS, B/D, NM
<i>cytarabine</i> SOLN 20mg/ml	3	B/D
<i>fluorouracil</i> SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	3	B/D
<i>gemcitabine hcl</i> SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml; SOLR 1gm, 2gm, 200mg	4	B/D
INQOVI TAB 35-100MG	5	NDS, QL (5 tabs / 28 days), NM, PA

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
LONSURF TAB 15-6.14	5	NDS, QL (100 tabs / 28 days), NM, PA
LONSURF TAB 20-8.19	5	NDS, QL (80 tabs / 28 days), NM, PA
<i>mercaptopurine</i> SUSP 2000mg/100ml	5	NDS, NM
<i>mercaptopurine</i> TABS 50mg	3	
<i>methotrexate sodium</i> SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	2	B/D
ONUREG TABS 200mg, 300mg	5	NDS, QL (14 tabs / 28 days), NM, PA
<i>pemetrexed disodium</i> SOLR 100mg, 500mg, 750mg, 1000mg	5	NDS, B/D
TABLOID TABS 40mg	5	NDS, PA
HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS		
<i>abiraterone acetate</i> TABS 250mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
<i>abiraterone acetate</i> TABS 500mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>abirtega</i> TABS 250mg	4	QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AKEEGA TAB 50/500MG	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AKEEGA TAB 100/500	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>anastrozole</i> TABS 1mg	2	
<i>bicalutamide</i> TABS 50mg	2	
ELIGARD KIT 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg	4	NM, PA
ERLEADA TABS 60mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
ERLEADA TABS 240mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
EULEXIN CAPS 125mg	5	NDS
<i>exemestane</i> TABS 25mg	4	
FIRMAGON SOLR 80mg	4	NM, PA
FIRMAGON SOLR 120mg/vial	5	NDS, NM, PA
<i>fulvestrant</i> SOSY 250mg/5ml	5	NDS, B/D
INLURIYO TABS 200mg	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
<i>letrozole</i> TABS 2.5mg	2	

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>leuprolide acetate</i> KIT 1mg/0.2ml	4	NM, PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	5	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	5	NDS, NM, PA
LYSODREN TABS 500mg	5	NDS, NM
<i>megestrol acetate</i> TABS 20mg, 40mg	3	
<i>nilutamide</i> TABS 150mg	5	NDS
NUBEQA TABS 300mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
ORGOVYX TABS 120mg	5	NDS, NM, PA
ORSERDU TABS 86mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
ORSERDU TABS 345mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	5	NDS
<i>tamoxifen citrate</i> TABS 10mg, 20mg	2	
<i>toremifene citrate</i> TABS 60mg	4	PA
XTANDI CAPS 40mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
XTANDI TABS 40mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
XTANDI TABS 80mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
YONSA TABS 125mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
<i>IMMUNOMODULATORS</i>		
<i>lenalidomide</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	5	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, PA
<i>lenalidomide</i> CAPS 20mg, 25mg	5	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
<i>pomalidomide</i> CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	5	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
POMALYST CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	5	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
THALOMID CAPS 50mg	5	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
THALOMID CAPS 100mg	5	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
MISCELLANEOUS		
BESREMI SOSY 500mcg/ml	5	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
<i>bexarotene</i> CAPS 75mg	5	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, PA
<i>doxorubicin hcl</i> SOLN 2mg/ml	4	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> SUSP 2mg/ml	5	NDS, B/D
<i>hydroxyurea</i> CAPS 500mg	2	
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	4	B/D
IWILFIN TABS 192mg	5	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
<i>leucovorin calcium</i> SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	4	B/D
<i>leucovorin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 25mg	3	
MATULANE CAPS 50mg	5	NDS, NM
<i>mesna</i> TABS 400mg	5	NDS
MODEYSO CAPS 125mg	5	NDS, QL (20 caps / 28 days), NM, PA
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> CAPS 10mg	5	NDS
WELIREG TABS 40mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
MITOTIC INHIBITORS		
<i>docetaxel</i> CONC 20mg/ml	4	B/D
<i>docetaxel</i> CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	NDS, B/D
DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	NDS, B/D
DOCIVYX SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	NDS, B/D, NM
<i>etoposide</i> SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml, 500mg/25ml	3	B/D
<i>paclitaxel</i> CONC 6mg/ml, 30mg/5ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	4	B/D
<i>paclitaxel inj 100mg</i>	5	NDS, B/D, NM
<i>vincristine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	2	B/D
<i>vinorelbine tartrate</i> SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	4	B/D

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
MOLECULAR TARGET AGENTS		
ALECENSA CAPS 150mg	5	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
ALUNBRIG TABS 30mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
ALUNBRIG TABS 90mg, 180mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ALUNBRIG PAK	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
AUGTYRO CAPS 40mg	5	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
AUGTYRO CAPS 160mg	5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
AVMAPKI PAK FAKZYNJA	5	NDS, QL (1 pack / 28 days), NM, PA
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
BALVERSA TABS 3mg	5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
BALVERSA TABS 4mg	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
BALVERSA TABS 5mg	5	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
BORTEZOMIB SOLR 1mg, 2.5mg	4	NM, PA
<i>bortezomib</i> SOLR 3.5mg	5	NDS, NM, PA
BOSULIF CAPS 50mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
BOSULIF CAPS 100mg	5	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, PA
BOSULIF TABS 100mg	5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
BOSULIF TABS 400mg, 500mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
BRAFTOVI CAPS 75mg	5	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
BRUKINSA CAPS 80mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
BRUKINSA TABS 160mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
CALQUENCE TABS 100mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
CAPRELSA TABS 100mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
CAPRELSA TABS 300mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg	5	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
COMETRIQ KIT 100MG	5	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA
COMETRIQ KIT 140MG	5	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg	5	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA
COTELLIC TABS 20mg	5	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, PA
DANZITEN TABS 71mg, 95mg	5	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
<i>dasatinib</i> TABS 20mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>dasatinib</i> TABS 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
DAURISMO TABS 25mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
DAURISMO TABS 100mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ENSACOVE CAPS 25mg	5	NDS, QL (270 caps / 30 days), NM, PA
ENSACOVE CAPS 100mg	5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
ERIVEDGE CAPS 150mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 25mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 100mg, 150mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
everolimus TBSO 2mg, 5mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
everolimus TBSO 3mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg	5	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
FRUZAQLA CAPS 1mg	5	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
FRUZAQLA CAPS 5mg	5	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
GAVRETO CAPS 100mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
gefitinib TABS 250mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
GOMEKLI CAPS 1mg	5	NDS, QL (168 caps / 28 days), NM, PA
GOMEKLI CAPS 2mg	5	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
GOMEKLI TBSO 1mg	5	NDS, QL (168 tabs / 28 days), NM, PA
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	5	NDS, NM, PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	5	NDS, NM, PA
HERCESSI SOLR 150mg, 420mg	5	NDS, NM, PA
HERNEXEOS TABS 60mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	5	NDS, NM, PA
HYRNUO TABS 10mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg	5	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg	5	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, PA
IBTROZI CAPS 200mg	5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
ICLUSIG TABS 10mg, 15mg, 30mg, 45mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
IDHIFA TABS 50mg, 100mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 100mg	4	QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 400mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA CAPS 70mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA CAPS 140mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA SUSP 70mg/ml	5	NDS, QL (216 mL / 27 days), NM, PA
IMBRUVICA TABS 140mg, 280mg, 420mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
IMKELDI SOLN 80mg/ml	5	NDS, QL (280 mL / 28 days), NM, PA
INLYTA TABS 1mg	5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
INLYTA TABS 5mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
INREBIC CAPS 100mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
ITOVEBI TABS 3mg	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
ITOVEBI TABS 9mg	5	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
JAYPIRCA TABS 50mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
JAYPIRCA TABS 100mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	5	NDS, B/D, NM
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	5	NDS, NM, PA
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	5	NDS, NM, PA
KEYTRUDA INJ QLEX 395-4800 MG-UNIT/2.4ML	5	NDS, QL (1 vial / 21 days), NM, PA
KEYTRUDA INJ QLEX 790-9600 MG-UNIT/4.8ML	5	NDS, QL (1 vial / 42 days), NM, PA

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg	5	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 400 DOSE TBPK 200mg	5	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 400 PAK FEMARA	5	NDS, QL (70 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 DOSE TBPK 200mg	5	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 PAK FEMARA	5	NDS, QL (91 tabs / 28 days), NM, PA
KOMZIFTI CAPS 200mg	5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
KOSELUGO CAPS 10mg	5	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
KOSELUGO CAPS 25mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
KOSELUGO CPSP 5mg	5	NDS, QL (600 caps / 30 days), NM, PA
KOSELUGO CPSP 7.5mg	5	NDS, QL (360 caps / 30 days), NM, PA
KRAZATI TABS 200mg	5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
<i>lapatinib ditosylate</i> TABS 250mg	5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
LAZCLUZE TABS 80mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
LAZCLUZE TABS 240mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg	5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
LENVIMA CAP 14 MG	5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA CAP 18 MG	5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA CAP 24 MG	5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
LORBRENA TABS 25mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
LORBRENA TABS 100mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
LUMAKRAS TABS 120mg	5	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
LUMAKRAS TABS 240mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
LUMAKRAS TABS 320mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	5	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	5	NDS, QL (140 tabs / 28 days), NM, PA
MEKINIST SOLR .05mg/ml	5	NDS, QL (1260 mL / 30 days), NM, PA
MEKINIST TABS 2mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
MEKINIST TABS .5mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
MEKTOVI TABS 15mg	5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
MONJUVI SOLR 200mg	5	NDS, NM, PA
NERLYNX TABS 40mg	5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
<i>nilotinib hcl</i> CAPS 50mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
<i>nilotinib hcl</i> CAPS 150mg, 200mg	5	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg	5	NDS, QL (3 caps / 28 days), NM, PA
ODOMZO CAPS 200mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
OGIVRI SOLR 150mg, 420mg	5	NDS, NM, PA
OGSIVEO TABS 100mg, 150mg	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
OJEMDA SUSR 25mg/ml	5	NDS, QL (96 mL / 28 days), NM, PA
OJEMDA TABS 100mg	5	NDS, QL (24 tabs / 28 days), NM, PA
OJJAARA TABS 100mg, 150mg, 200mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	5	NDS, NM, PA
pazopanib hcl TABS 200mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
pazopanib hcl TABS 400mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	5	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
PHESGO SOL	5	NDS, NM, PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200mg	5	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
PIQRAY 250MG TAB DOSE	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150mg	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
QINLOCK TABS 50mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
RETEVMO TABS 40mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
RETEVMO TABS 80mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
RETEVMO TABS 120mg, 160mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
REVUFORJ TABS 25mg	5	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
REVUFORJ TABS 110mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
REVUFORJ TABS 160mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
REZLIDHIA CAPS 150mg	5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
ROMVIMZA CAPS 14mg, 20mg, 30mg	5	NDS, QL (8 caps / 28 days), NM, PA
ROZLYTREK CAPS 100mg	5	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
ROZLYTREK CAPS 200mg	5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
ROZLYTREK PACK 50mg	5	NDS, QL (336 packets / 28 days), NM, PA
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
RYDAPT CAPS 25mg	5	NDS, QL (224 caps / 28 days), NM, PA
SCEMBLIX TABS 20mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
SCEMBLIX TABS 40mg	5	NDS, QL (300 tabs / 30 days), NM, PA
SCEMBLIX TABS 100mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sorafenib tosylate</i> TABS 200mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
STIVARGA TABS 40mg	5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
<i>sunitinib malate</i> CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
TABRECTA TABS 150mg, 200mg	5	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
TAFINLAR TBSO 10mg	5	NDS, QL (840 tabs / 28 days), NM, PA
TAGRISO TABS 40mg, 80mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
TALZENNA CAPS .1mg, .35mg, .5mg, .75mg, 1mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
TALZENNA CAPS .25mg	5	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
TAZVERIK TABS 200mg	5	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	5	NDS, NM, PA
TECENTRIQ INJ HYBREZA	5	NDS, QL (1 vial / 21 days), NM, PA
TEPMETKO TABS 225mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
TIBSOVO TABS 250mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
torpenz TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	5	NDS, NM, PA
TRUQAP TABS 160mg, 200mg	5	NDS, QL (64 tabs / 28 days), NM, PA
TRUQAP TBPK 160mg, 200mg	5	NDS, QL (4 packs / 28 days), NM, PA
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	NDS, NM, PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
TURALIO CAPS 125mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
VANFLYTA TABS 17.7mg, 26.5mg	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
VENCLEXTA TABS 10mg	3	QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
VENCLEXTA TABS 50mg	5	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
VENCLEXTA TABS 100mg	5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
VENCLEXTA TAB START PK	5	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, PA
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
VITRAKVI CAPS 25mg	5	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
VITRAKVI CAPS 100mg	5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
VITRAKVI SOLN 20mg/ml	5	NDS, QL (300 mL / 30 days), NM, PA

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
VONJO CAPS 100mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
VORANIGO TABS 10mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
VORANIGO TABS 40mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
XALKORI CAPS 200mg, 250mg; CPSP 20mg, 50mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
XALKORI CPSP 150mg	5	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
XOSPATA TABS 40mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) TBPk 10mg	5	NDS, QL (16 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) TBPk 40mg	5	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY) TBPk 40mg	5	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY) TBPk 60mg	5	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (60 MG TWICE WEEKLY) TBPk 20mg	5	NDS, QL (24 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY) TBPk 40mg	5	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY) TBPk 80mg	5	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (80 MG TWICE WEEKLY) TBPk 20mg	5	NDS, QL (32 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY) TBPk 50mg	5	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA
ZEJULA TABS 100mg, 200mg, 300mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ZELBORAF TABS 240mg	5	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	NDS, NM, PA
ZOLINZA CAPS 100mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
ZYKADIA TABS 150mg	5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA

CARDIOVASCULAR

ACE INHIBITOR COMBINATIONS

<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i>	6	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i>	6	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i>	6	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i>	6	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i>	6	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i>	6	QL (30 caps / 30 days)
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>	6	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	6	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	6	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	6	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg</i>	6	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	6	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</i>	6	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	6	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	6	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	6	
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	6	
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	6	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	6	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	6	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	6	

ACE INHIBITORS

<i>benazepril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg</i>	6	
--	---	--

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>captopril</i> TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg	6	
<i>enalapril maleate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg	6	
<i>fosinopril sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	6	
<i>lisinopril</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	6	
<i>moexipril hcl</i> TABS 7.5mg, 15mg	6	
<i>perindopril erbumine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg	6	
<i>quinapril hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	6	
<i>ramipril</i> CAPS 1.25mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	6	
<i>trandolapril</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg	6	
ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>eplerenone</i> TABS 25mg, 50mg	3	
KERENDIA TABS 10mg, 20mg, 40mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>spironolactone</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
ALPHA BLOCKERS		
<i>doxazosin mesylate</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg	2	
<i>prazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg	3	
<i>terazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	1	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg</i>	6	QL (60 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-25 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
EDARBYCLOR TAB 40-12.5	4	QL (30 tabs / 30 days), ST
EDARBYCLOR TAB 40-25MG	4	QL (30 tabs / 30 days), ST
ENTRESTO CAP 6-6MG	3	QL (240 caps / 30 days)
ENTRESTO CAP 15-16MG	3	QL (240 caps / 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i>	6	QL (60 tabs / 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	6	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	6	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	6	
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>sacubitril-valsartan tab 24-26 mg</i>	3	QL (60 tabs / 30 days)
<i>sacubitril-valsartan tab 49-51 mg</i>	3	QL (60 tabs / 30 days)
<i>sacubitril-valsartan tab 97-103 mg</i>	3	QL (60 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	6	QL (60 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-25 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)

ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS

<i>candesartan cilexetil TABS 4mg, 8mg, 16mg</i>	6	QL (60 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil TABS 32mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>EDARBI TABS 40mg, 80mg</i>	4	QL (30 tabs / 30 days), ST
<i>irbesartan TABS 75mg, 150mg, 300mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	6	
<i>olmesartan medoxomil TABS 5mg</i>	6	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil TABS 20mg, 40mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan TABS 20mg, 40mg, 80mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan TABS 40mg, 80mg, 160mg</i>	6	QL (60 tabs / 30 days)
<i>valsartan TABS 320mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)

ANTIARRHYTHMICS

<i>amiodarone hcl SOLN 50mg/ml, 150mg/3ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 400mg</i>	4	
<i>amiodarone hcl TABS 200mg</i>	1	
<i>disopyramide phosphate CAPS 100mg, 150mg</i>	4	
<i>dofetilide CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg</i>	4	
<i>flecainide acetate TABS 50mg, 100mg, 150mg</i>	3	
<i>MULTAQ TABS 400mg</i>	4	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pacerone TABS 100mg, 400mg</i>	4	
<i>pacerone TABS 200mg</i>	1	
<i>propafenone hcl CP12 225mg, 325mg, 425mg</i>	4	
<i>propafenone hcl TABS 150mg, 225mg, 300mg</i>	3	
<i>quinidine sulfate TABS 200mg, 300mg</i>	4	
<i>sotalol hcl TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg</i>	2	
<i>sotalol hcl (afib/afl) TABS 80mg, 120mg, 160mg</i>	3	

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ANTILIPEMICS, FIBRATES		
<i>choline fenofibrate</i> CPDR 45mg, 135mg	3	
<i>fenofibrate</i> TABS 48mg, 54mg, 145mg, 160mg	2	
<i>fenofibrate micronized</i> CAPS 67mg, 134mg, 200mg	3	
<i>gemfibrozil</i> TABS 600mg	2	
ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS		
<i>atorvastatin calcium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	6	QL (30 tabs / 30 days)
EZALLOR SPRINKLE CPSP 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	4	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>fluvastatin sodium</i> CAPS 20mg, 40mg	6	QL (60 caps / 30 days), ST
<i>fluvastatin sodium</i> TB24 80mg	6	QL (30 tabs / 30 days), ST
<i>lovastatin</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	6	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pitavastatin calcium</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg	6	QL (30 tabs / 30 days), ST
<i>pravastatin sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>rosuvastatin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>simvastatin</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	6	QL (30 tabs / 30 days)
ZYPITAMAG TABS 2mg, 4mg	4	QL (30 tabs / 30 days), ST
ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS		
<i>cholestyramine</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	
<i>cholestyramine light</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	
<i>colesevelam hcl</i> PACK 3.75gm; TABS 625mg	4	
<i>colestipol hcl</i> GRAN 5gm; PACK 5gm	4	
<i>colestipol hcl</i> TABS 1gm	3	
<i>ezetimibe</i> TABS 10mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	6	QL (30 tabs / 30 days)

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
NEXLETOL TABS 180mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
NEXLIZET TAB 180/10MG	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>niacin (antihyperlipidemic) TBCR 500mg, 750mg, 1000mg</i>	3	QL (60 tabs / 30 days)
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	3	PA
<i>prevalite PACK 4gm; POWD 4gm/dose</i>	3	
REPATHA SOSY 140mg/ml	3	QL (6 syringes / 28 days), NM, PA
REPATHA SURECLICK SOAJ 140mg/ml	3	QL (6 autoinjectors / 28 days), NM, PA
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	3	
BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS		
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	2	
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	2	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	2	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	2	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	2	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	3	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	3	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	3	
BETA-BLOCKERS		
<i>acebutolol hcl CAPS 200mg, 400mg</i>	3	
<i>atenolol TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	
<i>bisoprolol fumarate TABS 5mg, 10mg</i>	2	
<i>carvedilol TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg</i>	1	
<i>labetalol hcl TABS 100mg, 200mg, 300mg</i>	2	
<i>metoprolol succinate TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg</i>	1	
<i>metoprolol tartrate SOLN 5mg/5ml</i>	4	
<i>metoprolol tartrate TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	
<i>nadolol TABS 20mg, 40mg, 80mg</i>	3	
<i>nebivolol hcl TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>nebivolol hcl TABS 20mg</i>	3	QL (60 tabs / 30 days)

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>pindolol</i> TABS 5mg, 10mg	3	
<i>propranolol hcl</i> CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg; SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml	3	
<i>propranolol hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	2	
<i>timolol maleate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	3	
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS		
<i>amlodipine besylate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>cartia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	2	
<i>dilt-xr</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg	2	
<i>diltiazem hcl</i> CP12 60mg, 90mg, 120mg	4	
<i>diltiazem hcl</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg; TABS 30mg, 60mg, 90mg, 120mg	2	
<i>diltiazem hcl</i> SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml; TB24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	3	
<i>diltiazem hcl coated beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	2	
<i>diltiazem hcl coated beads</i> CP24 360mg	4	
<i>diltiazem hcl extended release beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	2	
<i>felodipine</i> TB24 2.5mg, 5mg, 10mg	2	
<i>isradipine</i> CAPS 2.5mg, 5mg	4	
<i>matzim la</i> TB24 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	3	
<i>nicardipine hcl</i> CAPS 20mg, 30mg	4	
<i>nifedipine</i> TB24 30mg, 60mg, 90mg	3	
<i>nimodipine</i> CAPS 30mg	4	
<i>nisoldipine</i> TB24 8.5mg, 17mg, 34mg	4	
<i>tiadylt er</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	2	
<i>verapamil hcl</i> CP24 100mg, 200mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml	4	
<i>verapamil hcl</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg	3	
<i>verapamil hcl</i> TABS 40mg, 80mg, 120mg	1	
<i>verapamil hcl</i> TBCR 120mg, 180mg, 240mg	2	

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
DIURETICS		
<i>acetazolamide</i> CP12 500mg; TABS 125mg, 250mg	3	
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	2	
<i>amiloride hcl</i> TABS 5mg	2	
<i>bumetanide</i> SOLN .25mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg	3	
<i>chlorthalidone</i> TABS 25mg, 50mg	2	
<i>furosemide</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/5ml	2	
<i>furosemide</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	
<i>furosemide inj</i> SOLN 10mg/ml	3	
<i>hydrochlorothiazide</i> CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	1	
<i>indapamide</i> TABS 1.25mg, 2.5mg	1	
<i>methazolamide</i> TABS 25mg, 50mg	4	
<i>metolazone</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	2	
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	2	
<i>torseamide</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	2	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i>	1	
MISCELLANEOUS		
<i>aliskiren fumarate</i> TABS 150mg, 300mg	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-10 mg</i>	6	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-20 mg</i>	6	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-40 mg</i>	6	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-10 mg</i>	6	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-20 mg</i>	6	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-40 mg</i>	6	

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-80 mg</i>	6	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-10 mg</i>	6	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-20 mg</i>	6	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-40 mg</i>	6	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-80 mg</i>	6	
<i>clonidine PTWK .1mg/24hr, .2mg/24hr, .3mg/24hr</i>	3	
<i>clonidine hcl TABS .1mg, .2mg, .3mg</i>	1	
<i>CORLANOR SOLN 5mg/5ml</i>	4	QL (450 mL / 30 days)
<i>digoxin SOLN .05mg/ml, .25mg/ml</i>	4	
<i>digoxin TABS 125mcg, 250mcg</i>	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>droxidopa CAPS 100mg</i>	4	QL (90 caps / 30 days), NM, PA
<i>droxidopa CAPS 200mg, 300mg</i>	5	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
<i>epinephrine SOLN 1mg/ml</i>	4	
<i>guanfacine hcl TABS 1mg, 2mg</i>	3	PA; PA applies if 65 years and older
<i>hydralazine hcl SOLN 20mg/ml</i>	4	
<i>hydralazine hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	
<i>ivabradine hcl TABS 5mg, 7.5mg</i>	4	QL (60 tabs / 30 days)
<i>metyrosine CAPS 250mg</i>	5	NDS, NM, PA
<i>midodrine hcl TABS 2.5mg, 5mg</i>	3	
<i>midodrine hcl TABS 10mg</i>	4	
<i>minoxidil TABS 2.5mg, 10mg</i>	2	
<i>ranolazine TB12 500mg, 1000mg</i>	4	
<i>VERQUVO TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	3	QL (30 tabs / 30 days), PA
NITRATES		
<i>isosorbide dinitrate TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg</i>	3	

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>isosorbide mononitrate</i> TB24 30mg, 60mg, 120mg	1	
NITRO-BID OINT 2%	3	
<i>nitroglycerin</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr	3	
<i>nitroglycerin</i> SUBL .3mg, .4mg, .6mg	2	
<i>PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION</i>		
ADEMPAS TABS .5mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 2.5mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>alyq</i> TABS 20mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>ambrisentan</i> TABS 5mg, 10mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>bosentan</i> TABS 62.5mg, 125mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>bosentan</i> TBSO 32mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
OPSUMIT TABS 10mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	3	QL (360 tabs / 30 days), NM, PA
<i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	4	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	5	NDS, NM, PA
UPTRAVI TABS 200mcg	5	NDS, QL (140 tabs / 28 days), NM, PA
UPTRAVI TABS 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1000mcg, 1200mcg, 1400mcg, 1600mcg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
UPTRAVI PACK TAB 200/800	5	NDS, QL (1 pack / 28 days), NM, PA
WINREVAIR KIT 45mg, 60mg	5	NDS, QL (2 vials / 21 days), NM, PA
WINREVAIR INJ 45MG	5	NDS, QL (2 vials / 21 days), NM, PA
WINREVAIR INJ 60MG	5	NDS, QL (2 vials / 21 days), NM, PA
YUTREPIA CAPS 26.5mcg, 53mcg, 79.5mcg	5	NDS, QL (140 caps / 28 days), NM, PA

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
YUTREPIA CAPS 106mcg	5	NDS, QL (224 caps / 28 days), NM, PA

CENTRAL NERVOUS SYSTEM

ANTIANKXIETY

<i>alprazolam</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	2	QL (150 tabs / 30 days)
<i>buspirone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg	1	
<i>buspirone hcl</i> TABS 7.5mg, 30mg	3	
<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	3	
<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml	3	QL (150 mL / 30 days)
<i>lorazepam</i> SOLN 4mg/ml, 20mg/10ml	2	
<i>lorazepam</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	2	QL (150 tabs / 30 days)
<i>lorazepam intensol</i> CONC 2mg/ml	3	QL (150 mL / 30 days)

ANTIDEMENTIA

<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 5mg; TBDP 5mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 10mg; TBDP 10mg	2	
<i>galantamine hydrobromide</i> CP24 8mg, 16mg, 24mg	3	QL (30 caps / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i> SOLN 4mg/ml	4	QL (200 mL / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i> TABS 4mg, 8mg, 12mg	3	QL (60 tabs / 30 days)
<i>memantine hcl</i> CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml	4	PA; PA applies if 29 years and younger
<i>memantine hcl</i> TABS 5mg, 10mg	3	PA; PA applies if 29 years and younger
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 14-10 mg</i>	4	
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 21-10 mg</i>	4	
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 28-10 mg</i>	4	
NAMZARIC CAP 7-10MG	4	
<i>rivastigmine</i> PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr	4	QL (30 patches / 30 days)
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg	3	QL (60 caps / 30 days)

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ANTIDEPRESSANTS		
<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	3	PA; PA applies if 65 years and older
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	3	PA; PA applies if 65 years and older
AUVELITY TAB 45-105MG	4	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg	2	
<i>bupropion hcl</i> TB12 100mg, 150mg, 200mg; TB24 150mg	2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl</i> TB24 300mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>citalopram hydrobromide</i> SOLN 10mg/5ml	3	
<i>citalopram hydrobromide</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>clomipramine hcl</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg	4	PA
<i>desipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	4	PA; PA applies if 65 years and older
<i>desvenlafaxine succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg; CONC 10mg/ml	3	PA; PA applies if 65 years and older
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20mg, 30mg, 40mg, 60mg	4	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>duloxetine hcl</i> CPEP 20mg, 30mg, 60mg	3	QL (60 caps / 30 days)
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr	5	NDS, QL (30 patches / 30 days), PA
<i>escitalopram oxalate</i> SOLN 5mg/5ml	4	
<i>escitalopram oxalate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	
EXXUA TB24 18.2mg, 36.3mg, 54.5mg, 72.6mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
EXXUA TITRATION PACK TB24 18.2mg	5	NDS, QL (2 packs / year), PA
FETZIMA CP24 20mg, 40mg	4	QL (60 caps / 30 days), PA
FETZIMA CP24 80mg, 120mg	4	QL (30 caps / 30 days), PA
FETZIMA CAP TITRATIO	4	QL (2 packs / year), PA
<i>fluoxetine hcl</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>fluoxetine hcl</i> SOLN 20mg/5ml	3	

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>imipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg	2	PA; PA applies if 65 years and older
MARPLAN TABS 10mg	4	QL (180 tabs / 30 days)
<i>mirtazapine</i> TABS 7.5mg; TBDP 15mg, 30mg, 45mg	3	
<i>mirtazapine</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg	2	
<i>nefazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	4	
<i>nortriptyline hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg	2	
<i>nortriptyline hcl</i> SOLN 10mg/5ml	4	
<i>paroxetine hcl</i> SUSP 10mg/5ml	4	QL (900 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>paroxetine hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	2	PA; PA applies if 65 years and older
<i>paroxetine hcl</i> TB24 12.5mg, 25mg, 37.5mg	4	QL (60 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>phenelzine sulfate</i> TABS 15mg	3	
<i>protriptyline hcl</i> TABS 5mg, 10mg	4	
RALDESY SOLN 10mg/ml	4	QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>sertraline hcl</i> CONC 20mg/ml	3	
<i>sertraline hcl</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>tranylcypromine sulfate</i> TABS 10mg	4	
<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 25mg, 50mg	4	QL (120 caps / 30 days)
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg	4	QL (60 caps / 30 days)
TRINTELLIX TABS 5mg, 10mg, 20mg	4	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>venlafaxine hcl</i> CP24 37.5mg, 75mg, 150mg	2	
<i>venlafaxine hcl</i> TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	3	
<i>vilazodone hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	4	QL (30 tabs / 30 days)
ZURZUVAE CAPS 20mg, 25mg	5	NDS, QL (28 caps / 14 days), PA
ZURZUVAE CAPS 30mg	5	NDS, QL (14 caps / 14 days), PA

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ANTIPARKINSONIAN AGENTS		
<i>amantadine hcl</i> CAPS 100mg	3	QL (120 caps / 30 days)
<i>amantadine hcl</i> SOLN 50mg/5ml	3	
<i>amantadine hcl</i> TABS 100mg	4	
<i>benztropine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	4	
<i>benztropine mesylate</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	2	PA; PA applies if 65 years and older
<i>bromocriptine mesylate</i> CAPS 5mg; TABS 2.5mg	4	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg</i>	3	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i>	3	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i>	3	
<i>carbidopa</i> TABS 25mg	4	
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	2	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	2	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	2	
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	3	
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	3	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	4	
<i>entacapone</i> TABS 200mg	4	
INBRIJA CAPS 42mg	5	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, PA
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg	2	
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TB24 .375mg, .75mg, 1.5mg, 2.25mg, 3mg, 3.75mg, 4.5mg	4	
<i>rasagiline mesylate</i> TABS .5mg, 1mg	4	QL (30 tabs / 30 days)

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>ropinirole hydrochloride</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg	2	
<i>ropinirole hydrochloride</i> TB24 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 12mg	4	
<i>selegiline hcl</i> CAPS 5mg; TABS 5mg	3	
<i>trihexyphenidyl hcl</i> SOLN .4mg/ml	3	
<i>trihexyphenidyl hcl</i> TABS 2mg, 5mg	2	

ANTIPSYCHOTICS

ABILIFY ASIMTUFII PRSY 720mg/2.4ml, 960mg/3.2ml	5	NDS, QL (1 syringe / 56 days)
ABILIFY MAINTENA PRSY 300mg, 400mg	5	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ABILIFY MAINTENA SRER 300mg, 400mg	5	NDS, QL (1 injection / 28 days)
<i>aripiprazole</i> SOLN 1mg/ml	4	QL (900 mL / 30 days)
<i>aripiprazole</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	4	QL (30 tabs / 30 days)
<i>aripiprazole</i> TBDP 10mg, 15mg	4	QL (60 tabs / 30 days), ST
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml	5	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml	5	NDS, QL (1 syringe / 56 days)
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	5	NDS
<i>asenapine maleate</i> SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg	4	QL (60 tabs / 30 days)
CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days)
<i>chlorpromazine hcl</i> CONC 30mg/ml, 100mg/ml; SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	4	
<i>clozapine</i> TABS 25mg, 50mg	3	
<i>clozapine</i> TABS 100mg	3	QL (270 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TABS 200mg	3	QL (120 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg	4	PA
<i>clozapine</i> TBDP 100mg	4	QL (270 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 150mg	4	QL (180 tabs / 30 days), PA

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>clozapine</i> TBDP 200mg	4	QL (120 tabs / 30 days), PA
COBENFY CAP 50-20MG	5	NDS, QL (60 caps / 30 days)
COBENFY CAP 100-20MG	5	NDS, QL (60 caps / 30 days)
COBENFY CAP 125-30MG	5	NDS, QL (60 caps / 30 days)
COBENFY STRT CAP PACK	5	NDS, QL (2 packs / year)
ERZOFRI SUSY 39mg/0.25ml	4	QL (1 syringe / 28 days)
ERZOFRI SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml	5	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ERZOFRI SUSY 351mg/2.25ml	5	NDS, QL (2 syringes / year)
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
FANAPT PAK PACK A	4	QL (2 packs / year), PA
FANAPT PAK PACK B	4	QL (2 packs / year), PA
FANAPT PAK PACK C	4	QL (2 packs / year), PA
<i>fluphenazine decanoate</i> SOLN 25mg/ml	4	
<i>fluphenazine hcl</i> CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	4	
<i>haloperidol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	3	
<i>haloperidol decanoate</i> SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	3	
<i>haloperidol lactate</i> CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	3	
INVEGA HAFYERA SUSY 1092mg/3.5ml, 1560mg/5ml	5	NDS, QL (1 injection / 180 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml	4	QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml	5	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.88ml, 410mg/1.32ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.63ml	5	NDS, QL (1 syringe / 90 days)
<i>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>lurasidone hcl</i> TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg	4	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lurasidone hcl</i> TABS 80mg	4	QL (60 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 5-10MG	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 10-10MG	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 15-10MG	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 20-10MG	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	4	
NUPLAZID CAPS 34mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
NUPLAZID TABS 10mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>olanzapine</i> SOLR 10mg	4	QL (3 vials / 1 day)
<i>olanzapine</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 20mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TBDP 5mg, 15mg, 20mg	4	QL (30 tabs / 30 days), ST
<i>olanzapine</i> TBDP 10mg	4	QL (60 tabs / 30 days), ST
OPIPZA FILM 2mg, 5mg	5	NDS, QL (30 films / 30 days), PA
OPIPZA FILM 10mg	5	NDS, QL (90 films / 30 days), PA
<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg, 3mg, 9mg	4	QL (30 tabs / 30 days)
<i>paliperidone</i> TB24 6mg	4	QL (60 tabs / 30 days)
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	3	
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	4	
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 25mg	2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	2	QL (90 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 300mg, 400mg	2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 50mg, 300mg, 400mg	4	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 150mg, 200mg	4	QL (30 tabs / 30 days), PA

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
REXULTI TABS 3mg, 4mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
<i>risperidone</i> SOLN 1mg/ml	3	QL (240 mL / 30 days)
<i>risperidone</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	2	
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg	4	QL (60 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone</i> TBDP 4mg	4	QL (120 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg	4	QL (90 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone microspheres</i> SRER 12.5mg, 25mg	4	QL (2 injections / 28 days)
<i>risperidone microspheres</i> SRER 37.5mg, 50mg	5	NDS, QL (2 injections / 28 days)
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr	5	NDS, QL (30 patches / 30 days)
<i>thioridazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	3	
<i>thiothixene</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	4	
<i>trifluoperazine hcl</i> TABS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	3	
VERSACLOZ SUSP 50mg/ml	5	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA
VRAYLAR CAPS 1.5mg	5	NDS, QL (60 caps / 30 days)
VRAYLAR CAPS .5mg, .75mg, 3mg, 4.5mg, 6mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days)
<i>ziprasidone hcl</i> CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	4	QL (60 caps / 30 days)
<i>ziprasidone mesylate</i> SOLR 20mg	4	QL (6 injections / 3 days)
ZYPREXA RELPREVV SUSR 210mg	4	QL (2 vials / 28 days), NM, PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 300mg	5	NDS, QL (2 vials / 28 days), NM, PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 405mg	5	NDS, QL (1 vial / 28 days), NM, PA

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ANTISEIZURE AGENTS		
APTIO ^M TABS 200mg, 400mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
APTIO ^M TABS 600mg, 800mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
<i>brivaracetam</i> SOLN 10mg/ml	5	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA
<i>brivaracetam</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
BRIVIACT SOLN 10mg/ml	5	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA
BRIVIACT TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>carbamazepine</i> CHEW 100mg; TABS 200mg	3	
<i>carbamazepine</i> CHEW 200mg; CP12 100mg, 200mg, 300mg; SUSP 100mg/5ml; TB12 100mg, 200mg, 400mg	4	
<i>clobazam</i> SUSP 2.5mg/ml	4	QL (480 mL / 30 days), PA
<i>clobazam</i> TABS 10mg, 20mg	4	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>clonazepam</i> TABS 2mg	2	QL (300 tabs / 30 days)
<i>clonazepam</i> TABS .5mg, 1mg	2	QL (90 tabs / 30 days)
<i>clonazepam</i> TBDP 2mg	3	QL (300 tabs / 30 days)
<i>clonazepam</i> TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg	3	QL (90 tabs / 30 days)
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg	4	QL (180 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
DIACOMIT CAPS 250mg	5	NDS, QL (360 caps / 30 days), NM, PA
DIACOMIT CAPS 500mg	5	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
DIACOMIT PACK 250mg	5	NDS, QL (360 packets / 30 days), NM, PA
DIACOMIT PACK 500mg	5	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>diazepam</i> SOLN 5mg/5ml	3	QL (1200 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
<i>diazepam</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg	2	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
<i>diazepam (anticonvulsant)</i> GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	4	
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	4	
<i>diazepam intensol</i> CONC 5mg/ml	3	QL (240 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
DILANTIN CAPS 30mg	4	
<i>divalproex sodium</i> CSDR 125mg	4	
<i>divalproex sodium</i> TB24 250mg, 500mg	3	
<i>divalproex sodium</i> TBEC 125mg, 250mg, 500mg	2	
EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml	5	NDS, QL (600 mL / 30 days), NM, PA
<i>eslicarbazepine acetate</i> TABS 200mg, 400mg	4	QL (30 tabs / 30 days)
<i>eslicarbazepine acetate</i> TABS 600mg, 800mg	4	QL (60 tabs / 30 days)
<i>ethosuximide</i> CAPS 250mg; SOLN 250mg/5ml	3	
<i>felbamate</i> SUSP 600mg/5ml; TABS 400mg, 600mg	4	
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml	5	NDS, QL (360 mL / 30 days), NM, PA
FYCOMPA SUSP .5mg/ml	5	NDS, QL (680 mL / 28 days), PA
FYCOMPA TABS 2mg	4	QL (60 tabs / 30 days), PA
FYCOMPA TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>gabapentin</i> CAPS 100mg, 300mg	2	QL (360 caps / 30 days)

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>gabapentin</i> CAPS 400mg	2	QL (270 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> SOLN 250mg/5ml, 300mg/6ml	3	QL (2160 mL / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 600mg	2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 800mg	2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> SOLN 200mg/20ml	4	
<i>lacosamide</i> TABS 50mg	4	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> TABS 100mg, 150mg, 200mg	4	QL (60 tabs / 30 days)
<i>lacosamide oral</i> SOLN 10mg/ml	4	QL (1200 mL / 30 days)
<i>lamotrigine</i> CHEW 5mg, 25mg	3	
<i>lamotrigine</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	
<i>lamotrigine</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg; TBDP 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	4	ST
<i>levetiracetam</i> SOLN 100mg/ml; TB24 500mg, 750mg	3	
<i>levetiracetam</i> SOLN 500mg/5ml	4	
<i>levetiracetam</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg	2	
<i>levetiracetam</i> TB3D 250mg	4	QL (360 tabs / 30 days)
<i>levetiracetam</i> TB3D 500mg	4	QL (180 tabs / 30 days)
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 500 mg/100ml	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1000 mg/100ml	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1500 mg/100ml	4	
<i>methsuximide</i> CAPS 300mg	4	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	4	QL (10 nasal units / 30 days)
<i>oxcarbazepine</i> SUSP 300mg/5ml	4	
<i>oxcarbazepine</i> TABS 150mg, 300mg, 600mg	3	
<i>perampanel</i> SUSP .5mg/ml	5	NDS, QL (680 mL / 28 days), PA
<i>perampanel</i> TABS 2mg	4	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>perampanel</i> TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	4	QL (30 tabs / 30 days), PA

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml	4	QL (1500 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>phenobarbital</i> TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg	3	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml	4	PA; PA applies if 65 years and older
<i>phenytek</i> CAPS 200mg, 300mg	3	
<i>phenytoin</i> CHEW 50mg; SUSP 125mg/5ml	3	
<i>phenytoin sodium</i> SOLN 50mg/ml	4	
<i>phenytoin sodium extended</i> CAPS 100mg, 200mg, 300mg	3	
<i>pregabalin</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	3	QL (120 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>pregabalin</i> CAPS 200mg	3	QL (90 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>pregabalin</i> CAPS 225mg, 300mg	3	QL (60 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>pregabalin</i> SOLN 20mg/ml	4	QL (900 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>primidone</i> TABS 50mg, 125mg, 250mg	2	
<i>roweepira</i> TABS 500mg	2	
<i>rufinamide</i> SUSP 40mg/ml	5	NDS, QL (2400 mL / 30 days), PA
<i>rufinamide</i> TABS 200mg	4	QL (480 tabs / 30 days), PA
<i>rufinamide</i> TABS 400mg	5	NDS, QL (240 tabs / 30 days), PA
SPRITAM TB3D 250mg	4	QL (360 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 500mg	4	QL (180 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 750mg	4	QL (120 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 1000mg	4	QL (90 tabs / 30 days)
SUBVENITE SUSP 10mg/ml	5	NDS, ST
<i>subvenite</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
SYMPAZAN FILM 5mg, 10mg, 20mg	5	NDS, QL (60 films / 30 days), PA
<i>tiagabine hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	4	
<i>topiramate</i> CPSP 15mg, 25mg	3	
<i>topiramate</i> CPSP 50mg	4	
<i>topiramate</i> SOLN 25mg/ml	4	QL (480 mL / 30 days), PA
<i>topiramate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	2	
<i>valproate sodium</i> SOLN 100mg/ml	4	
<i>valproate sodium</i> SOLN 250mg/5ml	3	
<i>valproic acid</i> CAPS 250mg	2	
VALTOCO 5 MG DOSE LIQD 5mg/0.1ml	4	QL (10 blister packs / 30 days)
VALTOCO 10 MG DOSE LIQD 10mg/0.1ml	4	QL (10 blister packs / 30 days)
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5mg/0.1ml	4	QL (10 blister packs / 30 days)
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10mg/0.1ml	4	QL (10 blister packs / 30 days)
<i>vigabatrin</i> PACK 500mg	5	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA
<i>vigabatrin</i> TABS 500mg	5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
<i>vigadrone</i> PACK 500mg	5	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA
<i>vigadrone</i> TABS 500mg	5	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
VIGAFYDE SOLN 100mg/ml	5	NDS, QL (900 mL / 30 days), NM, PA
XCOPRI TABS 25mg, 50mg, 100mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
XCOPRI TABS 150mg, 200mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
XCOPRI PAK 12.5-25	4	QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 50-100MG	5	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 100-150	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days)

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	5	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
ZONISADE SUSP 100mg/5ml	5	NDS, QL (900 mL / 30 days), PA
<i>zonisamide</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	2	
ZTALMY SUSP 50mg/ml	5	NDS, QL (1100 mL / 30 days), NM, PA

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	4	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	4	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	4	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	4	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	4	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	4	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	3	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	3	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	3	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	3	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	3	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	3	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	3	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>atomoxetine hcl</i> CAPS 10mg, 18mg, 25mg	4	QL (120 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl</i> CAPS 40mg	4	QL (60 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl</i> CAPS 60mg, 80mg, 100mg	4	QL (30 caps / 30 days)

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>dexmethylphenidate hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg	3	QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>dexmethylphenidate hcl</i> TABS 10mg	3	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> TB24 1mg, 2mg, 4mg	3	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> TB24 3mg	3	QL (60 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>lisdexamfetamine dimesylate</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg	4	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>lisdexamfetamine dimesylate</i> CAPS 40mg, 50mg, 60mg, 70mg	4	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>lisdexamfetamine dimesylate</i> CHEW 10mg, 20mg, 30mg	4	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>lisdexamfetamine dimesylate</i> CHEW 40mg, 50mg, 60mg	4	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> CHEW 2.5mg, 5mg, 10mg	4	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN 5mg/5ml	4	QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN 10mg/5ml	4	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 5mg, 10mg	3	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 20mg	3	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> TBCR 10mg, 20mg	4	QL (90 tabs / 30 days), PA

HYPNOTICS

DAYVIGO TABS 5mg, 10mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl (sleep)</i> TABS 3mg, 6mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ramelteon</i> TABS 8mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tasimelteon</i> CAPS 20mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>temazepam</i> CAPS 7.5mg, 30mg	4	QL (30 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>temazepam</i> CAPS 15mg	4	QL (60 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>zolpidem tartrate</i> TABS 5mg, 10mg	2	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older after a 90 day supply in a calendar year
MIGRAINE		
AIMOVIG SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml	3	QL (1 pen / 30 days), NM, PA
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 4mg/ml	5	NDS, QL (8 mL / 30 days), PA
EMGALITY SOAJ 120mg/ml	3	QL (2 pens / 30 days), NM, PA
EMGALITY SOSY 100mg/ml	3	QL (3 syringes / 30 days), NM, PA
EMGALITY SOSY 120mg/ml	3	QL (2 syringes / 30 days), NM, PA
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	3	QL (40 tabs / 28 days), PA
<i>naratriptan hcl</i> TABS 1mg, 2.5mg	3	QL (12 tabs / 30 days)
NURTEC TBDP 75mg	3	QL (16 tabs / 30 days), PA
QULIPTA TABS 10mg, 30mg, 60mg	3	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>rizatriptan benzoate</i> TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg	3	QL (18 tabs / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 5mg/act	4	QL (24 units / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 20mg/act	4	QL (12 units / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 6mg/0.5ml; SOLN 6mg/0.5ml	4	QL (12 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	2	QL (12 tabs / 30 days)
UBRELVY TABS 50mg, 100mg	3	QL (16 tabs / 30 days), PA
MISCELLANEOUS		
AUSTEDO TABS 6mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 6mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 12mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 18mg, 30mg, 36mg, 42mg, 48mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 24mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TAB TITR KIT	5	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
<i>lithium</i> SOLN 8meq/5ml	4	
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg; TABS 300mg	1	
<i>lithium carbonate</i> TBCR 300mg, 450mg	2	
NUEDEXTA CAP 20-10MG	5	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pyridostigmine bromide</i> TABS 60mg	3	
<i>riluzole</i> TABS 50mg	4	
<i>tetrabenazine</i> TABS 12.5mg	4	QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>tetrabenazine</i> TABS 25mg	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS		
BAFIERTAM CPDR 95mg	5	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
BETASERON KIT .3mg	5	NDS, QL (14 kits / 28 days), NM, PA
COPAXONE SOSY 20mg/ml	5	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
COPAXONE SOSY 40mg/ml	5	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
<i>dalfampridine</i> TB12 10mg	3	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i> fingolimod hcl</i> CAPS .5mg	5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 20mg/ml	5	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 40mg/ml	5	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
<i>glatopa</i> SOSY 20mg/ml	5	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
<i>glatopa</i> SOSY 40mg/ml	5	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
KESIMPTA SOAJ 20mg/0.4ml	5	NDS, QL (16 pens / 365 days), NM, PA

MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS

<i>baclofen</i> TABS 5mg	2	QL (90 tabs / 30 days)
<i>baclofen</i> TABS 10mg, 20mg	2	
<i>carisoprodol</i> TABS 350mg	3	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>cyclobenzaprine hcl</i> TABS 5mg, 10mg	3	QL (90 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>dantrolene sodium</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	4	
<i>methocarbamol</i> TABS 500mg	3	QL (360 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>methocarbamol</i> TABS 750mg	3	QL (240 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>tizanidine hcl</i> TABS 2mg, 4mg	2	

NARCOLEPSY/CATAPLEXY

<i>armodafinil</i> TABS 50mg	4	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>armodafinil</i> TABS 150mg, 200mg, 250mg	4	QL (30 tabs / 30 days), PA

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>modafinil</i> TABS 100mg	3	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>modafinil</i> TABS 200mg	3	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>sodium oxybate</i> SOLN 500mg/ml	5	NDS, QL (540 mL / 30 days), NM, PA

PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC

<i>acamprosate calcium</i> TBEC 333mg	4	
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL 2mg	3	QL (180 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL 8mg	3	QL (120 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i>	4	QL (180 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i>	4	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i>	4	QL (120 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i>	4	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i>	2	QL (180 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i>	2	QL (120 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> TB12 150mg	2	QL (60 tabs / 30 days)
<i>disulfiram</i> TABS 250mg, 500mg	3	
KLOXXADO LIQD 8mg/0.1ml	3	
<i>naloxone hcl</i> LIQD 4mg/0.1ml	3	
<i>naloxone hcl</i> SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY .4mg/ml, 2mg/2ml	2	
<i>naltrexone hcl</i> TABS 50mg	3	
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	4	
<i>varenicline tartrate</i> TABS .5mg, 1mg	4	QL (56 tabs / 28 days)
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack</i>	4	QL (2 packs / year)
VIVITROL SUSR 380mg	5	NDS, NM

ENDOCRINE AND METABOLIC

ANDROGENS

<i>danazol</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	4	
--	---	--

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>depo-testosterone</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	3	PA
<i>testosterone</i> GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm	4	QL (300 gm / 30 days), PA
<i>testosterone cypionate</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	3	PA
<i>testosterone enanthate</i> SOLN 200mg/ml	3	PA
<i>testosterone pump</i> GEL 1.62%	4	QL (150 gm / 30 days), PA

ANTIDIABETICS

<i>acarbose</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	6	
<i>dapagliflozin propanediol</i> TABS 5mg, 10mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
FARXIGA TABS 5mg, 10mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>glimepiride</i> TABS 1mg, 2mg	6	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glimepiride</i> TABS 4mg	6	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TABS 5mg	6	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TABS 10mg	6	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TB24 2.5mg, 5mg	6	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TB24 10mg	6	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	6	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	6	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	6	QL (120 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	3	QL (30 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	3	QL (30 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-500MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-1000	3	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-500MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-1000	3	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 100-1000	3	QL (30 tabs / 30 days)
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
JARDIANCE TABS 10mg, 25mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-500	3	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-850	3	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-1000	3	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 500mg	6	QL (150 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 850mg	6	QL (90 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 1000mg	6	QL (75 tabs / 30 days)

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>metformin hcl</i> TB24 500mg	6	QL (120 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
<i>metformin hcl</i> TB24 750mg	6	QL (60 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
MOUNJARO SOAJ 2.5mg/0.5ml, 5mg/0.5ml, 7.5mg/0.5ml, 10mg/0.5ml, 12.5mg/0.5ml, 15mg/0.5ml	3	QL (4 pens / 28 days), PA
<i>nateglinide</i> TABS 60mg, 120mg	6	QL (90 tabs / 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/3ml	3	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 4mg/3ml	3	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8mg/3ml	3	QL (1 pen / 28 days), PA
<i>pioglitazone hcl</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg	6	QL (30 tabs / 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-500 mg</i>	6	QL (90 tabs / 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg</i>	6	QL (90 tabs / 30 days)
<i>repaglinide</i> TABS 2mg	6	QL (240 tabs / 30 days)
<i>repaglinide</i> TABS .5mg, 1mg	6	QL (120 tabs / 30 days)
RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 14mg	3	QL (30 tabs / 30 days), PA
TRADJENTA TABS 5mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG	3	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG	3	QL (30 tabs / 30 days)
TRULICITY SOAJ .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml	3	QL (4 pens / 28 days), PA
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	3	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-500MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-1000MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-500MG	3	QL (30 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-1000	3	QL (30 tabs / 30 days)
ANTIDIABETICS, INSULINS		
ADMELOG SOLN 100unit/ml	3	B/D
ADMELOG SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	3	
ALCOHOL SWABS: EMBECTA-BD/MHC/RUGBY	3	PA

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
CEQR SIMPL KIT PATCH 2U (3-DAY)	4	QL (10 patches / 30 days), PA
CEQR SIMPL KIT PATCH 2U (4-DAY)	4	QL (8 patches / 24 days), PA
CEQR SIMPL MIS INSERTER	4	QL (2 inserters / year), PA
FIASP SOLN 100unit/ml	3	B/D
FIASP FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml	3	
FIASP PENFILL SOCT 100unit/ml	3	
FIASP PUMPCART SOCT 100unit/ml	3	B/D
GAUZE PADS 2" X 2"	3	PA
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml)	5	NDS, B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml	5	NDS
INSULIN PEN NEEDLES: EMBECTA-BD	3	PA
INSULIN SAFETY NEEDLES: EMBECTA-BD	3	PA
INSULIN SYRINGES: EMBECTA-BD	3	PA
LANTUS SOLN 100unit/ml	3	
LANTUS SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	3	
NOVOLIN INJ 70/30	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN INJ 70/30 FP	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml	3	B/D; (brand RELION not covered)
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml	3	(brand RELION not covered)
NOVOLOG SOLN 100unit/ml	3	B/D
NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml	3	
NOVOLOG FLEXPEN RELION SOPN 100unit/ml	3	
NOVOLOG MIX INJ 70/30	3	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	3	(brand RELION not covered)
NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml	3	

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
NOVOLOG RELION SOLN 100unit/ml	3	B/D
OMNIPOD 5 DX KIT INT G7G6	4	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 DX MIS POD G7G6	4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD 5 L2 KIT INTRO G6	4	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 L2 MIS PODS G6	4	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD DASH KIT INTRO	4	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD DASH MIS PODS	4	QL (15 pods / 30 days), PA
SOLIQUA INJ 100/33	3	QL (5 pens / 25 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	3	
TOUJEO SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	3	
XULTOPHY INJ 100/3.6	3	QL (5 pens / 30 days)
CALCIUM REGULATORS		
<i>alendronate sodium</i> SOLN 70mg/75ml	4	ST
<i>alendronate sodium</i> TABS 10mg, 35mg, 70mg	6	
BILDYOS SOSY 60mg/ml	4	QL (1 syringe / 180 days), NM
BONSITY SOPN 560mcg/2.24ml	5	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	3	B/D
<i>ibandronate sodium</i> SOLN 3mg/3ml	4	B/D, QL (1 injection / 90 days)
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg	2	B/D
OSPOMYV SOSY 60mg/ml	4	QL (1 syringe / 180 days), NM
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	3	B/D
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml	3	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml	4	QL (1 syringe / 180 days), NM
<i>risedronate sodium</i> TABS 5mg, 35mg, 150mg	3	
<i>risedronate sodium</i> TABS 30mg	4	
<i>risedronate sodium</i> TBEC 35mg	4	ST
<i>teriparatide</i> SOPN 560mcg/2.24ml	5	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
TERIPARATIDE SOPN 560mcg/2.24ml	5	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA; (ALVOGEN product)
WYOST SOLN 120mg/1.7ml	5	NDS, NM, PA
XTRENBO SOLN 120mg/1.7ml	4	NM, PA
zoledronic acid CONC 4mg/5ml; SOLN 5mg/100ml	4	B/D, NM

CHELATING AGENTS

CHEMET CAPS 100mg	5	NDS
deferasirox PACK 90mg, 180mg, 360mg; TBSO 250mg, 500mg	5	NDS, NM, PA
deferasirox TABS 90mg	3	NM, PA
deferasirox TABS 180mg, 360mg; TBSO 125mg	4	NM, PA
kionex SUSP 15gm/60ml	4	
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	3	
penicillamine TABS 250mg	5	NDS, NM
sodium polystyrene sulfonate SUSP 15gm/60ml	4	
sodium polystyrene sulfonate powder	3	
sps SUSP 15gm/60ml	4	
sps rectal SUSP 15gm/60ml	4	
trientine hcl CAPS 250mg	5	NDS, NM, PA

CONTRACEPTIVES

afirmelle	2	
altavera	2	
alyacen 1/35	2	
alyacen 7/7/7	2	
amethyst	2	
apri	2	
aranelle	2	
ashlyna	2	
abra eq	2	
aurovela 1/20	2	
aurovela 24 fe	2	
aurovela fe 1.5/30	2	
aurovela fe 1/20	2	
aviane	2	
ayuna	2	

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>azurette</i>	2	
<i>balziva</i>	2	
<i>blisovi 24 fe</i>	2	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	2	
<i>blisovi fe 1/20</i>	2	
<i>briellyn</i>	2	
<i>camila</i> TABS .35mg	2	
<i>camrese</i>	2	
<i>camrese lo</i>	2	
<i>chateal eq</i>	2	
<i>cryselle</i>	2	
<i>cyred eq</i>	2	
<i>dasetta 1/35</i>	2	
<i>dasetta 7/7/7</i>	2	
<i>daysee</i>	2	
<i>deblitane</i> TABS .35mg	2	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY 104mg/0.65ml	3	
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15- 0.02/0.01 mg(21/5)</i>	2	
<i>dolishale</i>	2	
<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3- 0.02-0.451 mg</i>	2	
<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3- 0.03-0.451 mg</i>	2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	2	
<i>elinest</i>	2	
<i>eluryng</i>	3	
<i>emzahh</i> TABS .35mg	2	
<i>enilloring</i>	3	
<i>enskyce</i>	2	
<i>errin</i> TABS .35mg	2	
<i>estarylla</i>	2	
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	2	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12- 0.015 mg/24hr</i>	3	

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>falmina</i>	2	
<i>feirza 1.5/30</i>	2	
<i>feirza 1/20</i>	2	
<i>finzala</i>	2	
<i>galbriela</i>	2	
<i>hailey 1.5/30</i>	2	
<i>hailey 24 fe</i>	2	
<i>hailey fe 1/20</i>	2	
<i>heather TABS .35mg</i>	2	
<i>iclevia</i>	2	
<i>incassia TABS .35mg</i>	2	
<i>introvale</i>	2	
<i>isibloom</i>	2	
<i>jaimiess</i>	2	
<i>jasmiel</i>	2	
<i>jencycla TABS .35mg</i>	2	
<i>jolessa</i>	2	
<i>juleber</i>	2	
<i>junel 1.5/30</i>	2	
<i>junel 1/20</i>	2	
<i>junel fe 1.5/30</i>	2	
<i>junel fe 1/20</i>	2	
<i>junel fe 24</i>	2	
<i>kaitlib fe</i>	2	
<i>kariva</i>	2	
<i>kelnor 1/35</i>	2	
<i>kurvelo</i>	2	
<i>larin 1.5/30</i>	2	
<i>larin 1/20</i>	2	
<i>larin 24 fe</i>	2	
<i>larin fe 1.5/30</i>	2	
<i>larin fe 1/20</i>	2	
<i>lessina</i>	2	
<i>levonest</i>	2	
<i>levonor-eth est tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg &eth est 0.01 mg</i>	2	
<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)</i>	2	

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	2	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	2	
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	2	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (continuous) tab 90-20 mcg</i>	2	
<i>levora 0.15/30-28</i>	2	
LILETTA IUD 20.1mcg/day	3	NM
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	2	
<i>loestrin 1/20-21</i>	2	
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	2	
<i>loestrin fe 1/20</i>	2	
<i>lojaimiess</i>	2	
<i>loryna</i>	2	
<i>low-ogestrel</i>	2	
<i>luizza 1.5/30</i>	2	
<i>luizza 1/20</i>	2	
<i>lutra</i>	2	
<i>lyleq TABS .35mg</i>	2	
<i>lyza TABS .35mg</i>	2	
<i>marlissa</i>	2	
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml</i>	3	
<i>meleya TABS .35mg</i>	2	
<i>mibelas 24 fe</i>	2	
<i>microgestin 1.5/30</i>	2	
<i>microgestin 1/20</i>	2	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	2	
<i>microgestin fe 1/20</i>	2	
<i>mili</i>	2	
<i>mono-linyah</i>	2	
<i>necon 0.5/35-28</i>	2	
NEXPLANON IMPL 68mg	3	NM
<i>nikki</i>	2	
<i>nora-be TABS .35mg</i>	2	

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr</i>	3	
<i>norethindrone (contraceptive) TABS .35mg</i>	2	
<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	2	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	2	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	2	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	2	
<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab 1 mg-20 mcg (24)</i>	2	
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	2	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	2	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	2	
<i>norlyroc TABS .35mg</i>	2	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	2	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	2	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	2	
<i>nortrel 7/7/7</i>	2	
<i>nylia 1/35</i>	2	
<i>nylia 7/7/7</i>	2	
<i>orquidea TABS .35mg</i>	2	
<i>philith</i>	2	
<i>pimtrea</i>	2	
<i>portia-28</i>	2	
<i>reclipsen</i>	2	
<i>rivelsa</i>	2	
<i>rosyrah</i>	2	
<i>setlakin</i>	2	
<i>sharobel TABS .35mg</i>	2	
<i>simliya</i>	2	
<i>simpesse</i>	2	
<i>sprintec 28</i>	2	

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>sronyx</i>	2	
<i>syeda</i>	2	
<i>tarina 24 fe</i>	2	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	2	
<i>tilia fe</i>	2	
<i>tri-estarylla</i>	2	
<i>tri-legest fe</i>	2	
<i>tri-linyah</i>	2	
<i>tri-lo-estarylla</i>	2	
<i>tri-lo-marzia</i>	2	
<i>tri-lo-mili</i>	2	
<i>tri-lo-sprintec</i>	2	
<i>tri-mili</i>	2	
<i>tri-sprintec</i>	2	
<i>tri-vylibra</i>	2	
<i>tri-vylibra lo</i>	2	
<i>turqoz</i>	2	
<i>tydemy</i>	2	
<i>valtya 1/35</i>	2	
<i>valtya 1/50</i>	2	
<i>velivet</i>	2	
<i>vestura</i>	2	
<i>vienva</i>	2	
<i>viorele</i>	2	
<i>vyfemla</i>	2	
<i>vylibra</i>	2	
<i>wera</i>	2	
<i>wymzya fe</i>	2	
<i>xarah fe</i>	2	
<i>xelria fe</i>	2	
<i>xulane</i>	3	
<i>zafemy</i>	3	
<i>zovia 1/35</i>	2	
<i>zumandimine</i>	2	
ESTROGENS		
<i>abigale</i>	3	
<i>abigale lo</i>	3	

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>dotti</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	3	
<i>estradiol</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr; PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr	3	
<i>estradiol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	2	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	3	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	3	
<i>estradiol vaginal</i> CREA .1mg/gm	3	
<i>estradiol vaginal</i> TABS 10mcg	4	
<i>estradiol valerate</i> OIL 10mg/ml, 20mg/ml, 40mg/ml	4	
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	3	
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	3	
<i>jinteli</i>	3	
<i>lyllana</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	3	
<i>mimvey</i>	3	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	3	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	3	
<i>yuvaferm</i> TABS 10mcg	4	
GLUCOCORTICOIDS		
<i>dexamethasone</i> ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	3	
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml	4	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml; SOSY 4mg/ml, 10mg/ml	3	
<i>fludrocortisone acetate</i> TABS .1mg	2	
<i>hydrocortisone</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	3	
<i>hydrocortisone sod succinate</i> SOLR 100mg	4	
<i>methylprednisolone</i> TABS 4mg, 8mg, 16mg, 32mg	3	B/D
<i>methylprednisolone</i> TBPK 4mg	2	

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>methylprednisolone acetate</i> SUSP 40mg/ml, 80mg/ml	3	B/D
<i>methylprednisolone sod succ</i> SOLR 40mg, 125mg, 500mg, 1000mg	3	B/D
<i>prednisolone</i> SOLN 15mg/5ml	2	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 5mg/5ml, 25mg/5ml	4	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 15mg/5ml	2	B/D
<i>prednisone</i> SOLN 5mg/5ml	4	B/D
<i>prednisone</i> TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	1	B/D
<i>prednisone</i> TBPK 5mg, 10mg	2	
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	4	B/D
SOLU-CORTEF SOLR 250mg, 500mg, 1000mg	4	
GLUCOSE ELEVATING AGENTS		
<i>diazoxide</i> SUSP 50mg/ml	5	NDS
ZEGALOGUE SOAJ .6mg/0.6ml; SOSY .6mg/0.6ml	3	
MISCELLANEOUS		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	5	NDS, NM, PA
<i>betaine powder for oral solution</i>	5	NDS, NM
<i>cabergoline</i> TABS .5mg	3	
<i>carglumic acid</i> TBSO 200mg	5	NDS, NM, PA
CERDELGA CAPS 84mg	5	NDS, NM, PA
CEREZYME SOLR 400unit	5	NDS, NM, PA
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 30mg, 60mg	4	B/D, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 90mg	4	B/D, QL (120 tabs / 30 days), NM
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	4	NM, PA
<i>desmopressin acetate</i> SOLN 4mcg/ml	5	NDS
<i>desmopressin acetate</i> TABS .1mg, .2mg	3	
<i>desmopressin acetate spray</i> SOLN .01%	4	
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> SOLN .01%	4	
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	5	NDS, NM, PA
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	5	NDS, NM, PA

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .2mg	3	NM, PA
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	5	NDS, NM, PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	5	NDS, NM, PA
<i>javygtor</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	5	NDS, NM, PA
<i>lanreotide acetate</i> SOLN 120mg/0.5ml	5	NDS, NM, PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	4	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	5	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg)	5	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg)	5	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH KIT 45mg)	5	NDS, NM, PA
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i> TABS 300mg	5	NDS, NM, PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	5	NDS, NM, PA
<i>nitisinone</i> CAPS 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	5	NDS, NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml	4	NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	5	NDS, NM, PA
<i>raloxifene hcl</i> TABS 60mg	3	
REVCIVI SOLN 2.4mg/1.5ml	5	NDS, NM, PA
REZDIFFRA TABS 60mg, 80mg, 100mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	5	NDS, NM, PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	5	NDS, NM, PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	5	NDS, NM, PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml	5	NDS, NM, PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	5	NDS, NM, PA
SYNAREL SOLN 2mg/ml	5	NDS, PA
<i>tolvaptan</i> TABS 15mg, 30mg	5	NDS, NM, PA; (generic of JYNARQUE)
<i>tolvaptan</i> TBPK 15mg	5	NDS, NM, PA

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>tolvaptan tab therapy pack 30 & 15 mg</i>	5	NDS, NM, PA
<i>tolvaptan tab therapy pack 45 & 15 mg</i>	5	NDS, NM, PA
<i>tolvaptan tab therapy pack 60 & 30 mg</i>	5	NDS, NM, PA
<i>tolvaptan tab therapy pack 90 & 30 mg</i>	5	NDS, NM, PA
<i>zelvysia PACK 100mg, 500mg</i>	5	NDS, NM, PA
PROGESTINS		
<i>gallifrey TABS 5mg</i>	3	
<i>medroxyprogesterone acetate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	1	
<i>megestrol acetate SUSP 40mg/ml</i>	3	
<i>megestrol acetate (appetite) SUSP 625mg/5ml</i>	4	PA
<i>norethindrone acetate TABS 5mg</i>	3	
<i>progesterone CAPS 100mg, 200mg</i>	3	
THYROID AGENTS		
<i>levo-t TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg</i>	1	
<i>levothyroxine sodium TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg</i>	1	
<i>levoxyl TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg</i>	1	
<i>liomny TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg</i>	3	
<i>liothyronine sodium TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg</i>	3	
<i>methimazole TABS 5mg, 10mg</i>	1	
<i>propylthiouracil TABS 50mg</i>	3	
<i>SYNTHROID TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg</i>	4	
<i>unithroid TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg</i>	1	
VITAMIN D ANALOGS		
<i>calcitriol CAPS .25mcg, .5mcg</i>	2	B/D
<i>calcitriol (oral) SOLN 1mcg/ml</i>	4	B/D
<i>doxercalciferol CAPS .5mcg, 1mcg, 2.5mcg</i>	4	B/D

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>paricalcitol</i> CAPS 1mcg, 2mcg, 4mcg	4	B/D

GASTROINTESTINAL

ANTIEMETICS

<i>aprepitant</i> CAPS 40mg, 80mg, 125mg	4	B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	4	B/D
<i>compro</i> SUPP 25mg	4	
<i>dronabinol</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg	4	B/D, QL (60 caps / 30 days)
<i>granisetron hcl</i> SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml	4	
<i>granisetron hcl</i> TABS 1mg	4	B/D
<i>meclizine hcl</i> TABS 12.5mg, 25mg	2	PA; PA applies if 65 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>metoclopramide hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml	3	
<i>metoclopramide hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>ondansetron</i> TBP 4mg, 8mg	3	B/D
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml; SOSY 4mg/2ml	3	
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/5ml	4	B/D
<i>ondansetron hcl</i> TABS 4mg, 8mg	3	B/D
<i>prochlorperazine</i> SUPP 25mg	4	
<i>prochlorperazine edisylate</i> SOLN 10mg/2ml	4	
<i>prochlorperazine maleate</i> TABS 5mg, 10mg	2	
<i>promethazine hcl</i> SOLN 6.25mg/5ml, 25mg/ml, 50mg/ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	3	PA; PA applies if 65 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>scopolamine</i> PT72 1mg/3days	4	QL (10 patches / 30 days)

ANTISPASMODICS

<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; TABS 20mg	3	PA; PA applies if 65 years and older
<i>dicyclomine hcl</i> SOLN 10mg/5ml	4	PA; PA applies if 65 years and older
<i>glycopyrrolate</i> TABS 1mg	3	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glycopyrrolate</i> TABS 2mg	3	QL (120 tabs / 30 days)

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
H2-RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml	3	
<i>famotidine</i> SUSR 40mg/5ml	4	
<i>famotidine</i> TABS 20mg, 40mg	1	
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i>	3	
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	4	
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
<i>balsalazide disodium</i> CAPS 750mg	3	
<i>budesonide</i> CPEP 3mg	4	QL (90 caps / 30 days)
<i>budesonide</i> TB24 9mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> ENEM 100mg/60ml	4	
<i>mesalamine</i> CP24 .375gm	4	QL (120 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> CPDR 400mg	4	QL (180 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm	4	QL (1680 mL / 28 days)
<i>mesalamine</i> SUPP 1000mg	4	QL (30 suppositories / 30 days)
<i>mesalamine</i> TBEC 1.2gm	4	QL (120 tabs / 30 days)
<i>mesalamine w/ cleanser</i> KIT 4gm	4	QL (28 bottles / 28 days)
<i>sulfasalazine</i> TABS 500mg	2	
<i>sulfasalazine</i> TBEC 500mg	3	
LAXATIVES		
<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	2	
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	2	
<i>gavilyte-c</i>	2	
<i>gavilyte-g</i>	2	
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	2	
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	2	
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	2	
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	2	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>	2	
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	2	
PLENVU SOL	4	

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	3	
MISCELLANEOUS		
<i>alose tron hcl</i> TABS 1mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>alose tron hcl</i> TABS .5mg	4	QL (60 tabs / 30 days), PA
CREON CAP 3000UNIT	3	
CREON CAP 6000UNIT	3	
CREON CAP 12000UNIT	3	
CREON CAP 24000UNIT	3	
CREON CAP 36000UNIT	3	
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> CONC 100mg/5ml	4	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i>	4	
GATTEX KIT 5mg	5	NDS, NM, PA
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg	3	QL (30 caps / 30 days)
<i>loperamide hcl</i> CAPS 2mg	2	
<i>misoprostol</i> TABS 100mcg, 200mcg	3	
MOVANTIK TABS 12.5mg, 25mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
RELISTOR SOLN 12mg/0.6ml	5	NDS, QL (28 vials / 28 days), PA
RELISTOR SOSY 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml	5	NDS, QL (28 syringes / 28 days), PA
<i>sucralfate</i> TABS 1gm	3	
<i>ursodiol</i> CAPS 300mg	4	
<i>ursodiol</i> TABS 250mg, 500mg	3	
VOQUEZNA PAK DUAL PAK	3	QL (2 kits / year), PA
VOQUEZNA PAK TRIP PK	3	QL (2 kits / year), PA
VOWST CAP	5	NDS, QL (12 caps / 30 days), NM, PA
XERMELO TABS 250mg	5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
XIFAXAN TABS 550mg	5	NDS, PA
ZENPEP CAP 3000UNIT	4	
ZENPEP CAP 5000UNIT	4	
ZENPEP CAP 10000UNT	4	
ZENPEP CAP 15000UNT	4	

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ZENPEP CAP 20000UNT	4	
ZENPEP CAP 25000UNT	4	
ZENPEP CAP 40000UNT	4	
ZENPEP CAP 60000UNT	4	
PROTON PUMP INHIBITORS		
<i>esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg, 40mg	3	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg, 30mg	3	QL (60 caps / 30 days)
<i>lansoprazole</i> TBDD 15mg, 30mg	4	QL (60 tabs / 30 days), ST
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>pantoprazole sodium</i> SOLR 40mg	4	
<i>pantoprazole sodium</i> TBEC 20mg, 40mg	1	
<i>rabeprazole sodium</i> TBEC 20mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
GENITOURINARY		
BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA		
<i>alfuzosin hcl</i> TB24 10mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>dutasteride</i> CAPS .5mg	3	QL (30 caps / 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i>	3	QL (30 caps / 30 days)
<i>finasteride</i> TABS 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>silodosin</i> CAPS 4mg, 8mg	3	QL (30 caps / 30 days)
<i>tadalafil</i> TABS 5mg	3	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>tamsulosin hcl</i> CAPS .4mg	1	QL (60 caps / 30 days)
MISCELLANEOUS		
<i>acetic acid</i> SOLN .25%	2	
<i>bethanechol chloride</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	3	
URINARY ANTISPASMODICS		
<i>darifenacin hydrobromide</i> TB24 7.5mg, 15mg	4	QL (30 tabs / 30 days), ST
<i>fesoterodine fumarate</i> TB24 4mg, 8mg	4	QL (30 tabs / 30 days)
GEMTESA TABS 75mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
MYRBETRIQ SRER 8mg/ml	3	QL (300 mL / 28 days)
MYRBETRIQ TB24 25mg, 50mg	3	QL (30 tabs / 30 days)

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>oxybutynin chloride</i> SOLN 5mg/5ml	3	QL (600 mL / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TABS 5mg	3	QL (120 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 5mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 10mg, 15mg	3	QL (60 tabs / 30 days)
<i>solifenacin succinate</i> TABS 5mg, 10mg	4	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tolterodine tartrate</i> CP24 2mg, 4mg	4	QL (30 caps / 30 days)
<i>tolterodine tartrate</i> TABS 1mg, 2mg	4	QL (60 tabs / 30 days)
<i>trospium chloride</i> CP24 60mg	4	QL (30 caps / 30 days)
<i>trospium chloride</i> TABS 20mg	3	QL (60 tabs / 30 days)

VAGINAL ANTI-INFECTIVES

<i>clindamycin phosphate vaginal</i> CREA 2%	3	
<i>metronidazole vaginal</i> GEL .75%	3	
<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	3	

HEMATOLOGIC

ANTICOAGULANTS

<i>dabigatran etexilate mesylate</i> CAPS 75mg, 150mg	3	QL (60 caps / 30 days)
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> CAPS 110mg	3	QL (120 caps / 30 days)
ELIQUIS CPSP .15mg	3	QL (56 caps / 21 days)
ELIQUIS TABS 2.5mg	3	QL (60 tabs / 30 days)
ELIQUIS TABS 5mg	3	QL (74 tabs / 30 days)
ELIQUIS TBSO .5mg	3	QL (588 tabs / 29 days)
ELIQUIS (1.5MG PACK) 3 X TBSO .5mg	3	QL (591 tabs / 29 days)
ELIQUIS (2MG PACK) 4 X TBSO .5mg	3	QL (592 tabs / 30 days)
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5mg	3	QL (74 tabs / 30 days)
<i>enoxaparin sodium</i> SOLN 300mg/3ml; SOSY 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml, 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml	4	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 2.5mg/0.5ml	4	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	5	NDS
HEP SOD/NAACL INJ 25000UNT	3	
<i>heparin sodium (porcine)</i> SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	3	B/D
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>rivaroxaban</i> SUSR 1mg/ml	3	QL (620 mL / 30 days)
<i>rivaroxaban</i> TABS 2.5mg	3	QL (60 tabs / 30 days)
<i>warfarin sodium</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	
XARELTO TABS 2.5mg	3	QL (60 tabs / 30 days)
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
XARELTO STAR TAB 15/20MG	3	QL (51 tabs / 30 days)
HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS		
FULPHILA SOSY 6mg/0.6ml	5	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	3	NM, PA
PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	5	NDS, NM, PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	5	NDS, NM, PA
MISCELLANEOUS		
ALVAIZ TABS 9mg, 54mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
ALVAIZ TABS 18mg, 36mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>anagrelide hcl</i> CAPS .5mg, 1mg	4	
BERINERT KIT 500unit	5	NDS, QL (24 boxes / 30 days), NM, PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	2	
DOPTELET TABS 20mg	5	NDS, NM, PA
DOPTELET SPRINKLE CPSP 10mg	5	NDS, NM, PA
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	4	
HAEGARDA SOLR 2000unit	5	NDS, QL (30 vials / 30 days), NM, PA
HAEGARDA SOLR 3000unit	5	NDS, QL (20 vials / 30 days), NM, PA
<i>icatibant acetate</i> SOSY 30mg/3ml	5	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
<i>l-glutamine (sickle cell)</i> PACK 5gm	5	NDS, NM, PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	2	
<i>sajazir</i> SOSY 30mg/3ml	5	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
SIKLOS TABS 100mg	4	
SIKLOS TABS 1000mg	5	NDS

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
TAVNEOS CAPS 10mg	5	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
<i>tranexamic acid</i> SOLN 1000mg/10ml	4	
<i>tranexamic acid</i> TABS 650mg	3	
PLATELET AGGREGATION INHIBITORS		
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	4	
<i>clopidogrel bisulfate</i> TABS 75mg	1	
<i>dipyridamole</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg	3	PA; PA applies if 65 years and older
<i>prasugrel hcl</i> TABS 5mg, 10mg	3	
<i>ticagrelor</i> TABS 60mg, 90mg	3	
IMMUNOLOGIC AGENTS		
AUTOIMMUNE AGENTS		
ADALIMUMAB-BWWD SOAJ 40mg/0.4ml	5	NDS, QL (6 autoinjectors / 28 days), NM, PA
ADALIMUMAB-BWWD SOSY 40mg/0.4ml	5	NDS, QL (6 syringes / 28 days), NM, PA
BIMZELX SOAJ 160mg/ml, 320mg/2ml	5	NDS, QL (2 pens / 28 days), NM, PA
BIMZELX SOSY 160mg/ml, 320mg/2ml	5	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
DUPIXENT SOAJ 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	5	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
DUPIXENT SOSY 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	5	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml	5	NDS, QL (16 vials / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml	5	NDS, QL (16 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 50mg/ml	5	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml	5	NDS, QL (8 cartridges / 28 days), NM, PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml	5	NDS, QL (8 pens / 28 days), NM, PA
HADLIMA SOSY 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	5	NDS, QL (6 syringes / 28 days), NM, PA

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
HADLIMA PUSH TOUCH SOAJ 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	5	NDS, QL (6 autoinjectors / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml	5	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 20mg/0.2ml	5	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	5	NDS, QL (6 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN AJKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	5	NDS, QL (6 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN AJKT 80mg/0.8ml	5	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV	5	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START AJKT 80mg/0.8ml	5	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg	5	NDS, NM, PA
KINERET SOSY 100mg/0.67ml	5	NDS, QL (28 syringes / 28 days), NM, PA
PYZCHIVA SOAJ 45mg/0.5ml	3	QL (1 pen / 28 days), NM, PA
PYZCHIVA SOAJ 90mg/ml	5	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
PYZCHIVA SOLN 45mg/0.5ml	3	QL (1 vial / 28 days), NM, PA
PYZCHIVA SOLN 130mg/26ml	5	NDS, NM, PA
PYZCHIVA SOSY 45mg/0.5ml	3	QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
PYZCHIVA SOSY 90mg/ml	5	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
REMICADE SOLR 100mg	5	NDS, NM, PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	5	NDS, NM, PA
RINVOQ TB24 15mg, 30mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
RINVOQ TB24 45mg	5	NDS, QL (168 tabs / year), NM, PA
RINVOQ LQ SOLN 1mg/ml	5	NDS, QL (360 mL / 30 days), NM, PA

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
SKYRIZI SOCT 180mg/1.2ml, 360mg/2.4ml	5	NDS, QL (1 cartridge / 56 days), NM, PA
SKYRIZI SOLN 600mg/10ml	5	NDS, NM, PA
SKYRIZI SOSY 150mg/ml	5	NDS, QL (6 syringes / 365 days), NM, PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml	5	NDS, QL (6 pens / 365 days), NM, PA
SOTYKTU TABS 6mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
STELARA SOLN 45mg/0.5ml	5	NDS, QL (1 vial / 28 days), NM, PA
STELARA SOLN 130mg/26ml	5	NDS, NM, PA
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml	5	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOAJ 200mg/2ml	5	NDS, QL (2 pens / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOLN 200mg/20ml	5	NDS, NM, PA
TREMFYA SOPN 100mg/ml	5	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOSY 100mg/ml	5	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOSY 200mg/2ml	5	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
TREMFYA INDUCTION PACK FO SOAJ 200mg/2ml	5	NDS, QL (2 pens / 28 days), NM, PA
TREMFYA PEN SOAJ 100mg/ml	5	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
TYENNE SOAJ 162mg/0.9ml	5	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
TYENNE SOLN 80mg/4ml, 200mg/10ml, 400mg/20ml	5	NDS, NM, PA
TYENNE SOSY 162mg/0.9ml	5	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
USTEKINUMAB SOLN 45mg/0.5ml	5	NDS, QL (1 vial / 28 days), NM, PA
USTEKINUMAB SOLN 130mg/26ml	5	NDS, NM, PA
USTEKINUMAB SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml	5	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
VELSIPITY TABS 2mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
XELJANZ SOLN 1mg/ml	5	NDS, QL (480 mL / 24 days), NM, PA
XELJANZ TABS 5mg, 10mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
YESINTEK SOLN 45mg/0.5ml	3	QL (1 vial / 28 days), NM, PA
YESINTEK SOLN 130mg/26ml	3	NM, PA
YESINTEK SOSY 45mg/0.5ml	3	QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
YESINTEK SOSY 90mg/ml	5	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA

DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS)

<i>hydroxychloroquine sulfate</i> TABS 200mg	3	
JYLAMVO SOLN 2mg/ml	4	B/D
<i>leflunomide</i> TABS 10mg, 20mg	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>methotrexate sodium</i> TABS 2.5mg	3	
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	4	B/D

IMMUNOGLOBULINS

ALYGLO SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	5	NDS, NM, PA
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml, 10%	5	NDS, NM, PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 5gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/400ml	5	NDS, NM, PA
GAMASTAN INJ	4	B/D, NM
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	NDS, NM, PA
GAMMAGARD LIQUID ERC SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml	5	NDS, NM, PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	5	NDS, NM, PA
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	5	NDS, NM, PA

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	5	NDS, NM, PA
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	5	NDS, NM, PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	NDS, NM, PA
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	NDS, NM, PA
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	5	NDS, NM, PA
IMMUNOMODULATORS		
ACTIMMUNE SOLN 100mcg/0.5ml	5	NDS, NM, PA
ARCALYST SOLR 220mg	5	NDS, NM, PA
IMMUNOSUPPRESSANTS		
ASTAGRAF XL CP24 5mg	5	NDS, B/D
ASTAGRAF XL CP24 .5mg, 1mg	4	B/D
<i>azathioprine</i> TABS 50mg	3	B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml	5	NDS, QL (8 pens / 28 days), NM, PA
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	5	NDS, NM, PA
BENLYSTA SOSY 200mg/ml	5	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
<i>cyclosporine</i> CAPS 25mg, 100mg	4	B/D
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	4	B/D
<i>everolimus (immunosuppressant)</i> TABS .5mg, .75mg, 1mg	5	NDS, B/D
<i>everolimus (immunosuppressant)</i> TABS .25mg	4	B/D
<i>engraf</i> CAPS 25mg, 100mg	4	B/D
<i>mycophenolate mofetil</i> CAPS 250mg; TABS 500mg	3	B/D
<i>mycophenolate mofetil</i> SUSR 200mg/ml	5	NDS, B/D
<i>mycophenolate sodium</i> TBEC 180mg, 360mg	4	B/D
NULOJIX SOLR 250mg	5	NDS, B/D

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	4	B/D
REZUROCK TABS 200mg	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sirolimus</i> SOLN 1mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg	4	B/D
<i>tacrolimus</i> CAPS .5mg, 1mg, 5mg	4	B/D
VACCINES		
ABRYSCO SOLR 120mcg/0.5ml	1	PA
ACTHIB INJ	1	
ADACEL INJ	1	
AREXVY SUSR 120mcg/0.5ml	1	PA
BCG VACCINE SOLR 50mg	1	
BEXSERO SUSY .5ml	1	
BOOSTRIX INJ	1	
DAPTACEL INJ	1	
DENGVAXIA SUS	1	
ENGERIX-B SUSP 20mcg/ml; SUSY 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	1	B/D
GARDASIL 9 SUSP .5ml; SUSY .5ml	1	
HAVRIX SUSY 720elu/0.5ml, 1440unit/ml	1	
HEPLISAV-B SOSY 20mcg/0.5ml	1	B/D
HIBERIX SOLR 10mcg	1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR 2.5unit/ml	1	B/D
INFANRIX INJ	1	
IPOL INJ INACTIVE	1	
IXIARO INJ	1	
JYNNEOS SUSP .5ml	1	B/D
KINRIX INJ	1	
M-M-R II INJ	1	
MENQUADFI SOLN .5ml	1	
MENVEO INJ	1	
MENVEO SOL	1	
MRESVIA SUSY 50mcg/0.5ml	1	PA
PEDIARIX INJ 0.5ML	1	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	1	
PENBRAYA INJ	1	
PENMENVY INJ	1	

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
PENTACEL INJ	1	
PRIORIX INJ	1	
PROQUAD INJ	1	
QUADRACEL INJ 0.5ML	1	
RABAVERT INJ	1	B/D
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml; SUSY 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml	1	B/D
ROTARIX SUS	1	
ROTATEQ SOL	1	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml	1	QL (2 vials per lifetime)
SHINGRIX SUSY 50mcg/0.5ml	1	QL (2 syringes per lifetime)
TENIVAC INJ 5-2LF	1	B/D
TICOVAC SUSY 1.2mcg/0.25ml, 2.4mcg/0.5ml	1	
TRUMENBA SUSY .5ml	1	
TWINRIX INJ	1	
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml; SOSY 25mcg/0.5ml	1	
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml; SUSY 25unit/0.5ml, 50unit/ml	1	
VARIVAX SUSR 1350pfu/0.5ml	1	
VAXCHORA SUS	1	
VIMKUNYA SUSY 40mcg/0.8ml	1	
VIVOTIF CAP EC	1	
YF-VAX INJ	1	

NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS

ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE

D2.5W/NAACL INJ 0.45%	4
D5W/NAACL INJ 0.2%	3
D5W/NAACL INJ 0.45%	3
D10W/NAACL INJ 0.2%	3
D10W/NAACL INJ 0.45%	3
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	3
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	3
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	3
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	3
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	3

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i>	3	
ISOLYTE-P INJ /D5W	4	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	4	
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	3	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	3	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	3	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	3	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	3	
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.9% inj</i>	3	
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i>	3	
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	3	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	3	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	3	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	3	
<i>kcl 40 meq/l (0.298%) in nacl 0.9% inj</i>	3	
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	4	
KCL/D5W/NACL INJ 0.15/0.2	3	
LACTATED RIN INJ	4	
<i>lactated ringer's solution</i>	3	
<i>magnesium sulfate SOLN 2gm/50ml, 3gm/100ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%</i>	3	
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	3	
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>	3	
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	4	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	4	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	4	
POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	4	

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>potassium chloride</i> SOLN 2meq/ml, 10meq/100ml, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml	3	
<i>potassium chloride</i> 20 meq/l (0.15%) in <i>dextrose</i> 5% inj	3	
<i>sodium chloride</i> SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%	3	
TPN ELECTROL INJ	4	B/D
<i>ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL</i>		
<i>klor-con</i> PACK 20meq	4	
KLOR-CON 8 TBCR 8meq	2	
<i>klor-con</i> 10 TBCR 10meq	2	
KLOR-CON 10 TBCR 10meq	2	
<i>klor-con m10</i> TBCR 10meq	2	
<i>klor-con m15</i> TBCR 15meq	2	
<i>klor-con m20</i> TBCR 20meq	2	
M-NATAL PLUS TAB	3	
<i>potassium chloride</i> CPCR 8meq, 10meq; TBCR 8meq, 10meq, 20meq	2	
<i>potassium chloride</i> PACK 20meq; SOLN 10%, 20%	4	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals</i> TBCR 10meq, 15meq, 20meq	2	
PRENATAL TAB 27-1MG	3	
PRENATAL TAB PLUS	3	
<i>sodium fluoride</i> chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln	2	
WESTAB PLUS TAB 27-1MG	3	
<i>IV NUTRITION</i>		
<i>aminosyn ii soln</i> 15%	4	B/D
AMINOSYN INJ 10%	4	B/D
AMINOSYN-PF INJ 10%	4	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	4	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	4	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	4	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	4	B/D

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
CLINIMIX INJ 8/14	4	B/D
<i>clinisol sf 15%</i>	4	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	4	B/D
<i>dextrose SOLN 5%, 10%</i>	3	
<i>dextrose SOLN 50%</i>	3	B/D
DEXTROSE 10% SOLN 10%	3	
DEXTROSE 70% SOLN 70%	3	B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	4	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	4	B/D
<i>plenamine</i>	4	B/D
PREMASOL SOL 10%	5	NDS, B/D
PROSOL INJ 20%	4	B/D
TRAVASOL INJ 10%	4	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	4	B/D

OPHTHALMIC

ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY

<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	3	
<i>loteprednol etabonate-tobramycin ophth susp 0.5-0.3%</i>	3	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	4	
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	2	
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	3	
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	3	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	3	

ANTI-INFECTIVES

<i>bacitracin (ophthalmic) OINT 500unit/gm</i>	3	
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	2	
<i>besifloxacin hcl SUSP .6%</i>	3	
BESIVANCE SUSP .6%	3	
CILOXAN OINT .3%	3	

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i> SOLN .3%	2	
<i>erythromycin (ophth)</i> OINT 5mg/gm	2	
<i>gatifloxacin (ophth)</i> SOLN .5%	3	
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i> SOLN .3%	2	
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i> SOLN .5%	3	QL (12 mL / 30 days)
NATACYN SUSP 5%	4	
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	3	
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	3	
<i>ofloxacin (ophth)</i> SOLN .3%	2	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i> SOLN 10%	3	
<i>tobramycin (ophth)</i> SOLN .3%	1	
<i>trifluridine</i> SOLN 1%	4	
XDEMVI SOLN .25%	5	NDS, NM, PA
ZIRGAN GEL .15%	4	
ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i> SOLN .1%	3	
<i>diclofenac sodium (ophth)</i> SOLN .1%	2	
<i>difluprednate</i> EMUL .05%	4	
<i>fluorometholone (ophth)</i> SUSP .1%	3	
<i>flurbiprofen sodium</i> SOLN .03%	3	
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> SOLN .4%	3	
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> SOLN .5%	2	
LOTEMAX OINT .5%	3	
<i>prednisolone acetate (ophth)</i> SUSP 1%	3	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	3	
ANTIALLERGICS		
<i>azelastine hcl (ophth)</i> SOLN .05%	2	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> SOLN 4%	2	
ZERVIATE SOLN .24%	4	
ANTI GLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl (ophth)</i> SOLN .5%	3	
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .2%	1	

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>brinzolamide</i> SUSP 1%	4	ST
<i>carteolol hcl (ophth)</i> SOLN 1%	2	
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	3	
<i>dorzolamide hcl</i> SOLN 2%	2	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln</i> 2-0.5%	2	
<i>latanoprost</i> SOLN .005%	1	
<i>levobunolol hcl</i> SOLN .5%	2	
LUMIGAN SOLN .01%	3	
<i>pilocarpine hcl</i> SOLN 1%, 2%, 4%	3	
RHOPRESSA SOLN .02%	4	
ROCKLATAN DRO	4	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	4	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLG .25%, .5%	3	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLN .25%, .5%	1	
<i>travoprost</i> SOLN .004%	4	
VYZULTA SOLN .024%	4	
MISCELLANEOUS		
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	3	
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i> SOLN 1%	3	
CYSTADROPS SOLN .37%	5	NDS, NM, PA
CYSTARAN SOLN .44%	5	NDS, NM, PA
EYSUVIS SUSP .25%	4	
MIEBO SOLN 1.338gm/ml	3	
<i>proparacaine hcl</i> SOLN .5%	3	
RESTASIS EMUL .05%	3	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	3	
XIIDRA SOLN 5%	3	
OTIC		
OTIC AGENTS		
<i>acetic acid (otic)</i> SOLN 2%	3	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp</i> 0.3-0.1%	4	
<i>flac</i> OIL .01%	3	
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i> OIL .01%	3	
<i>hydrocortisone w/ acetic acid otic soln</i> 1-2%	4	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln</i> 1%	3	

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	3	
<i>ofloxacin (otic) SOLN .3%</i>	4	

RESPIRATORY

ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS

ANORO ELLIPT AER 62.5-25	3	QL (60 blisters / 30 days)
BEVESPI AER 9-4.8MCG	3	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE	3	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	3	QL (4 inhalers / 28 days)
COMBIVENT AER 20-100	4	QL (2 inhalers / 30 days)
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	3	B/D
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	3	QL (60 blisters / 30 days)
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	3	QL (60 blisters / 30 days)

ANTICHOLINERGICS

ATROVENT HFA AERS 17mcg/act	4	QL (2 inhalers / 30 days)
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh	3	QL (30 blisters / 30 days)
<i>ipratropium bromide SOLN .02%</i>	2	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal) SOLN .03%, .06%</i>	3	
SPIRIVA RESPIMAT AERS 1.25mcg/act	4	QL (1 inhaler / 30 days)

ANTI-HISTAMINES

<i>azelastine hcl SOLN .1%</i>	2	
<i>cetirizine hcl SOLN 5mg/5ml</i>	2	QL (300 mL / 30 days)
<i>cyproheptadine hcl SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg</i>	3	PA; PA applies if 65 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>desloratadine TABS 5mg</i>	3	QL (30 tabs / 30 days)
<i>diphenhydramine hcl SOLN 50mg/ml</i>	3	
<i>hydroxyzine hcl SOLN 25mg/ml, 50mg/ml</i>	4	PA; PA applies if 65 years and older

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>hydroxyzine hcl</i> SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg	3	PA; PA applies if 65 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>hydroxyzine pamoate</i> CAPS 25mg, 50mg	3	PA; PA applies if 65 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> SOLN 2.5mg/5ml	4	QL (300 mL / 30 days)
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> TABS 5mg	2	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olopatadine hcl (nasal)</i> SOLN .6%	4	
BETA AGONISTS		
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	3	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proair HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	3	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proventil HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	3	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Ventolin HFA)
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	3	B/D
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .083%	2	B/D
<i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml	3	
<i>albuterol sulfate</i> TABS 2mg, 4mg	4	
<i>arformoterol tartrate</i> NEBU 15mcg/2ml	4	B/D
<i>formoterol fumarate</i> NEBU 20mcg/2ml	4	B/D
<i>levalbuterol hcl</i> NEBU .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	4	B/D
<i>levalbuterol tartrate</i> AERO 45mcg/act	3	QL (2 inhalers / 30 days), ST
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose	3	QL (60 inhalations / 30 days)
<i>terbutaline sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg	4	
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act	3	QL (2 inhalers / 30 days)
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act	3	QL (6 inhalers / 30 days)

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
LEUKOTRIENE MODULATORS		
<i>montelukast sodium</i> CHEW 4mg, 5mg	2	
<i>montelukast sodium</i> PACK 4mg	4	
<i>montelukast sodium</i> TABS 10mg	1	
<i>zafirlukast</i> TABS 10mg, 20mg	3	
MISCELLANEOUS		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	4	B/D
ALYFTREK TAB 4-20-50	5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
ALYFTREK TAB 10-50-125	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	5	NDS, NM, PA
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	3	B/D
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	3	(generic of EpiPen)
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml	3	(generic of Adrenaclick)
FASENRA SOSY 10mg/0.5ml, 30mg/ml	5	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	5	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
KALYDECO PACK 5.8mg, 13.4mg, 25mg, 50mg, 75mg	5	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
KALYDECO TABS 150mg	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
OFEV CAPS 100mg, 150mg	5	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 75-94MG	5	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 100-125	5	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 150-188	5	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI TAB 100-125	5	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
ORKAMBI TAB 200-125	5	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> CAPS 267mg	5	NDS, QL (270 caps / 30 days), NM, PA

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>pirfenidone</i> TABS 267mg	5	NDS, QL (270 tabs / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 534mg, 801mg	5	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml	5	NDS, NM, PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	5	NDS, NM, PA
<i>roflumilast</i> TABS 250mcg	4	QL (56 tabs / year)
<i>roflumilast</i> TABS 500mcg	4	QL (30 tabs / 30 days)
SYMDEKO TAB 50-75MG	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
SYMDEKO TAB 100-150	5	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
<i>theophylline</i> ELIX 80mg/15ml; SOLN 80mg/15ml; TB12 100mg, 200mg, 300mg, 450mg	4	
<i>theophylline</i> TB24 400mg, 600mg	3	
TRIKAFTA PAK 59.5MG	5	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA PAK 75MG	5	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	5	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOAJ 75mg/0.5ml, 300mg/2ml	5	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOAJ 150mg/ml	5	NDS, QL (8 pens / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOLR 150mg	5	NDS, QL (8 vials / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOSY 75mg/0.5ml, 300mg/2ml	5	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOSY 150mg/ml	5	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg, 4000mg, 5000mg	5	NDS, NM, PA
NASAL STEROIDS		
<i>flunisolide (nasal)</i> SOLN .025%	3	QL (3 bottles / 30 days)
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act	2	QL (1 bottle / 30 days)
<i>mometasone furoate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act	4	QL (2 bottles / 30 days)

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
XHANCE EXHU 93mcg/act	4	QL (32 mL / 30 days), PA
STEROID INHALANTS		
ALVESCO AERS 80mcg/act	4	QL (3 inhalers / 30 days)
ALVESCO AERS 160mcg/act	4	QL (2 inhalers / 30 days)
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act	3	QL (30 inhalations / 30 days)
<i>budesonide (inhalation) SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml</i>	4	B/D
STEROID/BETA-AGONIST COMBINATIONS		
ADVAIR HFA AER 45/21	3	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 115/21	3	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 230/21	3	QL (1 inhaler / 30 days)
AIRSUPRA AER 90-80MCG	3	QL (3 inhalers / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG	3	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 100-25	3	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 200-25	3	QL (60 blisters / 30 days)
<i>breyana</i>	3	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 80-4.5 mcg/act</i>	3	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 160-4.5 mcg/act</i>	3	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 50-5MCG	4	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 100-5MCG	4	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 200-5MCG	4	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act</i>	3	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act</i>	3	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act</i>	3	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>wixela inhub</i>	3	QL (60 inhalations / 30 days)

TOPICAL

DERMATOLOGY, ACNE

<i>acutane CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	PA
<i>amnestem CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	PA
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i>	4	QL (46.6 gm / 30 days)
<i>claravis CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	PA
<i>clindamycin phosph-benzoyl peroxide (refrig) gel 1.2 (1)-5%</i>	3	QL (45 gm / 30 days)
<i>clindamycin phosphate (topical) GEL 1%</i>	3	QL (75 mL / 30 days), PA
<i>clindamycin phosphate (topical) LOTN 1%; SOLN 1%</i>	3	QL (60 mL / 30 days)
<i>ery PADS 2%</i>	3	QL (60 pledgets / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid) GEL 2%</i>	3	QL (60 gm / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid) SOLN 2%</i>	3	QL (60 mL / 30 days)
<i>isotretinoin CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	PA
<i>neuac</i>	3	QL (45 gm / 30 days)
<i>sulfacetamide sodium (acne) LOTN 10%</i>	4	QL (118 mL / 30 days)
<i>tretinoin CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025%</i>	4	QL (45 gm / 30 days), PA
<i>twice-daily clindamycin phosphate (topical) GEL 1%</i>	3	QL (60 gm / 30 days)
<i>zenatane CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	PA

DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS

<i>gentamicin sulfate (topical) CREA .1%; OINT .1%</i>	3	QL (30 gm / 30 days)
<i>mupirocin OINT 2%</i>	2	QL (220 gm / 30 days)
<i>silver sulfadiazine CREA 1%</i>	2	
<i>ssd CREA 1%</i>	2	

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
SULFAMYLON CREA 85mg/gm	4	QL (453.6 gm / 30 days)
DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS		
<i>ciclopirox</i> GEL .77%	3	QL (100 gm / 30 days)
<i>ciclopirox</i> SHAM 1%	3	QL (120 mL / 30 days)
<i>ciclopirox olamine</i> CREA .77%	3	QL (90 gm / 30 days)
<i>ciclopirox olamine</i> SUSP .77%	3	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole (topical)</i> CREA 1%	2	QL (45 gm / 30 days)
<i>clotrimazole (topical)</i> SOLN 1%	3	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i>	3	QL (45 gm / 30 days)
<i>econazole nitrate</i> CREA 1%	3	QL (85 gm / 30 days)
<i>ketconazole (topical)</i> CREA 2%	3	QL (60 gm / 30 days)
<i>ketconazole (topical)</i> SHAM 2%	2	QL (120 mL / 30 days)
<i>klayesta</i> POWD 100000unit/gm	3	QL (60 gm / 30 days)
<i>nyamyc</i> POWD 100000unit/gm	3	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm	2	QL (30 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> POWD 100000unit/gm	3	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystop</i> POWD 100000unit/gm	3	QL (60 gm / 30 days)
<i>selenium sulfide</i> LOTN 2.5%	2	
DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS		
<i>acitretin</i> CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg	4	PA
<i>calcipotriene</i> CREA .005%; OINT .005%	4	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>calcipotriene</i> SOLN .005%	3	QL (120 mL / 30 days), PA
<i>calcitrene</i> OINT .005%	4	QL (120 gm / 30 days), PA
ENSTILAR AER	5	NDS, QL (120 gm / 30 days), PA
<i>methoxsalen rapid</i> CAPS 10mg	5	NDS
<i>tazarotene</i> CREA .05%, .1%	3	QL (60 gm / 30 days), PA
DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS		
<i>ala-cort</i> CREA 1%	1	
<i>alclometasone dipropionate</i> CREA .05%; OINT .05%	3	QL (60 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> CREA .05%	3	QL (120 gm / 30 days)

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> LOTN .05%	3	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> OINT .05%	4	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> CREA .05%	2	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> GEL .05%; OINT .05%	4	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> LOTN .05%	4	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone valerate</i> CREA .1%; OINT .1%	3	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone valerate</i> LOTN .1%	3	QL (120 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	4	QL (120 gm / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> SHAM .05%	4	QL (236 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> SOLN .05%	4	QL (100 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate e</i> CREA .05%	4	QL (120 gm / 30 days)
<i>clodan</i> SHAM .05%	4	QL (236 mL / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .01%	4	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .025%	4	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> OIL .01%	3	QL (118.28 mL / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> OINT .025%	3	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> SOLN .01%	4	QL (60 mL / 30 days)
<i>fluocinonide</i> CREA .05%, .1%	3	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinonide</i> GEL .05%; OINT .05%	4	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinonide</i> SOLN .05%	3	QL (60 mL / 30 days)
<i>fluocinonide emulsified base</i> CREA .05%	4	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluticasone propionate</i> CREA .05%; OINT .005%	3	
<i>halobetasol propionate</i> CREA .05%; OINT .05%	4	QL (50 gm / 30 days)
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 1%	1	
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 2.5%; LOTN 2.5%; OINT 2.5%	2	
<i>hydrocortisone (topical)</i> OINT 1%	2	QL (30 gm / 30 days)
<i>hydrocortisone valerate</i> CREA .2%	3	QL (60 gm / 30 days)
<i>mometasone furoate</i> CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	3	

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .025%, .1%, .5%	2	QL (454 gm / 30 days)
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> LOTN .025%, .1%	3	
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> OINT .025%, .1%, .5%	2	
<i>triderm</i> CREA .5%	2	QL (454 gm / 30 days)
DERMATOLOGY, LOCAL ANESTHETICS		
<i>glydo</i> PRSY 2%	3	QL (60 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> OINT 5%	4	QL (50 gm / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> PTCH 5%	4	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>lidocaine hcl</i> SOLN 4%	3	QL (50 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>	2	B/D, QL (30 gm / 30 days)
<i>lidocan</i> PTCH 5%	4	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>tridacaine ii</i> PTCH 5%	4	QL (3 patches / 1 day), PA
DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE		
<i>azelaic acid</i> GEL 15%	4	QL (50 gm / 30 days)
<i>bexarotene (topical)</i> GEL 1%	5	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA
<i>diclofenac sodium (topical)</i> SOLN 1.5%	3	QL (300 mL / 28 days)
<i>EUCRISA</i> OINT 2%	4	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>fluorouracil (topical)</i> CREA 5%	4	QL (40 gm / 30 days)
<i>fluorouracil (topical)</i> SOLN 2%, 5%	3	QL (10 mL / 30 days)
<i>hydrocortisone (rectal)</i> CREA 1%, 2.5%	3	
<i>imiquimod</i> CREA 5%	3	QL (24 packets / 30 days)
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> CREA 12%; LOTN 12%	2	
<i>metronidazole (topical)</i> CREA .75%; GEL .75%	3	QL (45 gm / 30 days)
<i>metronidazole (topical)</i> LOTN .75%	4	QL (59 mL / 30 days)
<i>nitroglycerin (intra-anal)</i> OINT .4%	4	QL (30 gm / 30 days)

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
PANRETIN GEL .1%	5	NDS, QL (60 gm / 30 days), PA
<i>pimecrolimus</i> CREA 1%	4	QL (100 gm / 30 days), PA
<i>podofilox</i> SOLN .5%	3	QL (7 mL / 28 days)
<i>procto-med hc</i> CREA 2.5%	3	
<i>proctocort</i> CREA 1%	3	
<i>proctosol hc</i> CREA 2.5%	3	
<i>proctozone-hc</i> CREA 2.5%	3	
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1%	4	QL (100 gm / 30 days), PA
VALCHLOR GEL .016%	5	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA
DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES		
<i>malathion</i> LOTN .5%	4	QL (59 mL / 30 days)
<i>permethrin</i> CREA 5%	3	QL (60 gm / 30 days)
DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS		
SANTYL OINT 250unit/gm	4	QL (180 gm / 30 days), PA
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> SOLN .9%	3	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	2	
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS		
<i>cevimeline hcl</i> CAPS 30mg	4	
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i> SOLN .12%	1	
<i>clotrimazole</i> TROC 10mg	3	QL (150 lozenges / 30 days)
<i>kourzeq</i> PSTE .1%	3	
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> SOLN 2%	2	
<i>nystatin (mouth-throat)</i> SUSP 100000unit/ml	2	
<i>periogard</i> SOLN .12%	1	
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> TABS 5mg, 7.5mg	3	
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i> PSTE .1%	3	
_PART B		
DIABETIC METERS AND TEST STRIPS		
DEXCOM G6 MIS RECEIVER	0	PA
DEXCOM G6 MIS SENSOR	0	PA

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
DEXCOM G6 MIS TRANSMIT	0	PA
DEXCOM G7 MIS RECEIVER	0	PA
DEXCOM G7 MIS SENSOR	0	PA
FREESTYLE LB KIT 2/SENSOR	0	PA
FREESTYLE LB KIT 3/SENSOR	0	PA
FREESTYLE LB KIT 14D/SEN	0	PA
FREESTYLE LB MIS 2/READER	0	PA
FREESTYLE LB MIS 3/READER	0	PA
FREESTYLE MIS READER	0	PA
TRUE METRIX KIT AIR	0	
TRUE METRIX KIT METER	0	
TRUE METRIX STRIPS	0	

En la sección C1, puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y las abreviaturas que aparecen en esta tabla.



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H3038_26_9245_CAFormulary_M es

D. Índice de Medicamentos Cubiertos

En esta sección, puede encontrar un medicamento buscando su nombre alfabéticamente. Esto le indicará el número de página donde puede encontrar información adicional sobre la cobertura del medicamento.

A	
<i>abacavir sulfate</i>	28
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	30
<i>abigale</i>	88
<i>abigale lo</i>	88
ABILIFY ASIMTUFII	64
ABILIFY MAINTENA	64
<i>abiraterone acetate</i>	37
<i>abirtega</i>	37
ABRYSVO	104
<i>acamprosate calcium</i>	78
<i>acarbose</i>	79
<i>accutane</i>	116
<i>acebutolol hcl</i>	55
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i>	24
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i>	24
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i>	24
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i>	24
<i>acetazolamide</i>	57
<i>acetic acid</i>	96
<i>acetic acid (otic)</i>	110
<i>acetylcysteine</i>	113
<i>acitretin</i>	117
ACTHIB INJ.....	104
ACTIMMUNE.....	103
<i>acyclovir</i>	31
<i>acyclovir sodium</i>	31
ADACEL INJ	104
ADALIMUMAB-BWWD	99
<i>adefovir dipivoxil</i>	31
ADEMPAS	59
ADMELOG	80
ADMELOG SOLOSTAR.....	80
ADVAIR HFA AER 115/21.....	115
ADVAIR HFA AER 230/21.....	115
ADVAIR HFA AER 45/21.....	115
<i>afirmelle</i>	83
AIMOVIG	75
AIRSUPRA AER 90-80MCG	115
AKEEGA TAB 100/500	37
AKEEGA TAB 50/500MG	37
<i>ala-cort</i>	117
<i>albendazole</i>	25
<i>albuterol sulfate</i>	112
<i>alclometasone dipropionate</i>	117
ALCOHOL SWABS: EMBECTA-BD/MHC/RUGBY	80
ALDURAZYME.....	90
ALECENSA	40
<i>alendronate sodium</i>	82
<i>alfuzosin hcl</i>	96
<i>aliskiren fumarate</i>	57
<i>allopurinol</i>	23
<i>alose tron hcl</i>	95
<i>alprazolam</i>	60
<i>altavera</i>	83
ALUNBRIG	40
ALUNBRIG PAK.....	40
ALVAIZ.....	98
ALVESCO.....	115
<i>alyacen 1/35</i>	83



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

<i>alyacen 7/7/7</i>	83	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl</i>	
ALYFTREK TAB 10-50-125	113	<i>cap 10-20 mg</i>	50
ALYFTREK TAB 4-20-50	113	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl</i>	
ALYGLO	102	<i>cap 10-40 mg</i>	50
<i>alyq</i>	59	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl</i>	
<i>amantadine hcl</i>	63	<i>cap 2.5-10 mg</i>	50
<i>ambrisentan</i>	59	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl</i>	
<i>amethyst</i>	83	<i>cap 5-10 mg</i>	50
<i>amikacin sulfate</i>	25	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl</i>	
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab</i>		<i>cap 5-20 mg</i>	50
5-50 mg	57	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl</i>	
<i>amiloride hcl</i>	57	<i>cap 5-40 mg</i>	50
<i>aminosyn ii soln 15%</i>	107	<i>amlodipine besylate-olmesartan</i>	
AMINOSYN INJ 10%.....	107	<i>medoxomil tab 10-20 mg</i>	51
AMINOSYN-PF INJ 10%	107	<i>amlodipine besylate-olmesartan</i>	
<i>amiodarone hcl</i>	53	<i>medoxomil tab 10-40 mg</i>	51
<i>amitriptyline hcl</i>	61	<i>amlodipine besylate-olmesartan</i>	
<i>amlodipine besylate</i>	56	<i>medoxomil tab 5-20 mg</i>	51
<i>amlodipine besylate-atorvastatin</i>		<i>amlodipine besylate-olmesartan</i>	
<i>calcium tab 10-10 mg</i>	58	<i>medoxomil tab 5-40 mg</i>	51
<i>amlodipine besylate-atorvastatin</i>		<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i>	
<i>calcium tab 10-20 mg</i>	58	10-160 mg.....	51
<i>amlodipine besylate-atorvastatin</i>		<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i>	
<i>calcium tab 10-40 mg</i>	58	10-320 mg.....	51
<i>amlodipine besylate-atorvastatin</i>		<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-</i>	
<i>calcium tab 10-80 mg</i>	58	160 mg	51
<i>amlodipine besylate-atorvastatin</i>		<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-</i>	
<i>calcium tab 2.5-10 mg</i>	57	320 mg	51
<i>amlodipine besylate-atorvastatin</i>		<i>amnestem</i>	116
<i>calcium tab 2.5-20 mg</i>	57	<i>amoxapine</i>	61
<i>amlodipine besylate-atorvastatin</i>		<i>amoxicillin</i>	34
<i>calcium tab 2.5-40 mg</i>	57	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i>	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin</i>		200-28.5 mg/5ml	34
<i>calcium tab 5-10 mg</i>	57	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i>	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin</i>		250-62.5 mg/5ml	34
<i>calcium tab 5-20 mg</i>	57	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i>	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin</i>		400-57 mg/5ml	34
<i>calcium tab 5-40 mg</i>	57	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i>	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin</i>		600-42.9 mg/5ml	34
<i>calcium tab 5-80 mg</i>	58	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-</i>	
		125 mg	34



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>	34	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	34
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>	34	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	34
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	73	<i>ampicillin sodium</i>	34
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	73	<i>anagrelide hcl</i>	98
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	73	<i>anastrozole</i>	37
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	73	ANORO ELLIPT AER 62.5-25.....	111
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	73	<i>aprepitant</i>	93
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	73	<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	93
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	73	<i>apri</i>	83
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	73	APTIOM.....	68
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	73	APTIVUS.....	29
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	73	ARALAST NP	113
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	73	<i>aranelle</i>	83
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	73	ARCALYST	103
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	73	AREXVY.....	104
<i>amphotericin b</i>	27	<i>arformoterol tartrate</i>	112
<i>amphotericin b liposome</i>	27	ARIKAYCE.....	25
<i>ampicillin</i>	34	<i>aripiprazole</i>	64
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	34	ARISTADA	64
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	34	ARISTADA INITIO.....	64
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	34	<i>armodafinil</i>	77
		ARNUITY ELLIPTA.....	115
		<i>asenapine maleate</i>	64
		<i>ashlyna</i>	83
		<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	99
		ASTAGRAF XL.....	103
		<i>atazanavir sulfata</i>	29
		<i>atenolol</i>	55
		<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	55
		<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	55
		<i>atomoxetine hcl</i>	73
		<i>atorvastatin calcium</i>	54
		<i>atovaquone</i>	25



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i>	28	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	50
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i>	28	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	50
ATROPINE SULFATE	110	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	50
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i>	110	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>	50
ATROVENT HFA	111	<i>benazepril hcl</i>	50
<i>aubra eq</i>	83	BENDAMUSTINE HYDROCHLORID .	35
AUGTYRO	40	BENDEKA	36
<i>aurovela 1/20</i>	83	BENLYSTA	103
<i>aurovela 24 fe</i>	83	<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i>	116
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	83	<i>benztropine mesylate</i>	63
<i>aurovela fe 1/20</i>	83	BERINERT.....	98
AUSTEDO	75, 76	<i>besifloxacin hcl</i>	108
AUSTEDO XR	76	BESIVANCE.....	108
AUSTEDO XR TAB TITR KIT.....	76	BESREMI	39
AUVELITY TAB 45-105MG	61	<i>betaine powder for oral solution</i> ...	90
<i>aviane</i>	83	<i>betamethasone dipropionate (topical)</i>	117, 118
AVMAPKI PAK FAKZYNJA	40	<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	118
<i>ayuna</i>	83	<i>betamethasone valerate</i>	118
AYVAKIT.....	40	BETASERON.....	76
<i>azacitidine</i>	36	<i>betaxolol hcl (ophth)</i>	109
<i>azathioprine</i>	103	<i>bethanechol chloride</i>	96
<i>azelaic acid</i>	119	BEVESPI AER 9-4.8MCG	111
<i>azelastine hcl</i>	111	<i>bexarotene</i>	39
<i>azelastine hcl (ophth)</i>	109	<i>bexarotene (topical)</i>	119
<i>azithromycin</i>	33	BEXSERO.....	104
<i>aztreonam</i>	25	<i>bicalutamide</i>	37
<i>azurette</i>	84	BICILLIN L-A.....	34
B		BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	30
<i>bacitracin (ophthalmic)</i>	108	BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	30
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	108	BILDYOS	82
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	108	BIMZELX	99
<i>baclofen</i>	77	<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	55
BAFIERTAM.....	76		
<i>balsalazide disodium</i>	94		
BALVERSA	40		
<i>balziva</i>	84		
BARACLUDGE.....	31		
BCG VACCINE	104		



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 2.5-6.25 mg.....	55	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl</i> film 12-3 mg (base equiv)	78
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 5-6.25 mg	55	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl</i> film 2-0.5 mg (base equiv)	78
<i>bisoprolol fumarate</i>	55	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl</i> film 4-1 mg (base equiv)	78
BIVIGAM	102	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl</i> film 8-2 mg (base equiv)	78
<i>blisovi 24 fe</i>	84	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl</i> tab 2-0.5 mg (base equiv)	78
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	84	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl</i> tab 8-2 mg (base equiv)	78
<i>blisovi fe 1/20</i>	84	<i>bupropion hcl</i>	61
BLUJEPa.....	25	<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i>	78
BONSITY	82	<i>buspirone hcl</i>	60
BOOSTRIX INJ	104	<i>butorphanol tartrate</i>	24
<i>bortezomib</i>	40	C	
BORTEZOMIB.....	40	<i>cabergoline</i>	90
<i>bosentan</i>	59	CABOMETYX.....	41
BOSULIF.....	40	<i>calcipotriene</i>	117
BRAFTOVI.....	40	<i>calcitonin (salmon) spray</i>	82
BREO ELLIPTA INH 100-25	115	<i>calcitrene</i>	117
BREO ELLIPTA INH 200-25	115	<i>calcitriol</i>	92
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG....	115	<i>calcitriol (oral)</i>	92
<i>breyna</i>	115	CALQUENCE.....	41
BREZTRI AERO AER SPHERE	111	<i>camila</i>	84
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK).....	111	<i>camrese</i>	84
<i>briellyn</i>	84	<i>camrese lo</i>	84
<i>brimonidine tartrate</i>	109	<i>candesartan cilexetil</i>	53
<i>brinzolamide</i>	110	<i>candesartan cilexetil-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 16-12.5</i> <i>mg</i>	51
<i>brivaracetam</i>	68	<i>candesartan cilexetil-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 32-12.5</i> <i>mg</i>	51
BRIVIACT	68	<i>candesartan cilexetil-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 32-25 mg</i>	52
<i>bromocriptine mesylate</i>	63	CAPLYTA.....	64
BRUKINSA	40	CAPRELSA	41
<i>budesonide</i>	94		
<i>budesonide (inhalation)</i>	115		
<i>budesonide-formoterol fumarate</i> <i>dihyd aerosol 160-4.5 mcg/act</i>	115		
<i>budesonide-formoterol fumarate</i> <i>dihyd aerosol 80-4.5 mcg/act..</i>	115		
<i>bumetanide</i>	57		
<i>buprenorphine</i>	24		
<i>buprenorphine hcl</i>	78		



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

<i>captopril</i>	51	<i>carisoprodol</i>	77
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab</i>		<i>carteolol hcl (ophth)</i>	110
25-15 mg.....	50	<i>cartia xt</i>	56
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab</i>		<i>carvedilol</i>	55
25-25 mg.....	50	<i>caspofungin acetate</i>	27
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab</i>		CAYSTON.....	25
50-15 mg.....	50	<i>cefaclor</i>	32
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab</i>		<i>cefadroxil</i>	32
50-25 mg.....	50	CEFAZOLIN.....	32
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i>		CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML.....	32
10-100mg.....	63	<i>cefazolin sodium</i>	32
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i>		CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%.....	32
25-100mg.....	63	CEFAZOLIN/DEX SOL 1GM/50ML-4%.....	32
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i>		.....	32
25-250mg.....	63	CEFAZOLIN/DEX SOL 2GM/50ML-3%.....	32
<i>carbamazepine</i>	68	.....	32
<i>carbidopa</i>	63	CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/150ML-4%.....	32
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>		CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/50ML-2%.....	32
.....	63	.....	32
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>		<i>cefdinir</i>	32
.....	63	<i>cefepime hcl</i>	32
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>		<i>cefixime</i>	32
.....	63	<i>cefotetan disodium</i>	32
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>		<i>cefoxitin sodium</i>	32
.....	63	<i>cefpodoxime proxetil</i>	33
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>		<i>cefprozil</i>	33
.....	63	<i>ceftaroline fosamil</i>	33
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i>		<i>ceftazidime</i>	33
12.5-50-200 mg.....	63	<i>ceftriaxone sodium</i>	33
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i>		<i>cefuroxime axetil</i>	33
18.75-75-200 mg.....	63	<i>cefuroxime sodium</i>	33
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i>		<i>celecoxib</i>	23
25-100-200 mg.....	63	<i>cephalexin</i>	33
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i>		CEQR SIMPL KIT PATCH 2U (3-DAY).....	81
31.25-125-200 mg.....	63	.....	81
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i>		CEQR SIMPL KIT PATCH 2U (4-DAY).....	81
37.5-150-200 mg.....	63	.....	81
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i>		CEQR SIMPL MIS INSERTER.....	81
50-200-200 mg.....	63	CERDELGA.....	90
<i>carboplatin</i>	36	CEREZYME.....	90
<i>carglumic acid</i>	90		



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

<i>cetirizine hcl</i>	111	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i>	
<i>cevimeline hcl</i>	120	<i>900 mg/50ml</i>	26
<i>chateal eq</i>	84	<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	97
CHEMET	83	<i>clindamycin phosph-benzoyl peroxide</i>	
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-</i>		<i>(refrig) gel 1.2 (1)-5%</i>	116
<i>throat)</i>	120	CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	26
<i>chloroquine phosphate</i>	28	CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	26
<i>chlorpromazine hcl</i>	64	CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	26
<i>chlorthalidone</i>	57	CLINIMIX INJ 4.25/D10	107
<i>cholestyramine</i>	54	CLINIMIX INJ 4.25/D5W	107
<i>cholestyramine light</i>	54	CLINIMIX INJ 5%/D15W	107
<i>choline fenofibrate</i>	54	CLINIMIX INJ 5%/D20W	107
<i>ciclopirox</i>	117	CLINIMIX INJ 6/5	107
<i>ciclopirox olamine</i>	117	CLINIMIX INJ 8/10.....	107
<i>cilostazol</i>	98	CLINIMIX INJ 8/14.....	108
CILOXAN	108	<i>clinisol sf 15%</i>	108
CIMDUO TAB 300-300.....	30	CLINOLIPID EMU 20%.....	108
<i>cinacalcet hcl</i>	90	<i>clobazam</i>	68
CIPRO	33	<i>clobetasol propionate</i>	118
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>		<i>clobetasol propionate e</i>	118
.....	33	<i>clodan</i>	118
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>		<i>clomipramine hcl</i>	61
.....	33	<i>clonazepam</i>	68
<i>ciprofloxacin hcl</i>	33	<i>clonidine</i>	58
<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i>	109	<i>clonidine hcl</i>	58
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic</i>		<i>clopidogrel bisulfate</i>	99
<i>susp 0.3-0.1%</i>	110	<i>clorazepate dipotassium</i>	68
<i>cisplatin</i>	36	<i>clotrimazole</i>	120
<i>citalopram hydrobromide</i>	61	<i>clotrimazole (topical)</i>	117
<i>claravis</i>	116	<i>clotrimazole w/ betamethasone</i>	
<i>clarithromycin</i>	33	<i>cream 1-0.05%</i>	117
<i>clindamycin hcl</i>	25	<i>clozapine</i>	64, 65
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>		COARTEM TAB 20-120MG	28
.....	25	COBENFY CAP 100-20MG.....	65
<i>clindamycin phosphate</i>	25	COBENFY CAP 125-30MG.....	65
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> .	116	COBENFY CAP 50-20MG	65
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i>		COBENFY STRT CAP PACK.....	65
<i>300 mg/50ml</i>	25	<i>colchicine</i>	23
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i>		<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500</i>	
<i>600 mg/50ml</i>	25	<i>mg</i>	23



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

<i>colesevelam hcl</i>	54	D2.5W/NACL INJ 0.45%	105
<i>colestipol hcl</i>	54	D5W/NACL INJ 0.2%.....	105
<i>colistimethate sodium</i>	26	D5W/NACL INJ 0.45%.....	105
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	110	<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	97
COMBIVENT AER 20-100	111	<i>dalfampridine</i>	76
COMETRIQ (60MG DOSE)	41	<i>danazol</i>	78
COMETRIQ KIT 100MG	41	<i>dantrolene sodium</i>	77
COMETRIQ KIT 140MG	41	DANZITEN	41
<i>compro</i>	93	<i>dapagliflozin propanediol</i>	79
<i>constulose</i>	94	<i>dapsone</i>	26
COPAXONE	76	DAPTACEL INJ.....	104
COPIKTRA	41	<i>daptomycin</i>	26
CORLANOR	58	DAPTOMYCIN	26
COTELLIC	41	<i>darifenacin hydrobromide</i>	96
CREON CAP 12000UNT	95	<i>darunavir</i>	29
CREON CAP 24000UNT	95	<i>dasatinib</i>	41
CREON CAP 3000UNIT	95	<i>dasetta 1/35</i>	84
CREON CAP 36000UNT	95	<i>dasetta 7/7/7</i>	84
CREON CAP 6000UNIT	95	DAURISMO	41
CRESEMBA	27	<i>daysee</i>	84
<i>cromolyn sodium</i>	113	DAYVIGO.....	74
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> ..	95	<i>deblitane</i>	84
<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	109	<i>deferasirox</i>	83
<i>cryselle</i>	84	DELSTRIGO TAB	30
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	77	DENGVAXIA SUS	104
<i>cyclophosphamide</i>	36	DEPO-SUBQ PROVERA 104	84
CYCLOPHOSPHAMIDE.....	36	<i>depo-testosterone</i>	79
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR 36		DESCOVY TAB 120-15MG	30
<i>cycloserine</i>	31	DESCOVY TAB 200/25MG	30
<i>cyclosporine</i>	103	<i>desipramine hcl</i>	61
<i>cyclosporine modified (for</i>		<i>desloratadine</i>	111
<i>microemulsion)</i>	103	<i>desmopressin acetate</i>	90
<i>cyproheptadine hcl</i>	111	<i>desmopressin acetate spray</i>	90
<i>cyred eq</i>	84	<i>desmopressin acetate spray</i>	
CYSTADROPS.....	110	<i>refrigerated</i>	90
CYSTAGON	90	<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab</i>	
CYSTARAN.....	110	<i>0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>	84
<i>cytarabine</i>	36	<i>desvenlafaxine succinate</i>	61
D		<i>dexamethasone</i>	89
D10W/NACL INJ 0.2%.....	105	DEXAMETHASONE INTENSOL	89
D10W/NACL INJ 0.45%	105	<i>dexamethasone sodium phosphate</i> 89	



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i>	109	<i>difluprednate</i>	109
DEXCOM G6 MIS RECEIVER	120	<i>digoxin</i>	58
DEXCOM G6 MIS SENSOR.....	120	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	75
DEXCOM G6 MIS TRANSMIT.....	121	DILANTIN	69
DEXCOM G7 MIS RECEIVER	121	<i>diltiazem hcl</i>	56
DEXCOM G7 MIS SENSOR.....	121	<i>diltiazem hcl coated beads</i>	56
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	74	<i>diltiazem hcl extended release beads</i>	56
<i>dextrose</i>	108	<i>dilt-xr</i>	56
DEXTROSE 10%	108	<i>diphenhydramine hcl</i>	111
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	105	<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i>	95
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i> ..	105	<i>dipyridamole</i>	99
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i>	106	<i>disopyramide phosphate</i>	53
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	105	<i>disulfiram</i>	78
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	105	<i>divalproex sodium</i>	69
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	105	<i>docetaxel</i>	39
DEXTROSE 70%	108	DOCETAXEL	39
DIACOMIT	68	DOCIVYX	39
<i>diazepam</i>	69	<i>dofetilide</i>	53
<i>diazepam (anticonvulsant)</i>	69	<i>dolishale</i>	84
<i>diazepam inj</i>	69	<i>donepezil hydrochloride</i>	60
<i>diazepam intensol</i>	69	DOPTELET	98
<i>diazoxide</i>	90	DOPTELET SPRINKLE	98
<i>diclofenac potassium</i>	23	<i>dorzolamide hcl</i>	110
<i>diclofenac sodium</i>	23	<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 2-0.5%</i>	110
<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	109	<i>dotti</i>	89
<i>diclofenac sodium (topical)</i>	119	DOVATO TAB 50-300MG	30
<i>diclofenac w/ misoprostol tab delayed release 50-0.2 mg</i>	23	<i>doxazosin mesylate</i>	51
<i>diclofenac w/ misoprostol tab delayed release 75-0.2 mg</i>	23	<i>doxepin hcl</i>	61
<i>dicloxacillin sodium</i>	34	<i>doxepin hcl (sleep)</i>	74
<i>dicyclomine hcl</i>	93	<i>doxercalciferol</i>	92
DIFICID.....	33	<i>doxorubicin hcl</i>	39
<i>diflunisal</i>	23	<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	39
		<i>doxy 100</i>	35
		<i>doxycycline (monohydrate)</i>	35
		<i>doxycycline hyclate</i>	35
		DRIZALMA SPRINKLE	61
		<i>dronabinol</i>	93



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	84	<i>eluryng</i>	84
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	84	EMGALITY.....	75
<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.02-0.451 mg</i>	84	EMSAM.....	61
<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.03-0.451 mg</i>	84	<i>emtricitabine</i>	29
DROXIA.....	98	<i>emtricitabine-rilpivirine-tenofovir df tab 200-25-300 mg</i>	30
<i>droxidopa</i>	58	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	30
DULERA AER 100-5MCG	115	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	30
DULERA AER 200-5MCG	115	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	30
DULERA AER 50-5MCG	115	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	30
<i>duloxetine hcl</i>	61	EMTRIVA	29
DUPIXENT	99	EMVERM	26
<i>dutasteride</i>	96	<i>emzahh</i>	84
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i>	96	<i>enalapril maleate</i>	51
E		<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	50
<i>e.e.s. 400</i>	33	<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	50
<i>econazole nitrate</i>	117	ENBREL.....	99
EDARBI.....	53	ENBREL MINI	99
EDARBYCLOR TAB 40-12.5	52	ENBREL SURECLICK.....	99
EDARBYCLOR TAB 40-25MG.....	52	<i>endocet tab 10-325mg</i>	24
EDURANT	29	<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	24
EDURANT PED.....	29	<i>endocet tab 5-325mg</i>	24
<i>efavirenz</i>	29	<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	24
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	30	ENGERIX-B	104
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	30	<i>enilloring</i>	84
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	30	<i>enoxaparin sodium</i>	97
ELIGARD	37	ENSACOVE.....	41
<i>elinest</i>	84	<i>enskyce</i>	84
ELIQUIS	97	ENSTILAR AER	117
ELIQUIS (1.5MG PACK) 3 X.....	97	<i>entacapone</i>	63
ELIQUIS (2MG PACK) 4 X	97	<i>entecavir</i>	31
ELIQUIS STARTER PACK	97	ENTRESTO CAP 15-16MG.....	52
		ENTRESTO CAP 6-6MG	52



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

<i>enulose</i>	94	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring</i>	
EPCLUSA PAK 150-37.5.....	31	<i>0.12-0.015 mg/24hr</i>	84
EPCLUSA PAK 200-50MG	31	<i>etoposide</i>	39
EPCLUSA TAB 200-50MG	31	<i>etravirine</i>	29
EPCLUSA TAB 400-100.....	31	EUCRISA	119
EPIDIOLEX.....	69	EULEXIN.....	37
<i>epinephrine</i>	58	<i>everolimus</i>	41, 42
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	113	<i>everolimus (immunosuppressant)</i>	103
<i>eplerenone</i>	51	EVOTAZ TAB 300-150	30
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>		<i>exemestane</i>	37
.....	75	EXXUA	61
ERIVEDGE	41	EXXUA TITRATION PACK	61
ERLEADA.....	37	EYSUVIS.....	110
<i>erlotinib hcl</i>	41	EZALLOR SPRINKLE	54
<i>errin</i>	84	<i>ezetimibe</i>	54
<i>ertapenem sodium</i>	26	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	
<i>ery</i>	116	.....	54
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	33	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	
<i>erythromycin (acne aid)</i>	116	.....	54
<i>erythromycin (ophth)</i>	109	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	
<i>erythromycin base</i>	33	.....	54
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	33	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	
<i>erythromycin lactobionate</i>	33	.....	54
ERZOFRI	65	F	
<i>escitalopram oxalate</i>	61	FABRAZYME	90
<i>eslicarbazepine acetate</i>	69	<i>falmina</i>	85
<i>esomeprazole magnesium</i>	96	<i>famciclovir</i>	31
<i>estarylla</i>	84	<i>famotidine</i>	94
<i>estradiol</i>	89	<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20</i>	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab</i>		<i>mg/50ml</i>	94
<i>0.5-0.1 mg</i>	89	FANAPT	65
<i>estradiol & norethindrone acetate tab</i>		FANAPT PAK PACK A	65
<i>1-0.5 mg</i>	89	FANAPT PAK PACK B	65
<i>estradiol vaginal</i>	89	FANAPT PAK PACK C	65
<i>estradiol valerate</i>	89	FARXIGA	79
<i>ethambutol hcl</i>	31	FASENRA.....	113
<i>ethosuximide</i>	69	FASENRA PEN	113
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl</i>		<i>febuxostat</i>	23
<i>estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	84	<i>feirza 1.5/30</i>	85
<i>etodolac</i>	23	<i>feirza 1/20</i>	85



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

<i>felbamate</i>	69	<i>fluticasone propionate</i>	118
<i>felodipine</i>	56	<i>fluticasone propionate (nasal)</i>	114
<i>fenofibrate</i>	54	<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba</i>	
<i>fenofibrate micronized</i>	54	<i>100-50 mcg/act</i>	115
<i>fentanyl</i>	24	<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba</i>	
<i>fesoterodine fumarate</i>	96	<i>250-50 mcg/act</i>	116
FETZIMA	61	<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba</i>	
FETZIMA CAP TITRATIO.....	61	<i>500-50 mcg/act</i>	116
FIASP.....	81	<i>fluvastatin sodium</i>	54
FIASP FLEXTOUCH.....	81	<i>fluvoxamine maleate</i>	60
FIASP PENFILL	81	<i>fondaparinux sodium</i>	97
FIASP PUMPCART	81	<i>formoterol fumarate</i>	112
<i>fidaxomicin</i>	33	<i>fosamprenavir calcium</i>	29
<i>finasteride</i>	96	<i>fosfomicin tromethamine</i>	26
<i> fingolimod hcl</i>	76	<i>fosinopril sodium</i>	51
FINTEPLA	69	<i>fosinopril sodium &</i>	
<i>finzala</i>	85	<i>hydrochlorothiazide tab 10-12.5</i>	
FIRMAGON	37	<i>mg</i>	50
<i>flac</i>	110	<i>fosinopril sodium &</i>	
FLEBOGAMMA DIF	102	<i>hydrochlorothiazide tab 20-12.5</i>	
<i>flecainide acetate</i>	53	<i>mg</i>	50
<i>fluconazole</i>	28	FOTIVDA	42
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200</i>		FREESTYLE LB KIT 14D/SEN	121
<i>mg/100ml</i>	28	FREESTYLE LB KIT 2/SENSOR	121
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400</i>		FREESTYLE LB KIT 3/SENSOR	121
<i>mg/200ml</i>	28	FREESTYLE LB MIS 2/READER	121
<i>flucytosine</i>	28	FREESTYLE LB MIS 3/READER	121
<i>fludrocortisone acetate</i>	89	FREESTYLE MIS READER	121
<i>flunisolide (nasal)</i>	114	FRINDOVYX	36
<i>fluocinolone acetonide</i>	118	FRUZAQLA.....	42
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i>	110	FULPHILA	98
<i>fluocinonide</i>	118	<i>fulvestrant</i>	37
<i>fluocinonide emulsified base</i>	118	<i>furosemide</i>	57
<i>fluorometholone (ophth)</i>	109	<i>furosemide inj</i>	57
<i>fluorouracil</i>	36	<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	89
<i>fluorouracil (topical)</i>	119	<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	89
<i>fluoxetine hcl</i>	61	FYCOMPA.....	69
<i>fluphenazine decanoate</i>	65	G	
<i>fluphenazine hcl</i>	65	<i>gabapentin</i>	69, 70
<i>flurbiprofen</i>	23	<i>galantamine hydrobromide</i>	60
<i>flurbiprofen sodium</i>	109	<i>galbriela</i>	85



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

<i>gallifrey</i>	92	<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	79
GAMASTAN INJ	102	<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	79
GAMMAGARD LIQUID	102	<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	79
GAMMAGARD LIQUID ERC	102	<i>glycopyrrolate</i>	93
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH..	102	<i>glydo</i>	119
GAMMAKED	102	GLYXAMBI TAB 10-5 MG.....	79
GAMMAPLEX	103	GLYXAMBI TAB 25-5 MG.....	79
GAMUNEX-C	103	GOMEKLI.....	42
<i>ganciclovir sodium</i>	31	<i>granisetron hcl</i>	93
GARDASIL 9	104	<i>griseofulvin microsize</i>	28
<i>gatifloxacin (ophth)</i>	109	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	28
GATTEX.....	95	<i>guanfacine hcl</i>	58
GAUZE PADS 2.....	81	<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	74
<i>gavilyte-c</i>	94	H	
<i>gavilyte-g</i>	94	HADLIMA.....	99
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	94	HADLIMA PUSH TOUCH	100
GAVRETO	42	HAEGARDA	98
<i>gefitinib</i>	42	<i>hailey 1.5/30</i>	85
<i>gemcitabine hcl</i>	36	<i>hailey 24 fe</i>	85
<i>gemfibrozil</i>	54	<i>hailey fe 1/20</i>	85
GEMTESA	96	<i>halobetasol propionate</i>	118
<i>generlac</i>	94	<i>haloperidol</i>	65
<i>gengraf</i>	103	<i>haloperidol decanoate</i>	65
GENOTROPIN	90	<i>haloperidol lactate</i>	65
GENOTROPIN MINIQUICK.....	91	HAVRIX	104
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	26	<i>heather</i>	85
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i> ...	26	HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	97
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	26	<i>heparin sodium (porcine)</i>	97
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	26	HEPLISAV-B.....	104
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i> ...	26	HERCEP HYLEC SOL 60-10000.....	42
<i>gentamicin sulfate</i>	26	HERCEPTIN	42
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>	109	HERCESSI	42
<i>gentamicin sulfate (topical)</i>	116	HERNEXEOS.....	42
GENVOYA TAB.....	30	HERZUMA	42
GILOTRIF	42	HIBERIX	104
<i>glatiramer acetate</i>	76, 77	HUMIRA	100
<i>glatopa</i>	77	HUMIRA PEN	100
GLEOSTINE.....	36		
<i>glimepiride</i>	79		
<i>glipizide</i>	79		



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

HUMIRA PEN KIT PS/UV	100	<i>imatinib mesylate</i>	43
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START ..	100	IMBRUVICA.....	43
HUMULIN R U-500 (CONCENTR	81	<i>imipenem-cilastatin intravenous for</i>	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	81	<i>soln 250 mg</i>	26
<i>hydralazine hcl</i>	58	<i>imipenem-cilastatin intravenous for</i>	
<i>hydrochlorothiazide</i>	57	<i>soln 500 mg</i>	26
<i>hydrocodone bitartrate</i>	24	<i>imipramine hcl</i>	62
<i>hydrocodone-acetaminophen soln</i>		<i>imiquimod</i>	119
7.5-325 mg/15ml	24	IMKELDI	43
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-</i>		IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	104
325 mg	24	IMPAVIDO	26
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-</i>		INBRIJA.....	63
325 mg	24	<i>incassia</i>	85
<i>hydrocodone-acetaminophen tab</i>		INCRELEX.....	91
7.5-325 mg.....	24	INCRUSE ELLIPTA.....	111
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200</i>		<i>indapamide</i>	57
mg.....	25	INFANRIX INJ.....	104
<i>hydrocortisone</i>	89	INFLIXIMAB	100
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	94	INLURIYO	37
<i>hydrocortisone (rectal)</i>	119	INLYTA.....	43
<i>hydrocortisone (topical)</i>	118	INQOVI TAB 35-100MG	36
<i>hydrocortisone sod succinate</i>	89	INREBIC	43
<i>hydrocortisone valerate</i>	118	INSULIN PEN NEEDLES: EMBECTA-	
<i>hydrocortisone w/ acetic acid otic</i>		BD	81
<i>soln 1-2%</i>	110	INSULIN SAFETY NEEDLES:	
<i>hydromorphone hcl</i>	25	EMBECTA-BD.....	81
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	102	INSULIN SYRINGES: EMBECTA-BD	81
<i>hydroxyurea</i>	39	INTELENCE	29
<i>hydroxyzine hcl</i>	111, 112	INTRALIPID	108
<i>hydroxyzine pamoate</i>	112	<i>introvale</i>	85
HYRNUO	42	INVEGA HAFYERA	65
I		INVEGA SUSTENNA.....	65
<i>ibandronate sodium</i>	82	INVEGA TRINZA	65
IBRANCE	42	IPOL INJ INACTIVE	104
IBTROZI	42	<i>ipratropium bromide</i>	111
<i>ibu</i>	23	<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	111
<i>ibuprofen</i>	23	<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-</i>	
<i>icatibant acetate</i>	98	2.5(3) mg/3ml	111
<i>iclevia</i>	85	<i>irbesartan</i>	53
ICLUSIG	42	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab</i>	
IDHIFA.....	43	150-12.5 mg.....	52



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab</i>		<i>jolessa</i>	85
300-12.5 mg	52	<i>juleber</i>	85
<i>irinotecan hcl</i>	39	JULUCA TAB 50-25MG	30
ISENTRESS	29	<i>junel 1.5/30</i>	85
ISENTRESS HD	29	<i>junel 1/20</i>	85
<i>isibloom</i>	85	<i>junel fe 1.5/30</i>	85
ISOLYTE-P INJ /D5W	106	<i>junel fe 1/20</i>	85
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	106	<i>junel fe 24</i>	85
<i>isoniazid</i>	31	JYLAMVO	102
<i>isosorbide dinitrate</i>	58	JYNNEOS	104
<i>isosorbide mononitrate</i>	59	K	
<i>isotretinoin</i>	116	KADCYLA	43
<i>isradipine</i>	56	<i>kaitlib fe</i>	85
ITOVEBI	43	KALETRA SOL	30
<i>itraconazole</i>	28	KALYDECO	113
<i>ivabradine hcl</i>	58	KANJINTI	43
<i>ivermectin</i>	26	<i>kariva</i>	85
IWILFIN	39	<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose</i>	
IXIARO INJ	104	5% & nacl 0.45% inj	106
J		<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45%</i>	
<i>jaimiess</i>	85	inj	106
JAKAFI	43	<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.9%</i>	
<i>jantoven</i>	97	inj	106
JANUMET TAB 50-1000	79	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5%</i>	
JANUMET TAB 50-500MG	79	& nacl 0.45% inj	106
JANUMET XR TAB 100-1000	79	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5%</i>	
JANUMET XR TAB 50-1000	79	& nacl 0.9% inj	106
JANUMET XR TAB 50-500MG	79	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45%</i>	
JANUVIA	79	inj	106
JARDIANCE	79	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9%</i>	
<i>jasmiel</i>	85	inj	106
<i>javygtor</i>	91	<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose</i>	
JAYPIRCA	43	5% & nacl 0.45% inj	106
<i>jencycla</i>	85	<i>kcl 40 meq/l (0.298%) in nacl 0.9%</i>	
JENTADUETO TAB 2.5-1000	79	inj	106
JENTADUETO TAB 2.5-500	79	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5%</i>	
JENTADUETO TAB 2.5-850	79	& nacl 0.45% inj	106
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	79	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5%</i>	
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	79	& nacl 0.9% inj	106
<i>jinteli</i>	89		



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	LACTATED RIN INJ.....	106
.....	<i>lactated ringer's solution</i>	106
KCL/D5W/NACL INJ 0.15/0.2	<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> ...	119
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	<i>lactulose</i>	94
<i>kelnor 1/35</i>	<i>lactulose (encephalopathy)</i>	94
KERENDIA	<i>lamivudine</i>	29
KESIMPTA	<i>lamivudine (hbv)</i>	31
<i>ketoconazole</i>	<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300</i>	
<i>ketoconazole (topical)</i>	<i>mg</i>	30
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> .	<i>lamotrigine</i>	70
109	<i>lanreotide acetate</i>	91
KEYTRUDA.....	<i>lansoprazole</i>	96
KEYTRUDA INJ QLEX 395-4800 MG-	LANTUS.....	81
UNIT/2.4ML	LANTUS SOLOSTAR.....	81
43	<i>lapatinib ditosylate</i>	44
KEYTRUDA INJ QLEX 790-9600 MG-	<i>larin 1.5/30</i>	85
UNIT/4.8ML	<i>larin 1/20</i>	85
43	<i>larin 24 fe</i>	85
KINERET.....	<i>larin fe 1.5/30</i>	85
100	<i>larin fe 1/20</i>	85
KINRIX INJ	<i>latanoprost</i>	110
104	LAZCLUZE	44
<i>kionex</i>	<i>leflunomide</i>	102
83	<i>lenalidomide</i>	38
KISQALI 200 DOSE	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	44
44	LENVIMA 12MG DAILY DOSE.....	44
KISQALI 400 DOSE	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	44
44	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE.....	44
KISQALI 400 PAK FEMARA	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE.....	44
44	LENVIMA CAP 14 MG.....	45
KISQALI 600 DOSE	LENVIMA CAP 18 MG.....	45
44	LENVIMA CAP 24 MG.....	45
KISQALI 600 PAK FEMARA	<i>lessina</i>	85
44	<i>letrozole</i>	37
<i>klayesta</i>	<i>leucovorin calcium</i>	39
117	LEUKERAN	36
<i>klor-con</i>	<i>leuprolide acetate</i>	38
107	<i>levalbuterol hcl</i>	112
<i>klor-con 10</i>	<i>levalbuterol tartrate</i>	112
107	<i>levetiracetam</i>	70
KLOR-CON 10		
107		
KLOR-CON 8		
107		
<i>klor-con m10</i>		
107		
<i>klor-con m15</i>		
107		
<i>klor-con m20</i>		
107		
KLOXXADO		
78		
KOMZIFTI.....		
44		
KOSELUGO		
44		
<i>kourzeq</i>		
120		
KRAZATI		
44		
<i>kurvelo</i>		
85		
L		
<i>labetalol hcl</i>		
55		
<i>lacosamide</i>		
70		
<i>lacosamide oral</i>		
70		



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	70	<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>	119
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	70	<i>lidocan</i>	119
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>	70	LILETTA.....	86
<i>levobunolol hcl</i>	110	<i>linezolid</i>	26
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>	91	LINEZOLID INJ 2MG/ML.....	26
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	112	LINZESS.....	95
<i>levofloxacin</i>	33	<i>liomny</i>	92
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	33	<i>liothyronine sodium</i>	92
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	34	<i>lisdexamphetamine dimesylate</i>	74
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	34	<i>lisinopril</i>	51
<i>levonest</i>	85	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	50
<i>levonor-eth est tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg & eth est 0.01 mg</i>	85	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	50
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	86	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	50
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	86	<i>lithium</i>	76
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg.</i>	86	<i>lithium carbonate</i>	76
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (continuous) tab 90-20 mcg</i>	86	LIVTENCITY.....	31
<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)</i>	85	<i>loestrin 1.5/30-21</i>	86
<i>levora 0.15/30-28</i>	86	<i>loestrin 1/20-21</i>	86
<i>levo-t</i>	92	<i>loestrin fe 1.5/30</i>	86
<i>levothyroxine sodium</i>	92	<i>loestrin fe 1/20</i>	86
<i>levoxyl</i>	92	<i>lojaimiess</i>	86
<i>l-glutamine (sickle cell)</i>	98	LOKELMA.....	83
<i>lidocaine</i>	119	<i>lomustine</i>	36
<i>lidocaine hcl</i>	119	LONSURF TAB 15-6.14.....	37
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	23	LONSURF TAB 20-8.19.....	37
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	120	<i>loperamide hcl</i>	95
		<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	30
		<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	31
		<i>lorazepam</i>	60
		<i>lorazepam intensol</i>	60
		LORBRENA.....	45
		<i>loryna</i>	86
		<i>losartan potassium</i>	53
		<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	52



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	52	<i>malathion</i>	120
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	52	<i>maraviroc</i>	29
LOTEMAX	109	<i>marlissa</i>	86
<i>loteprednol etabonate-tobramycin ophth susp 0.5-0.3%</i>	108	MARPLAN	62
<i>lovastatin</i>	54	MATULANE	39
<i>low-ogestrel</i>	86	<i>matzim la</i>	56
<i>loxapine succinate</i>	65	MAVYRET PAK 50-20MG	31
<i>luizza 1.5/30</i>	86	MAVYRET TAB 100-40MG	31
<i>luizza 1/20</i>	86	<i>meclizine hcl</i>	93
LUMAKRAS	45	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	92
LUMIGAN	110	<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i>	86
LUMIZYME	91	<i>mefloquine hcl</i>	28
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	38	<i>megestrol acetate</i>	38, 92
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	38	<i>megestrol acetate (appetite)</i>	92
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	91	MEKINIST	45
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	91	MEKTOVI	45
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)	91	<i>meleya</i>	86
<i>lurasidone hcl</i>	66	<i>meloxicam</i>	23
<i>lutea</i>	86	<i>memantine hcl</i>	60
LYBALVI TAB 10-10MG	66	<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 14-10 mg</i>	60
LYBALVI TAB 15-10MG	66	<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 21-10 mg</i>	60
LYBALVI TAB 20-10MG	66	<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 28-10 mg</i>	60
LYBALVI TAB 5-10MG	66	MENQUADFI	104
<i>lyleq</i>	86	MENVEO INJ	104
<i>lyllana</i>	89	MENVEO SOL	104
LYNPARZA	45	<i>mercaptopurine</i>	37
LYSODREN	38	<i>meropenem</i>	26
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	45	<i>mesalamine</i>	94
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	45	<i>mesalamine w/ cleanser</i>	94
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	45	<i>mesna</i>	39
<i>lyza</i>	86	<i>metformin hcl</i>	79, 80
M		<i>methadone hcl</i>	24
<i>magnesium sulfate</i>	106	<i>methadone hydrochloride i</i>	24
MAGNESIUM SULFATE	106	<i>methazolamide</i>	57
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>	106	<i>methenamine hippurate</i>	26
		<i>methimazole</i>	92
		<i>methocarbamol</i>	77



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

<i>methotrexate sodium</i>	37, 102	<i>moexipril hcl</i>	51
<i>methoxsalen rapid</i>	117	<i>molindone hcl</i>	66
<i>methsuximide</i>	70	<i>mometasone furoate</i>	118
<i>methylphenidate hcl</i>	74	<i>mometasone furoate (nasal)</i>	114
<i>methylprednisolone</i>	89	MONJUVI	45
<i>methylprednisolone acetate</i>	90	<i>mono-lynyah</i>	86
<i>methylprednisolone sod succ</i>	90	<i>montelukast sodium</i>	113
<i>metoclopramide hcl</i>	93	<i>morphine sulfate</i>	24, 25
<i>metolazone</i>	57	MOUNJARO	80
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 100-25 mg	55	MOVANTIK	95
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 100-50 mg	55	<i>moxifloxacin hcl</i>	34
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 50-25 mg	55	<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	109
<i>metoprolol succinate</i>	55	<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in</i> <i>sodium chloride 0.8% inj</i>	34
<i>metoprolol tartrate</i>	55	MRESVIA	104
<i>metronidazole</i>	26	MULTAQ	53
<i>metronidazole (topical)</i>	119	<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	106
<i>metronidazole vaginal</i>	97	<i>mupirocin</i>	116
<i>metyrosine</i>	58	<i>mycophenolate mofetil</i>	103
<i>mibelas 24 fe</i>	86	<i>mycophenolate sodium</i>	103
<i>micafungin sodium</i>	28	MYRBETRIQ	96
<i>microgestin 1.5/30</i>	86	N	
<i>microgestin 1/20</i>	86	<i>nabumetone</i>	23
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	86	<i>nadolol</i>	55
<i>microgestin fe 1/20</i>	86	<i>nafcillin sodium</i>	34, 35
<i>midodrine hcl</i>	58	NAGLAZYME	91
MIEBO	110	<i>naloxone hcl</i>	78
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i>	91	<i>naltrexone hcl</i>	78
<i>mili</i>	86	NAMZARIC CAP 7-10MG	60
<i>mimvey</i>	89	<i>naproxen</i>	23
<i>minocycline hcl</i>	35	<i>naproxen sodium</i>	23
<i>minoxidil</i>	58	<i>naratriptan hcl</i>	75
<i>mirtazapine</i>	62	NATACYN	109
<i>misoprostol</i>	95	<i>nateglinide</i>	80
M-M-R II INJ	104	NAYZILAM	70
M-NATAL PLUS TAB	107	<i>nebivolol hcl</i>	55
<i>modafinil</i>	78	<i>necon 0.5/35-28</i>	86
MODEYSO	39	<i>nefazodone hcl</i>	62
		<i>neomycin sulfate</i>	26



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx</i>		<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td</i>	
5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin		ptwk 150-35 mcg/24hr.....	87
.....	109	<i>norethindrone (contraceptive)</i>	87
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol</i>		<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol</i>	
1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml		tab 1 mg-20 mcg.....	87
.....	109	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol</i>	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i>		tab 1.5 mg-30 mcg	87
ophth oint 0.1%	108	<i>norethindrone ace & ethinyl</i>	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i>		estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg	87
ophth susp 0.1%	108	<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe</i>	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>		chew tab 1 mg-20 mcg (24).....	87
.....	108	<i>norethindrone acetate</i>	92
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>		<i>norethindrone acetate-ethinyl</i>	
.....	110	estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg	89
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5</i>		<i>norethindrone acetate-ethinyl</i>	
mg/ml-10000 unit/ml-1%.....	111	estradiol tab 1 mg-5 mcg.....	89
NERLYNX.....	45	<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe</i>	
neuac.....	116	tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg.....	87
nevirapine	29	<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab</i>	
NEXLETOL	55	0.25 mg-35 mcg.....	87
NEXLIZET TAB 180/10MG.....	55	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-</i>	
NEXPLANON.....	86	25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg...	87
niacin (antihyperlipidemic).....	55	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-</i>	
nicardipine hcl.....	56	35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg...	87
NICOTROL NS	78	<i>norlyroc.....</i>	87
nifedipine	56	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	87
nikki	86	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	87
nilotinib hcl.....	45	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	87
nilutamide	38	<i>nortrel 7/7/7.....</i>	87
nimodipine.....	56	<i>nortriptyline hcl.....</i>	62
NINLARO	46	NORVIR.....	29
nisoldipine	56	NOVOLIN INJ 70/30	81
nitazoxanide	27	NOVOLIN INJ 70/30 FP.....	81
nitisinone	91	NOVOLIN N.....	81
NITRO-BID	59	NOVOLIN N FLEXPEN	81
nitrofurantoin macrocrystal.....	27	NOVOLIN R.....	81
nitrofurantoin monohyd macro	27	NOVOLIN R FLEXPEN.....	81
nitroglycerin	59	NOVOLOG.....	81
nitroglycerin (intra-anal)	119	NOVOLOG FLEXPEN	81
nizatidine	94	NOVOLOG FLEXPEN RELION.....	81
nora-be	86	NOVOLOG MIX INJ 70/30.....	81



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	81	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
NOVOLOG PENFILL	81	<i>hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5</i>	
NOVOLOG RELION	82	<i>mg.....</i>	52
NUBEQA	38	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
NUDEXTA CAP 20-10MG	76	<i>hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5</i>	
NULOJIX.....	103	<i>mg.....</i>	52
NUPLAZID	66	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
NURTEC	75	<i>hydrochlorothiazide tab 40-10-25</i>	
NUTRILIPID	108	<i>mg.....</i>	52
NUZYRA	35	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
<i>nyamyc.....</i>	117	<i>hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5</i>	
<i>nylia 1/35.....</i>	87	<i>mg.....</i>	52
<i>nylia 7/7/7</i>	87	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
<i>nystatin.....</i>	28	<i>hydrochlorothiazide tab 40-5-25</i>	
<i>nystatin (mouth-throat)</i>	120	<i>mg.....</i>	52
<i>nystatin (topical)</i>	117	<i>olopatadine hcl (nasal)</i>	112
<i>nystop</i>	117	<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	
O		.....	55
OCTAGAM.....	103	<i>omeprazole.....</i>	96
<i>octreotide acetate.....</i>	91	OMNIPOD 5 DX KIT INT G7G6	82
ODEFSEY TAB	31	OMNIPOD 5 DX MIS POD G7G6	82
ODOMZO	46	OMNIPOD 5 L2 KIT INTRO G6	82
OFEV	113	OMNIPOD 5 L2 MIS PODS G6	82
<i>ofloxacin (ophth)</i>	109	OMNIPOD DASH KIT INTRO	82
<i>ofloxacin (otic)</i>	111	OMNIPOD DASH MIS PODS	82
OGIVRI	46	<i>ondansetron.....</i>	93
OGSIVEO.....	46	<i>ondansetron hcl.....</i>	93
OJEMDA	46	ONTRUZANT	46
OJJAARA.....	46	ONUREG	37
<i>olanzapine</i>	66	OPIPZA	66
<i>olmesartan medoxomil</i>	53	OPSUMIT	59
<i>olmesartan medoxomil-</i>		ORGOVYX	38
<i>hydrochlorothiazide tab 20-12.5</i>		ORKAMBI GRA 100-125.....	113
<i>mg.....</i>	52	ORKAMBI GRA 150-188.....	113
<i>olmesartan medoxomil-</i>		ORKAMBI GRA 75-94MG.....	113
<i>hydrochlorothiazide tab 40-12.5</i>		ORKAMBI TAB 100-125	113
<i>mg.....</i>	52	ORKAMBI TAB 200-125	113
<i>olmesartan medoxomil-</i>		<i>orquidea</i>	87
<i>hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>		ORSERDU	38
.....	52	<i>oseltamivir phosphate</i>	32



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

OSPOMYV	82	PEGASYS	32
<i>oxacillin sodium</i>	35	PEMAZYRE	46
<i>oxaliplatin</i>	36	<i>pemetrexed disodium</i>	37
<i>oxaprozin</i>	23	PENBRAYA INJ.....	104
<i>oxcarbazepine</i>	70	<i>penicillamine</i>	83
<i>oxybutynin chloride</i>	97	<i>penicillin g potassium</i>	35
<i>oxycodone hcl</i>	25	<i>penicillin g sodium</i>	35
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab</i> <i>10-325 mg</i>	25	<i>penicillin v potassium</i>	35
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab</i> <i>2.5-325 mg</i>	25	PENMENVY INJ	104
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-</i> <i>325 mg</i>	25	PENTACEL INJ	105
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab</i> <i>7.5-325 mg</i>	25	<i>pentamidine isethionate inh</i>	27
OXYCONTIN	24	<i>pentamidine isethionate inj</i>	27
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE). 80		<i>pentoxifylline</i>	98
OZEMPIC (1MG/DOSE).....	80	<i>perampanel</i>	70
OZEMPIC (2MG/DOSE).....	80	<i>perindopril erbumine</i>	51
P		<i>periogard</i>	120
<i>pacerone</i>	53	<i>permethrin</i>	120
<i>paclitaxel</i>	39	<i>perphenazine</i>	66
<i>paclitaxel inj 100mg</i>	39	<i>pfizerpen</i>	35
<i>paliperidone</i>	66	<i>phenelzine sulfate</i>	62
<i>pamidronate disodium</i>	82	<i>phenobarbital</i>	71
PAMIDRONATE DISODIUM	82	<i>phenobarbital sodium</i>	71
PANRETIN.....	120	<i>phenytek</i>	71
<i>pantoprazole sodium</i>	96	<i>phenytoin</i>	71
PANZYGA.....	103	<i>phenytoin sodium</i>	71
<i>paricalcitol</i>	93	<i>phenytoin sodium extended</i>	71
<i>paroxetine hcl</i>	62	PHESGO SOL.....	46
PAXLOVID PAK	32	<i>philith</i>	87
PAXLOVID TAB 150-100	32	PIFELTRO	29
PAXLOVID TAB 300-100	32	<i>pilocarpine hcl</i>	110
<i>pazopanib hcl</i>	46	<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	120
PEDIARIX INJ 0.5ML	104	<i>pimecrolimus</i>	120
PEDVAX HIB	104	<i>pimozide</i>	66
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na</i> <i>sulfate for soln 236 gm</i>	94	<i>pimtreea</i>	87
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln</i> <i>420 gm</i>	94	<i>pindolol</i>	56
		<i>pioglitazone hcl</i>	80
		<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab</i> <i>15-500 mg</i>	80
		<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab</i> <i>15-850 mg</i>	80



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	35	<i>pravastatin sodium</i>	54
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	35	<i>praziquantel</i>	27
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	35	<i>prazosin hcl</i>	51
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	35	<i>prednisolone</i>	90
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	35	<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	109
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	46	PREDNISOLONE SODIUM PHOSP	109
PIQRAY 250MG TAB DOSE	46	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	90
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	46	<i>prednisone</i>	90
<i>pirfenidone</i>	113, 114	PREDNISONE INTENSOL.....	90
<i>piroxicam</i>	23	<i>pregabalin</i>	71
<i>pitavastatin calcium</i>	54	PREMASOL SOL 10%.....	108
<i>plenamine</i>	108	PRENATAL TAB 27-1MG	107
PLENVU SOL	94	PRENATAL TAB PLUS.....	107
<i>podofilox</i>	120	<i>prevalite</i>	55
<i>polymyxin b sulfate</i>	27	PREVYMIS.....	32
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	109	PREZCOBIX TAB 675/150	31
<i>pomalidomide</i>	38	PREZCOBIX TAB 800-150	31
POMALYST.....	38	PREZISTA.....	29
<i>portia-28</i>	87	PRIFTIN.....	31
<i>posaconazole</i>	28	<i>primaquine phosphate</i>	28
POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.45% INJ.....	106	PRIMAQUINE PHOSPHATE.....	28
POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ	106	<i>primidone</i>	71
POT CHL 40MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ	106	PRIORIX INJ	105
<i>potassium chloride</i>	107	PRIVIGEN	103
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	107	<i>probenecid</i>	23
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i> .	107	<i>prochlorperazine</i>	93
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i>	96	<i>prochlorperazine edisylate</i>	93
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	63	<i>prochlorperazine maleate</i>	93
<i>prasugrel hcl</i>	99	PROCRIT	98
		<i>proctocort</i>	120
		<i>procto-med hc</i>	120
		<i>proctosol hc</i>	120
		<i>proctozone-hc</i>	120
		<i>progesterone</i>	92
		PROGRAF.....	104
		PROLASTIN-C.....	114
		PROLIA.....	82
		<i>promethazine hcl</i>	93
		<i>propafenone hcl</i>	53
		<i>proparacaine hcl</i>	110



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

<i>propranolol hcl</i>	56	REXULTI	67
<i>propylthiouracil</i>	92	REYATAZ	29
PROQUAD INJ	105	REZDIFFRA	91
PROSOL INJ 20%	108	REZLIDHIA	47
<i>protriptyline hcl</i>	62	REZUROCK	104
PULMOZYME	114	RHOPRESSA.....	110
<i>pyrazinamide</i>	31	<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	32
<i>pyridostigmine bromide</i>	76	<i>rifabutin</i>	31
<i>pyrimethamine</i>	27	<i>rifampin</i>	31
PYZCHIVA.....	100	<i>rilpivirine hcl</i>	29
Q		<i>riluzole</i>	76
QINLOCK.....	46	<i>rimantadine hydrochloride</i>	32
QUADRACEL INJ 0.5ML.....	105	RINVOQ	100
<i>quetiapine fumarate</i>	66	RINVOQ LQ.....	100
<i>quinapril hcl</i>	51	<i>risedronate sodium</i>	82
<i>quinidine sulfate</i>	53	<i>risperidone</i>	67
<i>quinine sulfate</i>	28	<i>risperidone microspheres</i>	67
QULIPTA.....	75	<i>ritonavir</i>	29
R		<i>rivaroxaban</i>	98
RABAVERT INJ	105	<i>rivastigmine</i>	60
<i>rabeprazole sodium</i>	96	<i>rivastigmine tartrate</i>	60
RALDESY	62	<i>rivelsa</i>	87
<i>raloxifene hcl</i>	91	<i>rizatriptan benzoate</i>	75
<i>ramelteon</i>	74	ROCKLATAN DRO.....	110
<i>ramipril</i>	51	<i>roflumilast</i>	114
<i>ranolazine</i>	58	ROMVIMZA	47
<i>rasagiline mesylate</i>	63	<i>ropinirole hydrochloride</i>	64
<i>reclipsen</i>	87	<i>rosuvastatin calcium</i>	54
RECOMBIVAX HB.....	105	<i>rosyrah</i>	87
RELENZA DISKHALER.....	32	ROTARIX SUS	105
RELISTOR.....	95	ROTATEQ SOL.....	105
REMICADE.....	100	<i>roweepra</i>	71
RENFLEXIS	100	ROZLYTREK	47
<i>repaglinide</i>	80	RUBRACA	47
REPATHA.....	55	<i>rufinamide</i>	71
REPATHA SURECLICK.....	55	RUKOBIA.....	29
RESTASIS.....	110	RYBELSUS	80
RESTASIS MULTIDOSE	110	RYDAPT.....	47
RETEVMO	46	S	
REVCOVI	91	<i>sacubitril-valsartan tab 24-26 mg</i> .	52
REVUFORJ	46, 47	<i>sacubitril-valsartan tab 49-51 mg</i> .	52



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

<i>sacubitril-valsartan tab 97-103 mg</i>	52	<i>solifenacin succinate</i>	97
<i>sajazir</i>	98	SOLQUA INJ 100/33	82
SANTYL	120	SOLTAMOX	38
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	91	SOLU-CORTEF	90
SCSEMBLIX	47	SOMATULINE DEPOT	91
<i>scopolamine</i>	93	SOMAVERT	91
SECUADO	67	<i>sorafenib tosylate</i>	47
<i>selegiline hcl</i>	64	<i>sotalol hcl</i>	53
<i>selenium sulfide</i>	117	<i>sotalol hcl (afib/afl)</i>	53
SELZENTRY	29	SOTYKTU	101
SEREVENT DISKUS	112	SPIRIVA RESPIMAT	111
<i>sertraline hcl</i>	62	<i>spironolactone</i>	51
<i>setlakin</i>	87	<i>spironolactone & hydrochlorothiazide</i>	
<i>sharobel</i>	87	<i>tab 25-25 mg</i>	57
SHINGRIX	105	<i>sprintec 28</i>	87
SIGNIFOR	91	SPRITAM	71
SIKLOS	98	<i>sps</i>	83
<i>sildenafil citrate (pulmonary</i>		<i>sps rectal</i>	83
<i>hypertension)</i>	59	<i>sronyx</i>	88
<i>silodosin</i>	96	<i>ssd</i>	116
<i>silver sulfadiazine</i>	116	STELARA	101
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	110	STIVARGA	47
<i>simliya</i>	87	<i>streptomycin sulfate</i>	27
<i>simpesse</i>	87	STRIBILD TAB	31
<i>simvastatin</i>	54	<i>subvenite</i>	71
<i>sirolimus</i>	104	SUBVENITE	71
SIRTURO	31	<i>sucralfate</i>	95
SKYRIZI	101	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	116
SKYRIZI PEN	101	<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i>	109
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol</i>		<i>sulfacetamide sodium-prednisolone</i>	
<i>17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	95	<i>ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	108
<i>sodium chloride</i>	107	<i>sulfadiazine</i>	27
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i>	120	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv</i>	
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5</i>		<i>soln 400-80 mg/5ml</i>	27
<i>f) mg/ml soln</i>	107	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp</i>	
<i>sodium oxybate</i>	78	<i>200-40 mg/5ml</i>	27
<i>sodium phenylbutyrate</i>	91	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i>	
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	83	<i>400-80 mg</i>	27
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>		<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i>	
.....	83	<i>800-160 mg</i>	27



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

SULFAMYLON	117	<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i>	52
<i>sulfasalazine</i>	94	.....	52
<i>sulindac</i>	23	<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i>	52
<i>sumatriptan</i>	75	.....	52
<i>sumatriptan succinate</i>	75	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>sunitinib malate</i>	47	40-12.5 mg.....	53
SUNLENCA.....	29	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>syeda</i>	88	80-12.5 mg.....	53
SYMDEKO TAB 100-150.....	114	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab</i>	
SYMDEKO TAB 50-75MG.....	114	80-25 mg	53
SYMPAZAN	72	<i>temazepam</i>	74, 75
SYMTUZA TAB.....	31	TENIVAC INJ 5-2LF	105
SYNAREL	91	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	29
SYNTHROID	92	TEPMETKO	48
T		<i>terazosin hcl</i>	51
TABLOID	37	<i>terbinafine hcl</i>	28
TABRECTA	47	<i>terbutaline sulfate</i>	112
<i>tacrolimus</i>	104	<i>terconazole vaginal</i>	97
<i>tacrolimus (topical)</i>	120	<i>teriparatide</i>	82
<i>tadalafil</i>	96	TERIPARATIDE	83
<i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i> 59		<i>testosterone</i>	79
TAFINLAR	47	<i>testosterone cypionate</i>	79
TAGRISSO	47	<i>testosterone enanthate</i>	79
TALZENNA.....	47	<i>testosterone pump</i>	79
<i>tamoxifen citrate</i>	38	<i>tetrabenazine</i>	76
<i>tamsulosin hcl</i>	96	<i>tetracycline hcl</i>	35
<i>tarina 24 fe</i>	88	THALOMID.....	38
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	88	<i>theophylline</i>	114
<i>tasimelteon</i>	74	<i>thioridazine hcl</i>	67
TAVNEOS	99	<i>thiothixene</i>	67
<i>tazarotene</i>	117	<i>tiadylt er</i>	56
<i>tazicef</i>	33	<i>tiagabine hcl</i>	72
TAZVERIK.....	48	TIBSOVO	48
TECENTRIQ.....	48	<i>ticagrelor</i>	99
TECENTRIQ INJ HYBREZA	48	TICOVAC	105
TEFLARO	33	<i>tigecycline</i>	35
<i>telmisartan</i>	53	<i>tilia fe</i>	88
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i>		<i>timolol maleate</i>	56
.....	52	<i>timolol maleate (ophth)</i>	110
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i>		<i>tinidazole</i>	27
.....	52	TIVICAY	29



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

TIVICAY PD.....	29	TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25	
<i>tizanidine hcl</i>	77	MCG.....	111
TOBI PODHALER.....	27	TREMFYA.....	101
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%.....	108	TREMFYA INDUCTION PACK FO ..	101
<i>tobramycin</i>	27	TREMFYA PEN	101
<i>tobramycin (ophth)</i>	109	<i>treprostinil</i>	59
<i>tobramycin sulfate</i>	27	<i>tretinoin</i>	116
<i>tobramycin-dexamethasone ophth</i>		<i>tretinoin (chemotherapy)</i>	39
<i>susp 0.3-0.1%</i>	108	<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i>	120
<i>tolterodine tartrate</i>	97	<i>triamcinolone acetonide (topical)</i>	119
<i>tolvaptan</i>	91	<i>triamterene & hydrochlorothiazide</i>	
<i>tolvaptan tab therapy pack 30 & 15</i>		<i>cap 37.5-25 mg</i>	57
<i>mg</i>	92	<i>triamterene & hydrochlorothiazide</i>	
<i>tolvaptan tab therapy pack 45 & 15</i>		<i>tab 37.5-25 mg</i>	57
<i>mg</i>	92	<i>triamterene & hydrochlorothiazide</i>	
<i>tolvaptan tab therapy pack 60 & 30</i>		<i>tab 75-50 mg</i>	57
<i>mg</i>	92	<i>tridacaine ii</i>	119
<i>tolvaptan tab therapy pack 90 & 30</i>		<i>triderm</i>	119
<i>mg</i>	92	<i>trientine hcl</i>	83
<i>topiramate</i>	72	<i>tri-estarylla</i>	88
<i>toremifene citrate</i>	38	<i>trifluoperazine hcl</i>	67
<i>torpenz</i>	48	<i>trifluridine</i>	109
<i>toremide</i>	57	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	64
TOUJEO MAX SOLOSTAR	82	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-	
TOUJEO SOLOSTAR	82	1000MG.....	80
TPN ELECTROL INJ.....	107	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-	
TRADJENTA	80	2.5-1000MG.....	80
<i>tramadol hcl</i>	25	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-	
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-</i>		1000MG.....	80
<i>325 mg</i>	25	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-	
<i>trandolapril</i>	51	1000MG.....	80
<i>tranexamic acid</i>	99	TRIKAFTA PAK 59.5MG.....	114
<i>tranylcypromine sulfate</i>	62	TRIKAFTA PAK 75MG.....	114
TRAVASOL INJ 10%	108	TRIKAFTA TAB 100-50-75MG &	
<i>travoprost</i>	110	150MG	114
TRAZIMERA	48	TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG &	
<i>trazodone hcl</i>	62	75MG	114
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25		<i>tri-legest fe</i>	88
MCG.....	111	<i>tri-linyah</i>	88
		<i>tri-lo-estarylla</i>	88



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

<i>tri-lo-marzia</i>	88	VALCHLOR.....	120
<i>tri-lo-mili</i>	88	<i>valganciclovir hcl</i>	32
<i>tri-lo-sprintec</i>	88	<i>valproate sodium</i>	72
<i>trimethoprim</i>	27	<i>valproic acid</i>	72
<i>tri-mili</i>	88	<i>valsartan</i>	53
<i>trimipramine maleate</i>	62	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab</i>	
TRINTELLIX	62	<i>160-12.5 mg</i>	53
<i>tri-sprintec</i>	88	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab</i>	
TRIUMEQ PD TAB	31	<i>160-25 mg</i>	53
TRIUMEQ TAB	31	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>tri-vylibra</i>	88	<i>320-12.5 mg</i>	53
<i>tri-vylibra lo</i>	88	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab</i>	
TROGARZO	30	<i>320-25 mg</i>	53
TROPHAMINE INJ 10%	108	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>tropium chloride</i>	97	<i>80-12.5 mg</i>	53
TRUE METRIX KIT AIR.....	121	VALTOCO 10 MG DOSE.....	72
TRUE METRIX KIT METER	121	VALTOCO 15 MG DOSE.....	72
TRUE METRIX STRIPS	121	VALTOCO 20 MG DOSE.....	72
TRULICITY	80	VALTOCO 5 MG DOSE	72
TRUMENBA	105	<i>valtya 1/35</i>	88
TRUQAP	48	<i>valtya 1/50</i>	88
TRUXIMA	48	<i>vancomycin hcl</i>	27
TUKYSA.....	48	VANCOMYCIN INJ 1 GM.....	27
TURALIO	48	VANCOMYCIN INJ 500MG	27
<i>turqoz</i>	88	VANCOMYCIN INJ 750MG	27
<i>twice-daily clindamycin phosphate</i>		VANFLYTA.....	48
<i>(topical)</i>	116	VAQTA	105
TWINRIX INJ.....	105	<i>varenicline tartrate</i>	78
TYBOST.....	30	<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg</i>	
<i>tydemy</i>	88	& <i>42 x 1 mg start pack</i>	78
TYENNE.....	101	VARIVAX	105
TYPHIM VI	105	VASCEPA	55
U		VAXCHORA SUS	105
UBRELVY	75	<i>velivet</i>	88
<i>unithroid</i>	92	VELSIPITY	102
UPTRAVI.....	59	VENCLEXTA	48
UPTRAVI PACK TAB 200/800.....	59	VENCLEXTA TAB START PK	48
<i>ursodiol</i>	95	<i>venlafaxine hcl</i>	62
USTEKINUMAB	101	VENTOLIN HFA.....	112
V		VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL	
<i>valacyclovir hcl</i>	32	PACK)	112



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

<i>verapamil hcl</i>	56	WINREVAIR INJ 45MG	59
VERQUVO	58	WINREVAIR INJ 60MG	59
VERSACLOZ	67	<i>wixela inhub</i>	116
VERZENIO	48	<i>wymzya fe</i>	88
<i>vestura</i>	88	WYOST	83
<i>vienva</i>	88	X	
<i>vigabatrin</i>	72	XALKORI	49
<i>vigadrone</i>	72	<i>xarah fe</i>	88
VIGAFYDE	72	XARELTO	98
<i>vilazodone hcl</i>	62	XARELTO STAR TAB 15/20MG	98
VIMKUNYA	105	XATMEP	102
<i>vincristine sulfate</i>	39	XCOPRI	72
<i>vinorelbine tartrate</i>	39	XCOPRI PAK 100-150	72
<i>violele</i>	88	XCOPRI PAK 12.5-25	72
VIRACEPT	30	XCOPRI PAK 150-200MG	
VIREAD	30	(MAINTENANCE)	73
VITRAKVI	48	XCOPRI PAK 150-200MG	
VIVIMUSTA	36	(TITRATION)	73
VIVITROL	78	XCOPRI PAK 50-100MG	72
VIVOTIF CAP EC	105	XDEMVY	109
VIZIMPRO	49	XELJANZ	102
VONJO	49	XELJANZ XR	102
VOQUEZNA PAK DUAL PAK	95	<i>xelria fe</i>	88
VOQUEZNA PAK TRIP PK	95	XERMELO	95
VORANIGO	49	XHANCE	115
<i>voriconazole</i>	28	XIFAXAN	95
VOSEVI TAB	32	XIGDUO XR TAB 10-1000	80
VOWST CAP	95	XIGDUO XR TAB 10-500MG	80
VRAYLAR	67	XIGDUO XR TAB 2.5-1000	80
<i>vyfemla</i>	88	XIGDUO XR TAB 5-1000MG	80
<i>vylibra</i>	88	XIGDUO XR TAB 5-500MG	80
VYZULTA	110	XIIDRA	110
W		XOLAIR	114
<i>warfarin sodium</i>	98	XOSPATA	49
<i>water for irrigation, sterile irrigation</i>		XPOVIO PAK (100 MG ONCE	
<i>soln</i>	120	WEEKLY)	49
WELIREG	39	XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY)	
<i>wera</i>	88	.....	49
WESTAB PLUS TAB 27-1MG	107	XPOVIO PAK (40 MG TWICE	
WINREVAIR	59	WEEKLY)	49



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

XPROVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY)	ZENPEP CAP 10000UNT	95
..... 49	ZENPEP CAP 15000UNT	95
XPROVIO PAK (60 MG TWICE	ZENPEP CAP 20000UNT	96
WEEKLY)	ZENPEP CAP 25000UNT	96
49	ZENPEP CAP 3000UNIT.....	95
XPROVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY)	ZENPEP CAP 40000UNT	96
..... 49	ZENPEP CAP 5000UNIT.....	95
XPROVIO PAK (80 MG TWICE	ZENPEP CAP 60000UNT	96
WEEKLY)	ZERVIAE	109
49	<i>zidovudine</i>	30
XTANDI	<i>ziprasidone hcl</i>	67
38	<i>ziprasidone mesylate</i>	67
XTRENBO	ZIRABEV	49
83	ZIRGAN.....	109
<i>xulane</i>	<i>zoledronic acid</i>	83
88	ZOLINZA	49
XULTOPHY INJ 100/3.6	<i>zolpidem tartrate</i>	75
82	ZONISADE	73
Y	<i>zonisamide</i>	73
YESINTEK.....	<i>zovia 1/35</i>	88
102	ZTALMY.....	73
YF-VAX INJ	<i>zumandimine</i>	88
105	ZURZUVAE.....	62
YONSA	ZYDELIG.....	50
38	ZYKADIA	50
YUTREPIA	ZYLET SUS 0.5-0.3%	108
59, 60	ZYPITAMAG	54
<i>yuvafem</i>	ZYPREXA RELPREVV.....	67
89		
Z		
<i>zafemy</i>		
88		
<i>zafirlukast</i>		
113		
ZARXIO		
98		
ZEGALOGUE		
90		
ZEJULA		
49		
ZELBORAF		
49		
<i>zelvysia</i>		
92		
ZEMAIRA		
114		
<i>zenatane</i>		
116		



Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) un plan de Medicare-Medi-Cal

Este formulario se actualizó el 05/01/2026.

Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros llamando al (800) 665-3086, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local o visite MolinaHealthcare.com/Medicare.