

Lista de medicamentos cubiertos/ Formulario 2024

Aetna Better Health® Premier Plan

Aetna Better Health Premier Plan (plan de Medicare y Medicaid) es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Míchigan para brindar los beneficios de ambos programas a los miembros inscritos.

Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, o bien visite **www.AetnaBetterHealth.com/Michigan**.



Aetna Better Health Premier Plan | *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) 2024*

Introducción

Este documento se denomina *Lista de medicamentos cubiertos* (también se conoce como Lista de medicamentos). Le indica qué medicamentos con receta y productos y medicamentos de venta libre están cubiertos por Aetna Better Health Premier Plan. La Lista de medicamentos también indica si hay alguna norma o restricción especial respecto de los medicamentos cubiertos por Aetna Better Health Premier Plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted.

Índice

A. Descargos de responsabilidad.....	III
B. Preguntas frecuentes	IV
B1. ¿Qué medicamentos con receta figuran en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> ? (Para abreviarla, denominamos a la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> “Lista de medicamentos”).	IV
B2. ¿Se modifica la Lista de medicamentos en algún momento?	IV
B3. ¿Qué sucede cuando la Lista de medicamentos cambia?.....	V
B4. ¿Hay alguna restricción o límite en la cobertura de medicamentos? ¿O se debe tomar alguna medida para obtener ciertos medicamentos?.....	VI
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si debo tomar alguna medida para obtener el medicamento?.....	VII
B6. ¿Qué sucede si Aetna Better Health Premier Plan modifica sus normas sobre algunos medicamentos (por ejemplo, autorizaciones previas o aprobaciones, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado)?	VIII
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos?	VIII
B8. ¿Qué sucede si el medicamento que deseo tomar no figura en la Lista de medicamentos?	VIII



B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo de Aetna Better Health Premier Plan y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos, o si tengo algún problema para obtener mi medicamento?	IX
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?	X
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?	XI
B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?	XI
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	XI
B14. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?	XI
B15. ¿Aetna Better Health Premier Plan cubre productos OTC que no sean medicamentos?	XII
B16. ¿Cuál es mi copago?	XII
B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?	XII
C. Resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	XIII
C1. Medicamentos agrupados según la afección médica	1
D. Índice de medicamentos cubiertos	116



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

A. Descargos de responsabilidad

Esta es una lista de medicamentos que los miembros pueden obtener en Aetna Better Health Premier Plan.

- ❖ Aetna Better Health Premier Plan es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Michigan para brindarles los beneficios de ambos programas a sus inscritos.
- ❖ El formulario podría cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.
- ❖ Consulte el Manual para miembros para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura del plan.
- ❖ **ATENCIÓN:** If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. La llamada es gratuita.
- ❖ **ATENCIÓN:** Si habla español o árabe, tiene a su disposición servicios de idiomas gratuitos. Llame al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.

تنبيه : إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجاناً. اتصل عمل الرقم **1-855-676-5772 (TTY: 711)**، عمل مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. وتكون هذه املكاملة مجانية.

- ❖ Para obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o audio, llame al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- ❖ Si desea realizar o modificar una solicitud permanente para recibir los materiales en un idioma que no sea inglés o en otro formato, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.



B. Preguntas frecuentes

Aquí encontrará las respuestas a las preguntas que tenga sobre esta *Lista de medicamentos cubiertos*. Para obtener más información o para buscar una pregunta y su respuesta, puede leer todas las preguntas frecuentes.

B1. ¿Qué medicamentos con receta figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos*?

(Para abreviarla, denominamos a la *Lista de medicamentos cubiertos* “Lista de medicamentos”).

Los medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos cubiertos que comienza en la página 1 son los medicamentos cubiertos por Aetna Better Health Premier Plan. Estos medicamentos están disponibles en las farmacias dentro de nuestra red. Una farmacia se encuentra dentro de nuestra red si tenemos un contrato para que trabaje con nosotros y le proporcione servicios. Nos referimos a estas farmacias como “farmacias de la red”.

- Aetna Better Health Premier Plan cubrirá todos los medicamentos que sean médicamente necesarios de la Lista de medicamentos bajo las siguientes condiciones:
 - Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas le indica que los necesita para sentirse mejor o mantenerse saludable. **Y**
 - Usted obtiene el medicamento con receta en una farmacia de la red de Aetna Better Health Premier Plan.
- Aetna Better Health Premier Plan puede tener pasos adicionales para acceder a ciertos medicamentos (consulte la pregunta B4 a continuación).

También puede encontrar la lista actualizada de medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetna.com/betterhealth/michigan)**, puede pedirle ayuda a su coordinador de atención o llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

B2. ¿Se modifica la Lista de medicamentos en algún momento?

Sí, y Aetna Better Health Premier Plan debe seguir las normas de Medicare y Medicaid de Michigan al hacer cambios. Es posible que incorporemos o eliminemos medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año.

También podemos modificar nuestras normas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podríamos realizar lo siguiente:

- Decidir solicitar o no solicitar la autorización previa (PA) para un medicamento. (La autorización previa es una autorización por parte de Aetna Better Health Premier Plan antes de que pueda obtener un medicamento).
- Incorporar o modificar la cantidad de medicamento que puede obtener (lo que se denomina “límites de cantidad”).

Esta sección continúa en la siguiente página.



IV **Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al 1-855-676-5772 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetna.com/betterhealth/michigan).**

- Incorporar o modificar restricciones de tratamiento escalonado respecto de un medicamento. (El tratamiento escalonado significa que usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

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

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, por lo general, no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese **medicamento durante el resto del año** a menos que suceda lo siguiente:

- Aparezca en el mercado un medicamento nuevo y más económico que es igual de eficaz que el medicamento que actualmente figura en la Lista de medicamentos. **O bien**
- Nos enteremos de que el medicamento no es seguro. **O bien**
- Se retire un medicamento del mercado.

En las preguntas B3 y B6 a continuación, encontrará más información sobre lo que sucede cuando se modifica la Lista de medicamentos.

- Siempre puede verificar la Lista de medicamentos actualizada de Aetna Better Health Premier Plan por Internet en **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.
- También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para consultar la Lista de medicamentos actual al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

B3. ¿Qué sucede cuando la Lista de medicamentos cambia?

Algunos cambios en la Lista de medicamentos se aplicarán **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Un nuevo medicamento genérico se encuentra disponible.** A veces, se desarrolla un medicamento genérico nuevo que funciona tan bien como el medicamento de marca que actualmente figura en la Lista de medicamentos. Cuando eso ocurre, podemos eliminar el medicamento de marca y agregar el medicamento genérico nuevo, pero el costo del nuevo medicamento será el mismo. Cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus normas o límites de cobertura.
 - Es probable que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hicimos una vez que entre en efecto.
 - Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción de estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede tomar para solicitar una excepción. Consulte la pregunta B10 para obtener más información sobre las excepciones.

Esta sección continúa en la siguiente página.

Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.



- **Se quita un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) indica que el medicamento que usted toma no es seguro o si el fabricante retira el medicamento del mercado, lo eliminaremos de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando el medicamento, se lo informaremos. Le enviaremos una carta para informarle. La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarle a encontrar otro medicamento para su afección.

Podemos efectuar otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le informaremos por adelantado sobre estos otros cambios en la Lista de medicamentos. Estos cambios pueden suceder si ocurre lo siguiente:

- La FDA proporciona nuevas pautas o existen nuevas pautas clínicas sobre el medicamento.
- Incorporamos un nuevo medicamento genérico que no es nuevo en el mercado. **Y**
 - Reemplazamos un medicamento de marca que actualmente se encuentra en la Lista de medicamentos. **O bien**
 - Cambiamos las normas o límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando estos cambios tengan lugar, haremos lo siguiente:

- Se lo notificaremos al menos 30 días antes de que hagamos el cambio en la Lista de medicamentos. **O bien**
- Se lo informaremos y le daremos un suministro del medicamento para 30 días en un entorno para pacientes externos y un suministro del medicamento para 31 días en un entorno de atención a largo plazo después de que solicite un resurtido.

Esto le dará tiempo para consultar con su médico o la persona autorizada a dar recetas.

Pueden ayudarlo a decidir lo siguiente:

- Si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que pueda tomar en su lugar. **O bien**
- Si debe solicitar una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte la pregunta B10.

B4. ¿Hay alguna restricción o límite en la cobertura de medicamentos? ¿O se debe tomar alguna medida para obtener ciertos medicamentos?

Sí, algunos medicamentos tienen normas de cobertura o limitaciones en la cantidad que puede obtener. En algunos casos, usted o su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben realizar algo antes para poder obtener un medicamento. Por ejemplo:

Esta sección continúa en la siguiente página.



VI **Si tiene preguntas,** llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan.**

- **Autorización previa (PA) o aprobación:** Para algunos medicamentos, usted o su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben conseguir la autorización previa de Aetna Better Health Premier Plan antes de obtener su medicamento con receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que Aetna Better Health Premier Plan no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** En ocasiones, Aetna Better Health Premier Plan limita la cantidad que puede obtener de un medicamento.
- **Tratamiento escalonado:** En ocasiones, Aetna Better Health Premier Plan solicita que haga un tratamiento escalonado. Esto significa que usted deberá probar medicamentos en un determinado orden para su afección médica. Es posible que deba probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento. Si la persona autorizada a darle recetas considera que el primer medicamento no es adecuado para usted, entonces cubriremos el segundo.
- **Cobertura basada en la indicación:** Si Aetna Better Health Premier Plan cubre un medicamento solo para ciertas afecciones médicas, claramente lo identificaremos en la Lista de medicamentos junto con las afecciones médicas específicas que están cubiertas.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos adicionales o límites consultando las tablas en las páginas 1 a 115. También puede obtener más información en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Michigan**. Hemos publicado documentos en Internet que explican nuestras restricciones de tratamiento escalonado y autorización previa. También puede pedirnos que le enviemos una copia.

También puede solicitar una excepción de estas limitaciones. Esto le dará tiempo para consultar con su médico o la persona autorizada a dar recetas. Ellos pueden ayudarlo a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que pueda tomar en su lugar o si debe solicitar una excepción. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10-B12.

B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si debo tomar alguna medida para obtener el medicamento?

La Lista de medicamentos cubiertos de la página 1 tiene una columna titulada “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”.

Esta sección continúa en la siguiente página.

Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.



B6. ¿Qué sucede si Aetna Better Health Premier Plan modifica sus normas sobre algunos medicamentos (por ejemplo, autorizaciones previas o aprobaciones, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado)?

En algunos casos, le informaremos con antelación si incorporamos o modificamos autorizaciones previas, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado respecto de un medicamento. Consulte la pregunta B3 para obtener más información sobre este aviso anticipado y cuáles son las situaciones en las que es posible que no le podamos avisar con antelación cuando cambien nuestras normas respecto de los medicamentos de la Lista de medicamentos.

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

Hay dos formas para encontrar un medicamento:

- Puede buscar el nombre del medicamento por orden alfabético; **O**
- Puede buscar por afección médica.

Para buscar por **orden alfabético**, vaya a la sección del Índice de medicamentos cubiertos. Podrá encontrarla en la página 116. El Índice proporciona un listado alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos se encuentran en el Índice. Busque su medicamento en el índice. Junto al medicamento, verá el número de página en el que puede encontrar la información de cobertura.

Para buscar por **afección médica**, busque la sección titulada “Medicamentos agrupados según la afección médica” en la página 1. Los medicamentos en esta sección están agrupados en categorías dependiendo del tipo de afecciones médicas que estén acostumbrados a tratar. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría “Cardiovascular”. Allí encontrará los medicamentos que sirven para tratar las afecciones cardíacas.

B8. ¿Qué sucede si el medicamento que deseo tomar no figura en la Lista de medicamentos?

Si no encuentra su medicamento en la Lista de medicamentos, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pregunte al respecto. Si le informan que Aetna Better Health Premier Plan no cubrirá el medicamento, usted puede hacer lo siguiente:

- Pedirle al Departamento de Servicios para Miembros una lista de los medicamentos que sean similares al que desea tomar. Luego, muéstrole la lista a su médico u otra persona autorizada a dar recetas. Pueden recetarle un medicamento de la Lista de medicamentos que sea similar al que desea tomar. **O bien**
- Puede solicitarle al plan realizar una excepción y cubrir el medicamento. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10-B12.

Esta sección continúa en la siguiente página.



VIII

Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.

B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo de Aetna Better Health Premier Plan y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos, o si tengo algún problema para obtener mi medicamento?

Nosotros podemos ayudarle. Podemos cubrir un suministro temporal de su medicamento para 30 días en un entorno para pacientes externos y un suministro de su medicamento para 31 días en un centro de atención a largo plazo durante los primeros 90 días como miembro de Aetna Better Health Premier Plan. Esto le dará tiempo para consultar con su médico o la persona autorizada a dar recetas. Ellos pueden ayudarlo a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que pueda tomar en su lugar o si debe solicitar una excepción.

Si su medicamento con receta está indicado para menos días, le permitiremos obtener varios resurtidos hasta llegar a un suministro máximo para 30 días del medicamento en un entorno para pacientes externos y un suministro del medicamento para 31 días en un centro de atención a largo plazo.

Cubriremos un suministro del medicamento para 30 días en un entorno para pacientes externos y un suministro del medicamento para 31 días en un centro de atención a largo plazo en las siguientes situaciones:

- Si toma un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos. ●
- Si las normas del plan de salud no le permiten obtener la cantidad solicitada por la persona autorizada a dar recetas. ●
- Si el medicamento requiere la autorización previa de Aetna Better Health Premier Plan. ●
- si toma un medicamento que forma parte de una restricción de tratamiento escalonado.

Si se encuentra en un hogar de convalecencia u otro centro de atención a largo plazo, y necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, o si no puede obtener con facilidad el medicamento que necesita, nosotros podemos ayudar. Si usted ha sido miembro del plan por más de 90 días, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato, tenga en cuenta lo siguiente:

- Cubriremos un suministro para 31 días del medicamento que necesite (a menos que tenga una receta por menos días), independientemente de que sea o no un miembro nuevo de Aetna Better Health Premier Plan.
- Esto se suma al suministro temporal durante los primeros 90 días de su membresía en Aetna Better Health Premier Plan.

Esta sección continúa en la siguiente página.

Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.



Miembros actuales con un cambio en el nivel de atención

- Cubriremos un suministro temporal para 31 días por única vez si se traslada de un hospital o un centro de atención a largo plazo a un entorno de vivienda, y en las siguientes situaciones:
 - Necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos.
O bien
 - Su capacidad para obtener el medicamento es limitada.
- Cubriremos un suministro temporal de 31 días por única vez (consulte la nota a continuación para conocer las excepciones) si se muda a un entorno de atención a largo plazo o fuera de uno y:
 - Necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos.
O bien
 - Su capacidad para obtener el medicamento es limitada.

Nota: Las formas de dosificación oral sólida de marca, como en el caso de los comprimidos o las cápsulas, se limitan a surtidos de 14 días con excepciones, según lo exigido por las normas de la Parte D de Medicare. Para solicitar el suministro temporal de un medicamento, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Durante el tiempo en el que esté obteniendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Puede cambiarse a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos. O puede pedirle al plan que cubra el medicamento sin límites. Si su proveedor dice que usted tiene una buena razón médica para obtener una excepción, puede ayudarlo a solicitar la excepción.

B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?

Sí. Puede solicitar una excepción de Aetna Better Health Premier Plan para cubrir un medicamento que no figure en la Lista de medicamentos.

También puede solicitarnos que cambiemos las normas para su medicamento.

- Por ejemplo, Aetna Better Health Premier Plan puede limitar la cantidad de un medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite, puede solicitarnos que cambiemos el límite y cubramos más.
- Otros ejemplos: Puede solicitarnos que omitamos las restricciones de tratamiento escalonado o los requisitos de autorización previa.

Esta sección continúa en la siguiente página.



X

Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetna.com/betterhealth/michigan)**.

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

Para solicitar una excepción, llame al coordinador de atención o al Departamento de Servicios para Miembros. Su coordinador de atención o un representante del Departamento de Servicios para Miembros trabajará con usted y su proveedor para ayudarlo a solicitar una excepción. También puede leer el Capítulo 9 del *Manual para miembros* para obtener información sobre las excepciones.

B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?

Después de recibir una declaración de la persona autorizada a darle recetas que respalde su solicitud de una excepción, le informaremos nuestra decisión en el plazo de 72 horas. La persona autorizada a dar recetas puede proporcionar la declaración de respaldo llamando a su coordinador de atención al **1-855-676-5772 (TTY: 711)** o al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana o enviárnosla por fax al **1-844-242-0914**.

Si usted o la persona autorizada a dar recetas consideran que su salud puede perjudicarse si debe esperar 72 horas para recibir una decisión, puede solicitar una excepción acelerada. Esta es una decisión más rápida. Si la persona autorizada a dar recetas respalda su solicitud, le notificaremos nuestra decisión dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de la persona autorizada a dar recetas.

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos están compuestos por los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Generalmente, cuestan menos que los medicamentos de marca y no tienen nombres conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

Aetna Better Health Premier Plan cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos.

B14. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?

La sigla en inglés OTC significa “de venta libre”. Aetna Better Health Premier Plan cubre algunos medicamentos OTC cuando su proveedor los indica como medicamentos con receta.

Para saber qué medicamentos OTC están cubiertos, puede leer la Lista de medicamentos de Aetna Better Health Premier Plan.

Esta sección continúa en la siguiente página.

Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetnabetterhealth.com/michigan)**.



B15. ¿Aetna Better Health Premier Plan cubre productos OTC que no sean medicamentos?

Aetna Better Health Premier Plan cubre algunos productos OTC que no sean medicamentos cuando su proveedor los receta.

Entre los ejemplos de productos OTC que no son medicamentos se incluyen los paños con alcohol y los apósitos de gasa.

Para saber qué productos OTC que no sean medicamentos están cubiertos, puede leer la Lista de medicamentos de Aetna Better Health Premier Plan.

B16. ¿Cuál es mi copago?

Como miembro de Aetna Better Health Premier Plan, no tiene copagos por los medicamentos con receta y OTC, siempre y cuando siga las normas de Aetna Better Health Premier Plan.

B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?

Los niveles son grupos de medicamentos.

- Los medicamentos del Nivel 1 son medicamentos genéricos y de marca con receta de la Parte D.
- Los medicamentos del Nivel 2 son medicamentos genéricos y de marca con receta de la Parte D.
- Los medicamentos del Nivel 3 son medicamentos con receta que no son de la Parte D y medicamentos de venta libre.

Ningún nivel tiene copago.



C. Resumen de la *Lista de medicamentos cubiertos*

La siguiente Lista de medicamentos cubiertos le proporciona información sobre los medicamentos cubiertos por Aetna Better Health Premier Plan. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página 116. En el índice se encuentran todos los medicamentos cubiertos por Aetna Better Health Premier Plan por orden alfabético.

En la primera columna de esta tabla se indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en letra mayúscula (como XARELTO) y los medicamentos genéricos están en letra minúscula y cursiva (como *amoxicilina*).

La información incluida en la columna de acciones necesarias, restricciones o límites de uso indica si Aetna Better Health Premier Plan tiene alguna norma especial para la cobertura del medicamento.

Nota: El asterisco (*) al lado del medicamento indica que el medicamento no es un “medicamento de la Parte D”.

- Estos medicamentos tienen diferentes normas en cuanto a las apelaciones. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión de cobertura y que la modifiquemos, si considera que hubo un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted desea no esté cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare o Medicaid de Michigan.
- Si usted o la persona autorizada a darle recetas no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar. Para solicitar indicaciones sobre cómo presentar una apelación, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. También puede leer el Manual para miembros en el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo apelar una decisión.



C1. Medicamentos agrupados según la afección médica

Los medicamentos en esta sección están agrupados en categorías dependiendo del tipo de afecciones médicas que estén acostumbrados a tratar. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría “Cardiovascular”. Allí encontrará los medicamentos que sirven para tratar las afecciones cardíacas.

Aquí están los significados de los códigos utilizados en la columna “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”:		
* = Productos OTC o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid		
PA = Autorización previa	QL = Límites de cantidades	ST = Tratamiento escalonado
NM = No disponible para pedido por correo	B/D = Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare	LA = Acceso limitado
NDS = Suministro no extendido		

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANALGESICS - DRUGS TO TREAT PAIN AND INFLAMMATION		
GOUT - DRUGS TO TREAT GOUT		
<i>allopurinol</i> TABS 100mg, 300mg	\$0(1)	
<i>colchicine</i> TABS .6mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	\$0(1)	
MITIGARE CAPS .6mg	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days)
<i>probenecid</i> TABS 500mg	\$0(1)	
MISCELLANEOUS		
<i>acetaminophen</i> SOLN 160mg/5ml, 325mg/10.15ml, 650mg/20.3ml; SUPP 120mg, 650mg; SUSP 160mg/5ml; TABS 325mg, 500mg; TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>acetaminophen extra stren</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>adult aspirin regimen</i> TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado
NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>arthritis pain relief</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>aspirin</i> CHEW 81mg; TABS 325mg; TBEC 325mg	\$0(3)	NM; *
ASPIRIN SUPP 300mg	\$0(3)	NM; *
<i>aspirin adult low dose</i> TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>aspirin low dose</i> CHEW 81mg; TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>aspirin low strength</i> CHEW 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>aspirin regimen</i> TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>childrens acetaminophen</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>ed-apap</i> LIQD 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>feverall adults</i> SUPP 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>feverall childrens</i> SUPP 120mg	\$0(3)	NM; *
FEVERALL INFANTS SUPP 80mg	\$0(3)	NM; *
FEVERALL JUNIOR STRENGTH SUPP 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp 8 hour arthritis reli</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp 8 hour pain relief</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp 8 hour pain reliever</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp acetaminophen</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp adult aspirin low str</i> CHEW 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp aspirin</i> TABS 325mg; TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp aspirin low dose</i> TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp infants pain/fever</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pain & fever children</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pain relief</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pain relief extra str</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense arthritis pain</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense aspirin</i> CHEW 81mg; TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense aspirin adults</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense pain & fever ch</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>goodsense pain & fever in</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense pain relief</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense pain relief ext</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm adult aspirin</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm aspirin</i> TBEC 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm aspirin ec low dose</i> TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm pain reliever</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>m-pap</i> LIQD 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>mapap</i> CAPS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>mapap arthritis pain</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>mapap childrens</i> CHEW 80mg	\$0(3)	NM; *
<i>pain & fever childrens</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>pain & fever infants</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc acetaminophen infants</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc aspirin</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc aspirin low dose</i> CHEW 81mg; TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc enteric aspirin</i> TBEC 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc non-aspirin extra stre</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc pain relief</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc pain relief childrens</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc pain relief extra stre</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm adult aspirin</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm aspirin adult low stre</i> TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm aspirin enteric coated</i> TBEC 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm aspirin low dose</i> CHEW 81mg; TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain & fever childrens</i> SUSP 80mg/2.5ml, 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain & fever infants</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain relief extra stre</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain reliever</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sm pain reliever children</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain reliever extra st</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>tension headache</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tri-buffered aspirin</i>	\$0(3)	NM; *
NSAIDs - DRUGS TO TREAT PAIN AND INFLAMMATION		
<i>all day pain relief</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>all day relief</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>celecoxib</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>celecoxib</i> CAPS 400mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>childrens ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml, 200mg/10ml	\$0(3)	NM; *
<i>diclofenac potassium</i> TABS 50mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>diclofenac sodium</i> TB24 100mg; TBEC 25mg, 50mg, 75mg	\$0(1)	
<i>diflunisal</i> TABS 500mg	\$0(1)	
<i>ec-naproxen</i> TBEC 375mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>ec-naproxen</i> TBEC 500mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>etodolac</i> CAPS 200mg, 300mg; TABS 400mg, 500mg; TB24 400mg, 500mg, 600mg	\$0(1)	
<i>flurbiprofen</i> TABS 100mg	\$0(1)	
<i>gnp childrens ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp ibuprofen</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp ibuprofen childrens</i> CHEW 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp ibuprofen infants</i> SUSP 50mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp naproxen</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp naproxen sodium</i> CAPS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense ibuprofen</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense ibuprofen child</i> SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>goodsense ibuprofen infan</i> SUSP 50mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense naproxen sodium</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm ibuprofen</i> TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm ibuprofen childrens</i> SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm naproxen sodium</i> CAPS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>ibu</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	\$0(1)	
<i>ibuprofen</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml; TABS 400mg, 600mg, 800mg	\$0(1)	
<i>ibuprofen childrens</i> SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>ibuprofen infants</i> SUSP 50mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>ibuprofen junior strength</i> CHEW 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>infants ibuprofen</i> SUSP 50mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>meloxicam</i> TABS 7.5mg, 15mg	\$0(1)	
<i>nabumetone</i> TABS 500mg, 750mg	\$0(1)	
<i>naproxen</i> TABS 250mg, 375mg, 500mg	\$0(1)	
<i>naproxen</i> TBEC 375mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>naproxen</i> TBEC 500mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>naproxen sodium</i> CAPS 220mg; TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>naproxen sodium</i> TABS 275mg, 550mg	\$0(1)	
<i>piroxicam</i> CAPS 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>qc ibuprofen</i> TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc naproxen sodium</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm ibuprofen</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm ibuprofen ib</i> TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm ibuprofen ib childrens</i> CHEW 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm infants ibuprofen</i> SUSP 50mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm naproxen sodium</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>sulindac</i> TABS 150mg, 200mg	\$0(1)	
OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING		
<i>buprenorphine</i> PTWK 5mcg/hr, 7.5mcg/hr, 10mcg/hr, 15mcg/hr, 20mcg/hr	\$0(1)	QL (4 patches / 28 days), PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fentanyl</i> PT72 12mcg/hr, 25mcg/hr, 37.5mcg/hr, 50mcg/hr, 62.5mcg/hr, 75mcg/hr, 87.5mcg/hr, 100mcg/hr	\$0(1)	QL (10 patches / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 80mg, 100mg, 120mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA
HYSINGLA ER T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg, 100mg, 120mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>methadone hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 10mg/5ml	\$0(1)	QL (450 mL / 30 days), PA
<i>methadone hcl</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>methadone hydrochloride i</i> CONC 10mg/ml	\$0(1)	QL (90 mL / 30 days), PA
<i>morphine sulfate</i> TBCR 15mg, 30mg, 60mg, 100mg, 200mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
OXYCONTIN T12A 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA
OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING		
<i>acetaminophen w/ codeine soln</i> 120-12 mg/5ml	\$0(1)	QL (2700 mL / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-15 mg	\$0(1)	QL (400 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-30 mg	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-60 mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>butorphanol tartrate</i> SOLN 1mg/ml, 2mg/ml	\$0(2)	
<i>endocet tab</i> 2.5-325mg	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab</i> 5-325mg	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab</i> 7.5-325mg	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>endocet tab</i> 10-325mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>fentanyl citrate</i> LPOP 200mcg	\$0(1)	QL (120 lozenges / 30 days), PA
<i>fentanyl citrate</i> LPOP 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1200mcg, 1600mcg	\$0(2)	NDS, QL (120 lozenges / 30 days), PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml</i>	\$0(1)	QL (2700 mL / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i>	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	\$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
<i>hydromorphone hcl LIQD 1mg/ml</i>	\$0(1)	QL (600 mL / 30 days)
<i>hydromorphone hcl TABS 2mg, 4mg, 8mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
MORPHINE SULFATE SOLN 2mg/ml, 4mg/ml, 5mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml, 50mg/ml	\$0(2)	B/D
<i>morphine sulfate SOLN 4mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml</i>	\$0(2)	B/D
<i>morphine sulfate SOLN 10mg/5ml, 20mg/5ml</i>	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate SOLN 20mg/ml</i>	\$0(1)	QL (180 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate TABS 15mg, 30mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
MORPHINE SULFATE/SODIUM C SOLN 1mg/ml	\$0(2)	B/D
<i>nalbuphine hcl SOLN 10mg/ml, 20mg/ml</i>	\$0(2)	
<i>oxycodone hcl CAPS 5mg</i>	\$0(1)	QL (180 caps / 30 days)
<i>oxycodone hcl CONC 100mg/5ml</i>	\$0(1)	QL (180 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl SOLN 5mg/5ml</i>	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg</i>	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i>	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>tramadol hcl TABS 50mg</i>	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
ANESTHETICS - DRUGS FOR NUMBING		
LOCAL ANESTHETICS		
<i>lidocaine hcl (local anesth.) SOLN .5%, 1%, 1.5%, 2%</i>	\$0(1)	B/D
ANTI-INFECTIVES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
ANTI-INFECTIVES - MISCELLANEOUS		
<i>albendazole TABS 200mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (672 tabs / year), PA
<i>amikacin sulfate SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	\$0(1)	
<i>atovaquone SUSP 750mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>aztreonam SOLR 1gm, 2gm</i>	\$0(1)	
BINAXNOW COV KIT HOME TES	\$0(3)	QL (1 kit / 1 day), NM; *
CARESTART KIT COVID-19	\$0(3)	QL (1 kit / 1 day), NM; *
CAYSTON SOLR 75mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>clindamycin hcl CAPS 75mg, 150mg, 300mg</i>	\$0(1)	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride SOLR 75mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>clindamycin phosphate SOLN 600mg/4ml, 900mg/6ml, 9000mg/60ml</i>	\$0(1)	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	\$0(1)	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i>	\$0(1)	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i>	\$0(1)	
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	\$0(2)	
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	\$0(2)	
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	\$0(2)	
CLINITEST KIT SELF-TST	\$0(3)	QL (1 kit / 1 day), NM; *
<i>colistimethate sodium SOLR 150mg</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COVID-19 AT- KIT 1-PACK	\$0(3)	QL (1 kit / 1 day), NM; *
COVID-19 RAP KIT 1-PACK	\$0(3)	QL (1 kit / 1 day), NM; *
COVID-19 RAP KIT 2-PACK	\$0(3)	QL (1 kit / 1 day), NM; *
<i>dapsone</i> TABS 25mg, 100mg	\$0(1)	
DAPTOMYCIN SOLR 350mg	\$0(2)	NDS
<i>daptomycin</i> SOLR 350mg, 500mg	\$0(2)	NDS
DIATRUST KIT COVID-19	\$0(3)	QL (1 kit / 1 day), NM; *
ELLUME COV19 KIT HOME TES	\$0(3)	QL (1 kit / 1 day), NM; *
EMVERM CHEW 100mg	\$0(2)	NDS, QL (12 tabs / year)
<i>ertapenem sodium</i> SOLR 1gm	\$0(1)	
FLOWFLEX KIT TEST	\$0(3)	QL (1 kit / 1 day), NM; *
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin sulfate</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/ml	\$0(1)	
IHEALTH 2-PK KIT COVID-19	\$0(3)	QL (1 kit / 1 day), NM; *
IHEALTH 5-PK KIT COVID-19	\$0(3)	QL (1 kit / 1 day), NM; *
IHEALTH 40PK KIT COVID-19	\$0(3)	QL (1 kit / 1 day), NM; *
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i>	\$0(1)	
INDICAID KIT COVID-19	\$0(3)	QL (1 kit / 1 day), NM; *
INTELISWAB KIT COVID-19	\$0(3)	QL (1 kit / 1 day), NM; *
<i>ivermectin</i> TABS 3mg	\$0(1)	QL (12 tabs / 90 days), PA
<i>linezolid</i> SOLN 600mg/300ml	\$0(1)	
<i>linezolid</i> SUSR 100mg/5ml	\$0(2)	NDS, QL (1800 mL / 30 days)
<i>linezolid</i> TABS 600mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
LINEZOLID INJ 2MG/ML	\$0(1)	
LUCIRA CHECK KIT COVID-19	\$0(3)	QL (1 kit / 1 day), NM; *
<i>meropenem</i> SOLR 1gm, 500mg	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methenamine hippurate</i> TABS 1gm	\$0(1)	
<i>metronidazole</i> SOLN 500mg/100ml; TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>neomycin sulfate</i> TABS 500mg	\$0(1)	
<i>nitazoxanide</i> TABS 500mg	\$0(2)	NDS, QL (6 tabs / 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> CAPS 50mg, 100mg	\$0(2)	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> CAPS 100mg	\$0(2)	
ON/GO COVID KIT ANTIGEN	\$0(3)	QL (1 kit / 1 day), NM; *
ON/GO ONE KIT COVID-19	\$0(3)	QL (1 kit / 1 day), NM; *
<i>pentamidine isethionate inh</i> SOLR 300mg	\$0(1)	B/D
<i>pentamidine isethionate inj</i> SOLR 300mg	\$0(1)	
PILOT COVID KIT HOME TES	\$0(3)	QL (1 kit / 1 day), NM; *
<i>praziquantel</i> TABS 600mg	\$0(1)	
QUICKVUE HOM KIT COVID-19	\$0(3)	QL (1 kit / 1 day), NM; *
SIVEXTRO SOLR 200mg; TABS 200mg	\$0(2)	NDS
SPEEDY SWAB KIT COVID-19	\$0(3)	QL (1 kit / 1 day), NM; *
<i>streptomycin sulfate</i> SOLR 1gm	\$0(2)	NDS
<i>sulfadiazine</i> TABS 500mg	\$0(2)	NDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln</i> 400-80 mg/5ml	\$0(1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp</i> 200-40 mg/5ml	\$0(1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 400-80 mg	\$0(1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 800-160 mg	\$0(1)	
<i>tinidazole</i> TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>tobramycin</i> NEBU 300mg/5ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>tobramycin sulfate</i> SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml	\$0(1)	
<i>trimethoprim</i> TABS 100mg	\$0(1)	
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 125mg	\$0(1)	QL (80 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 250mg	\$0(1)	QL (160 caps / 180 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>vancomycin hcl</i> SOLR 1gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg	\$0(1)	
VANCOMYCIN INJ 1 GM	\$0(2)	
VANCOMYCIN INJ 500MG	\$0(2)	
VANCOMYCIN INJ 750MG	\$0(2)	
ANTIFUNGALS - DRUGS TO TREAT FUNGAL INFECTIONS		
ABELCET SUSP 5mg/ml	\$0(2)	B/D
<i>amphotericin b</i> SOLR 50mg	\$0(1)	B/D
<i>amphotericin b liposome</i> SUSR 50mg	\$0(2)	NDS, B/D
<i>caspofungin acetate</i> SOLR 50mg, 70mg	\$0(1)	
<i>fluconazole</i> SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	\$0(1)	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 200 mg/100ml	\$0(1)	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 400 mg/200ml	\$0(1)	
<i>flucytosine</i> CAPS 250mg, 500mg	\$0(2)	NDS, PA
<i>griseofulvin microsize</i> SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	\$0(1)	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> TABS 125mg, 250mg	\$0(1)	
<i>itraconazole</i> CAPS 100mg	\$0(1)	PA
<i>ketoconazole</i> TABS 200mg	\$0(1)	PA
<i>miconazole sodium</i> SOLR 50mg, 100mg	\$0(2)	NDS
<i>nystatin</i> TABS 500000unit	\$0(1)	
<i>posaconazole</i> SUSP 40mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (630 mL / 30 days), PA
<i>posaconazole</i> TBEC 100mg	\$0(2)	NDS, QL (93 tabs / 30 days), PA
<i>terbinafine hcl</i> TABS 250mg	\$0(1)	QL (90 tabs / year)
<i>voriconazole</i> SOLR 200mg	\$0(1)	PA
<i>voriconazole</i> SUSR 40mg/ml	\$0(2)	NDS, PA
<i>voriconazole</i> TABS 50mg	\$0(1)	QL (480 tabs / 30 days), PA
<i>voriconazole</i> TABS 200mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days), PA

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIMALARIALS - DRUGS TO TREAT MALARIA		
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i>	\$0(1)	
<i>chloroquine phosphate TABS 250mg, 500mg</i>	\$0(1)	
COARTEM TAB 20-120MG	\$0(2)	
<i>mefloquine hcl TABS 250mg</i>	\$0(1)	
<i>primaquine phosphate TABS 26.3mg</i>	\$0(1)	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg	\$0(2)	
<i>quinine sulfate CAPS 324mg</i>	\$0(1)	PA
ANTIRETROVIRAL AGENTS - DRUGS TO SUPPRESS HIV/AIDS INFECTION		
<i>abacavir sulfate SOLN 20mg/ml; TABS 300mg</i>	\$0(1)	NM
APTIVUS CAPS 250mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>atazanavir sulfate CAPS 150mg, 200mg, 300mg</i>	\$0(1)	NM
<i>darunavir TABS 600mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>darunavir TABS 800mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
EDURANT TABS 25mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>efavirenz CAPS 50mg, 200mg; TABS 600mg</i>	\$0(1)	NM
<i>emtricitabine CAPS 200mg</i>	\$0(1)	NM
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	\$0(2)	NM
<i>etravirine TABS 100mg, 200mg</i>	\$0(2)	NDS, NM
<i>fosamprenavir calcium TABS 700mg</i>	\$0(2)	NDS, NM
FUZEON SOLR 90mg	\$0(2)	NDS, NM, LA
INTELENCE TABS 25mg	\$0(2)	NM
ISENTRESS CHEW 25mg	\$0(2)	NM
ISENTRESS CHEW 100mg; PACK 100mg; TABS 400mg	\$0(2)	NDS, NM
ISENTRESS HD TABS 600mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>lamivudine SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg</i>	\$0(1)	NM

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LEXIVA SUSP 50mg/ml	\$0(2)	NM
<i>maraviroc</i> TABS 150mg, 300mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>nevirapine</i> SUSP 50mg/5ml; TABS 200mg; TB24 400mg	\$0(1)	NM
NORVIR PACK 100mg	\$0(2)	NM
PIFELTRO TABS 100mg	\$0(2)	NDS, NM
PREZISTA SUSP 100mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (400 mL / 30 days), NM
PREZISTA TABS 75mg	\$0(2)	QL (480 tabs / 30 days), NM
PREZISTA TABS 150mg	\$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM
REYATAZ PACK 50mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>ritonavir</i> TABS 100mg	\$0(1)	NM
RUKOBIA TB12 600mg	\$0(2)	NDS, NM
SELZENTRY SOLN 20mg/ml; TABS 75mg	\$0(2)	NDS, NM
SELZENTRY TABS 25mg	\$0(2)	NM
SUNLENCA TBPK 300mg	\$0(2)	NDS, NM, LA
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> TABS 300mg	\$0(1)	NM
TIVICAY TABS 10mg	\$0(2)	NM
TIVICAY TABS 25mg, 50mg	\$0(2)	NDS, NM
TIVICAY PD TBSO 5mg	\$0(2)	NDS, NM
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	\$0(2)	NDS, NM, LA
TYBOST TABS 150mg	\$0(2)	NM
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	\$0(2)	NDS, NM
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>zidovudine</i> CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml; TABS 300mg	\$0(1)	NM
ANTIRETROVIRAL COMBINATION AGENTS - DRUGS TO SUPPRESS HIV/AIDS INFECTION		
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	\$0(1)	NM
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	\$0(2)	NDS, NM
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	\$0(2)	NDS, NM

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CIMDUO TAB 300-300	\$0(2)	NDS, NM
COMPLERA TAB	\$0(2)	NDS, NM
DELSTRIGO TAB	\$0(2)	NDS, NM
DESCOVY TAB 120-15MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
DESCOVY TAB 200/25MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
DOVATO TAB 50-300MG	\$0(2)	NDS, NM
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), NM
EVOTAZ TAB 300-150	\$0(2)	NDS, NM
GENVOYA TAB	\$0(2)	NDS, NM
JULUCA TAB 50-25MG	\$0(2)	NDS, NM
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	\$0(1)	NM
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	\$0(1)	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	\$0(1)	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	\$0(1)	NM
ODEFSEY TAB	\$0(2)	NDS, NM
PREZCOBIX TAB 800-150	\$0(2)	NDS, NM
STRIBILD TAB	\$0(2)	NDS, NM
SYMTUZA TAB	\$0(2)	NDS, NM
TRIUMEQ PD TAB	\$0(2)	NDS, NM

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRIUMEQ TAB	\$0(2)	NDS, NM
TRIZIVIR TAB	\$0(2)	NDS, NM
ANTITUBERCULAR AGENTS - DRUGS TO TREAT TUBERCULOSIS		
<i>cycloserine</i> CAPS 250mg	\$0(2)	NDS
<i>ethambutol hcl</i> TABS 100mg, 400mg	\$0(1)	
<i>isoniazid</i> SYRP 50mg/5ml; TABS 100mg, 300mg	\$0(1)	
PRIFTIN TABS 150mg	\$0(2)	
<i>pyrazinamide</i> TABS 500mg	\$0(1)	
<i>rifabutin</i> CAPS 150mg	\$0(1)	
<i>rifampin</i> CAPS 150mg, 300mg; SOLR 600mg	\$0(1)	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
TRECTOR TABS 250mg	\$0(2)	
ANTIVIRALS - DRUGS TO TREAT VIRAL INFECTIONS		
<i>acyclovir</i> CAPS 200mg; SUSP 200mg/5ml; TABS 400mg, 800mg	\$0(1)	
<i>acyclovir sodium</i> SOLN 50mg/ml	\$0(1)	B/D
<i>adefovir dipivoxil</i> TABS 10mg	\$0(1)	NM
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	\$0(2)	NDS, NM
<i>entecavir</i> TABS .5mg, 1mg	\$0(1)	NM
EPCLUSA PAK 150-37.5	\$0(2)	NDS, NM, PA
EPCLUSA PAK 200-50MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
EPCLUSA TAB 200-50MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
EPCLUSA TAB 400-100	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>famciclovir</i> TABS 125mg, 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>ganciclovir sodium</i> SOLR 500mg	\$0(1)	B/D
HARVONI PAK 33.75-150MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
HARVONI PAK 45-200MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
HARVONI TAB 45-200MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
HARVONI TAB 90-400MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>lamivudine (hbv)</i> TABS 100mg	\$0(1)	NM
MAVYRET PAK 50-20MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
MAVYRET TAB 100-40MG	\$0(2)	NDS, NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 30mg	\$0(1)	QL (168 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 45mg, 75mg	\$0(1)	QL (84 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> SUSR 6mg/ml	\$0(1)	QL (1080 mL / year)
PAXLOVID TAB 150-100	\$0(2)	QL (40 tabs / 30 days); \$0 Cost Share
PAXLOVID TAB 300-100	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days); \$0 Cost Share
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; SOSY 180mcg/0.5ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days), PA
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister	\$0(2)	QL (6 inhalers / year)
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	\$0(1)	NM
<i>rimantadine hydrochloride</i> TABS 100mg	\$0(1)	
<i>valacyclovir hcl</i> TABS 1gm, 500mg	\$0(1)	
<i>valganciclovir hcl</i> SOLR 50mg/ml	\$0(2)	NDS
<i>valganciclovir hcl</i> TABS 450mg	\$0(1)	
VEMLIDY TABS 25mg	\$0(2)	NDS, NM
VOSEVI TAB	\$0(2)	NDS, NM, PA
XOFLUZA TBPK 40mg, 80mg	\$0(2)	QL (1 tab / 180 days)
CEPHALOSPORINS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>cefaclor</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 250mg/5ml	\$0(1)	
CEFACLOR ER TB12 500mg	\$0(2)	
<i>cefadroxil</i> CAPS 500mg; SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	\$0(1)	
CEFAZOLIN SOLR 2gm, 3gm	\$0(2)	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	\$0(2)	
<i>cefazolin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 3gm, 10gm, 500mg	\$0(1)	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	\$0(2)	
<i>cefdinir</i> CAPS 300mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	\$0(1)	
<i>cefepime hcl</i> SOLR 1gm, 2gm	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cefixime</i> CAPS 400mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	\$0(1)	
<i>cefoxitin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	\$0(1)	
<i>cefepodoxime proxetil</i> SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml; TABS 100mg, 200mg	\$0(1)	
<i>cefprozil</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>ceftazidime</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	\$0(1)	
<i>ceftriaxone sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>cefuroxime axetil</i> TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>cefuroxime sodium</i> SOLR 1.5gm, 750mg	\$0(1)	
<i>cephalexin</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	\$0(1)	
<i>tazicef</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	\$0(1)	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	\$0(2)	NDS
ERYTHROMYCINS/MACROLIDES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>azithromycin</i> PACK 1gm; SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 600mg	\$0(1)	
<i>clarithromycin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg; TB24 500mg	\$0(1)	
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	\$0(2)	NDS
e.e.s. 400 TABS 400mg	\$0(1)	
<i>ery-tab</i> TBEC 250mg, 333mg, 500mg	\$0(1)	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	\$0(2)	
<i>erythrocin stearate</i> TABS 250mg	\$0(1)	
<i>erythromycin base</i> CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	\$0(1)	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> TABS 400mg	\$0(1)	
<i>erythromycin lactobionate</i> SOLR 500mg	\$0(1)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FLUOROQUINOLONAS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
CIPRO SUSR 500mg/5ml	\$0(2)	
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	\$0(1)	
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	\$0(1)	
<i>ciprofloxacin hcl TABS 250mg, 500mg, 750mg</i>	\$0(1)	
<i>levofloxacin SOLN 25mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg</i>	\$0(1)	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	\$0(1)	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	\$0(1)	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	\$0(1)	
<i>moxifloxacin hcl TABS 400mg</i>	\$0(1)	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i>	\$0(1)	
PENICILLINS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>amoxicillin CAPS 250mg, 500mg; CHEW 125mg, 250mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-28.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado
NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr</i> 1000-62.5 mg	\$0(1)	
<i>ampicillin CAPS</i> 500mg	\$0(1)	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj</i> 1.5 (1-0.5) gm	\$0(1)	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj</i> 3 (2-1) gm	\$0(1)	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln</i> 1.5 (1-0.5) gm	\$0(1)	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln</i> 3 (2-1) gm	\$0(1)	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln</i> 15 (10-5) gm	\$0(1)	
<i>ampicillin sodium SOLR</i> 1gm, 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg	\$0(1)	
BICILLIN L-A SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml	\$0(2)	
<i>dicloxacillin sodium CAPS</i> 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>nafcillin sodium SOLR</i> 1gm, 2gm	\$0(1)	
<i>nafcillin sodium SOLR</i> 10gm	\$0(2)	NDS
<i>oxacillin sodium SOLR</i> 1gm, 2gm, 10gm	\$0(1)	
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	\$0(2)	
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	\$0(2)	
<i>penicillin g potassium SOLR</i> 5000000unit, 20000000unit	\$0(1)	
<i>penicillin g sodium SOLR</i> 5000000unit	\$0(1)	
<i>penicillin v potassium SOLR</i> 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>pfizerpen SOLR</i> 5000000unit, 20000000unit	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj</i> 3.375 gm (3-0.375 gm)	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 2.25 gm (2-0.25 gm)	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	\$0(1)	
TETRACYCLINES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>doxy 100 SOLR 100mg</i>	\$0(1)	
<i>doxycycline (monohydrate) CAPS 50mg, 100mg; SUSR 25mg/5ml; TABS 50mg, 75mg, 100mg</i>	\$0(1)	
<i>doxycycline hyclate CAPS 50mg, 100mg; SOLR 100mg; TABS 20mg, 100mg</i>	\$0(1)	
<i>minocycline hcl CAPS 50mg, 75mg, 100mg</i>	\$0(1)	
NUZYRA SOLR 100mg; TABS 150mg	\$0(2)	NDS, NM, LA
<i>tetracycline hcl CAPS 250mg, 500mg</i>	\$0(1)	PA
<i>tigecycline SOLR 50mg</i>	\$0(2)	NDS
ANTINEOPLASTIC AGENTS - DRUGS TO TREAT CANCER		
ALKYLATING AGENTS		
BENDEKA SOLN 100mg/4ml	\$0(2)	NDS, B/D, NM, LA
<i>carboplatin SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml</i>	\$0(1)	B/D
<i>cisplatin SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml</i>	\$0(1)	B/D
<i>cyclophosphamide CAPS 25mg, 50mg; SOLR 1gm, 500mg</i>	\$0(1)	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml, 500mg/ml	\$0(2)	NDS, B/D
<i>cyclophosphamide SOLR 2gm</i>	\$0(2)	NDS, B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS 25mg, 50mg	\$0(2)	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR SOLN 2gm/10ml	\$0(2)	NDS, B/D
GLEOSTINE CAPS 10mg, 40mg	\$0(2)	NM
GLEOSTINE CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, NM

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LEUKERAN TABS 2mg	\$0(2)	NDS
<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml; SOLR 50mg	\$0(1)	B/D
<i>oxaliplatin</i> SOLR 100mg	\$0(2)	NDS, B/D
<i>paraplatin</i> SOLN 1000mg/100ml	\$0(1)	B/D
ANTIBIOTICS		
<i>doxorubicin hcl</i> SOLN 2mg/ml	\$0(1)	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> INJ 2mg/ml	\$0(2)	NDS, B/D
ELLENCE SOLN 50mg/25ml, 200mg/100ml	\$0(2)	B/D
ANTIMETABOLITES		
<i>azacitidine</i> SUSR 100mg	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>cytarabine</i> SOLN 20mg/ml	\$0(1)	B/D
<i>fluorouracil</i> SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	\$0(1)	B/D
<i>gemcitabine hcl</i> SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml; SOLR 1gm, 2gm, 200mg	\$0(1)	B/D
INQOVI TAB 35-100MG	\$0(2)	NDS, QL (5 tabs / 28 days), NM, LA, PA
LONSURF TAB 15-6.14	\$0(2)	NDS, QL (100 tabs / 28 days), NM, LA, PA
LONSURF TAB 20-8.19	\$0(2)	NDS, QL (80 tabs / 28 days), NM, LA, PA
<i>mercaptopurine</i> TABS 50mg	\$0(1)	
<i>methotrexate sodium</i> SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	\$0(1)	B/D
ONUREG TABS 200mg, 300mg	\$0(2)	NDS, QL (14 tabs / 28 days), NM, LA, PA
<i>pemetrexed disodium</i> SOLR 100mg, 500mg, 750mg, 1000mg	\$0(2)	NDS, B/D
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	\$0(2)	NDS, NM, LA
TABLOID TABS 40mg	\$0(2)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS		
<i>abiraterone acetate</i> TABS 250mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
<i>abiraterone acetate</i> TABS 500mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AKEEGA TAB 50/500MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
AKEEGA TAB 100/500	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>anastrozole</i> TABS 1mg	\$0(1)	
<i>bicalutamide</i> TABS 50mg	\$0(1)	
ELIGARD KIT 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg	\$0(2)	NM, PA
ERLEADA TABS 60mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ERLEADA TABS 240mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
EULEXIN CAPS 125mg	\$0(2)	NDS
<i>exemestane</i> TABS 25mg	\$0(1)	
FIRMAGON SOLR 80mg	\$0(2)	NM, PA
FIRMAGON SOLR 120mg/vial	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>fulvestrant</i> SOSY 250mg/5ml	\$0(2)	NDS, B/D
<i>letrozole</i> TABS 2.5mg	\$0(1)	
<i>leuprolide acetate</i> KIT 1mg/0.2ml	\$0(1)	NM, PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
LYSODREN TABS 500mg	\$0(2)	NDS, NM, LA
<i>megestrol acetate</i> TABS 20mg, 40mg	\$0(2)	
<i>nilutamide</i> TABS 150mg	\$0(2)	NDS
NUBEQA TABS 300mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ORGOVYX TABS 120mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ORSERDU TABS 86mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ORSERDU TABS 345mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	\$0(2)	NDS
<i>tamoxifen citrate</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>toremifene citrate</i> TABS 60mg	\$0(1)	
XTANDI CAPS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
XTANDI TABS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
XTANDI TABS 80mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
IMMUNOMODULATORS		
<i>lenalidomide</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	\$0(2)	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, LA, PA
<i>lenalidomide</i> CAPS 20mg, 25mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
POMALYST CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
REVLIMID CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	\$0(2)	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, LA, PA
REVLIMID CAPS 20mg, 25mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
THALOMID CAPS 50mg, 100mg	\$0(2)	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, LA, PA
THALOMID CAPS 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, LA, PA
MISCELLANEOUS		
BESREMI SOSY 500mcg/ml	\$0(2)	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, LA, PA
<i>bexarotene</i> CAPS 75mg	\$0(2)	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, PA
<i>hydroxyurea</i> CAPS 500mg	\$0(1)	
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	\$0(1)	B/D
IWILFIN TABS 192mg	\$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
KISQALI 200 PAK FEMARA	\$0(2)	NDS, QL (49 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 400 PAK FEMARA	\$0(2)	NDS, QL (70 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 PAK FEMARA	\$0(2)	NDS, QL (91 tabs / 28 days), NM, PA
MATULANE CAPS 50mg	\$0(2)	NDS, NM, LA
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> CAPS 10mg	\$0(2)	NDS
WELIREG TABS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
MITOTIC INHIBITORS		
<i>docetaxel</i> CONC 20mg/ml	\$0(1)	B/D
<i>docetaxel</i> CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	\$0(2)	NDS, B/D
DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	\$0(2)	NDS, B/D
<i>etoposide</i> SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml, 500mg/25ml	\$0(1)	B/D
<i>paclitaxel</i> CONC 6mg/ml, 30mg/5ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	\$0(1)	B/D
<i>paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg</i>	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>vincristine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	\$0(1)	B/D
<i>vinorelbine tartrate</i> SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	\$0(1)	B/D
MOLECULAR TARGET AGENTS		
ALECENSA CAPS 150mg	\$0(2)	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, LA, PA
ALUNBRIG TABS 30mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ALUNBRIG TABS 90mg, 180mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ALUNBRIG PAK	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AUGTYRO CAPS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, LA, PA
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
BALVERSA TABS 3mg	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
BALVERSA TABS 4mg	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
BALVERSA TABS 5mg	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, LA, PA
BORTEZOMIB SOLR 1mg, 2.5mg, 3.5mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>bortezomib</i> SOLR 3.5mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
BOSULIF CAPS 50mg	\$0(2)	NDS, QL (360 caps / 30 days), NM, PA
BOSULIF CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (150 caps / 25 days), NM, PA
BOSULIF TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
BOSULIF TABS 400mg, 500mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
BRAFTOVI CAPS 75mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA
BRUKINSA CAPS 80mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
CALQUENCE CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
CALQUENCE TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
CAPRELSA TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
CAPRELSA TABS 300mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg	\$0(2)	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado
NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COMETRIQ KIT 100MG	\$0(2)	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, LA, PA
COMETRIQ KIT 140MG	\$0(2)	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, LA, PA
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg	\$0(2)	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, LA, PA
COTELLIC TABS 20mg	\$0(2)	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, LA, PA
DAURISMO TABS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
DAURISMO TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ERIVEDGE CAPS 150mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 100mg, 150mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 2mg	\$0(2)	NDS, QL (150 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 3mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 5mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
EXKIVITY CAPS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
FRUZAQLA CAPS 1mg	\$0(2)	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, LA, PA
FRUZAQLA CAPS 5mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
GAVRETO CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gefitinib</i> TABS 250mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg	\$0(2)	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, LA, PA
ICLUSIG TABS 10mg, 15mg, 30mg, 45mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
IDHIFA TABS 50mg, 100mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 400mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA CAPS 70mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
IMBRUVICA CAPS 140mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
IMBRUVICA SUSP 70mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (216 mL / 27 days), NM, LA, PA
IMBRUVICA TABS 140mg, 280mg, 420mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
INLYTA TABS 1mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
INLYTA TABS 5mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
INREBIC CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
JAYPIRCA TABS 50mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
JAYPIRCA TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	\$0(2)	NDS, B/D, NM, LA
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg	\$0(2)	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 400 DOSE TBPK 200mg	\$0(2)	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 DOSE TBPK 200mg	\$0(2)	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, PA
KOSELUGO CAPS 10mg	\$0(2)	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, LA, PA
KOSELUGO CAPS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
KRAZATI TABS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>lapatinib ditosylate</i> TABS 250mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA CAP 14 MG	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA CAP 18 MG	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LENVIMA CAP 24 MG	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
LORBRENA TABS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
LORBRENA TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
LUMAKRAS TABS 120mg	\$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, LA, PA
LUMAKRAS TABS 320mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	\$0(2)	NDS, QL (140 tabs / 28 days), NM, LA, PA
MEKINIST SOLR .05mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (1260 mL / 30 days), NM, LA, PA
MEKINIST TABS 2mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
MEKINIST TABS .5mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
MEKTOVI TABS 15mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
MONJUVI SOLR 200mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
NERLYNX TABS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
NEXAVAR TABS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg	\$0(2)	NDS, QL (3 caps / 28 days), NM, PA
ODOMZO CAPS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
OGIVRI SOLR 150mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OGIVRI INJ 420MG	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
OGSIVEO TABS 50mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
OJJAARA TABS 100mg, 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>pazopanib hcl</i> TABS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, LA, PA
PHESGO SOL	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200mg	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
PIQRAY 250MG TAB DOSE	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150mg	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
QINLOCK TABS 50mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
RETEVMO CAPS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA
RETEVMO CAPS 80mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
REZLIDHIA CAPS 150mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
ROZLYTREK CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (150 caps / 30 days), NM, LA, PA
ROZLYTREK CAPS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
ROZLYTREK PACK 50mg	\$0(2)	NDS, QL (336 packets / 28 days), NM, LA, PA
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
RYDAPT CAPS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (224 caps / 28 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SCEMBLIX TABS 20mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
SCEMBLIX TABS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (300 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sorafenib tosylate</i> TABS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
SPRYCEL TABS 20mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
SPRYCEL TABS 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
STIVARGA TABS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
<i>sunitinib malate</i> CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
TABRECTA TABS 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
TAFINLAR TBSO 10mg	\$0(2)	NDS, QL (900 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TAGRISSO TABS 40mg, 80mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TALZENNA CAPS .1mg, .35mg, .5mg, .75mg, 1mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
TALZENNA CAPS .25mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
TASIGNA CAPS 50mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
TASIGNA CAPS 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
TAZVERIK TABS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
TEPMETKO TABS 225mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TIBSOVO TABS 250mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
TRUQAP TABS 160mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (64 tabs / 28 days), NM, LA, PA
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TURALIO CAPS 125mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
VANFLYTA TABS 17.7mg, 26.5mg	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VENCLEXTA TABS 10mg	\$0(2)	QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VENCLEXTA TABS 50mg	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VENCLEXTA TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
VENCLEXTA TAB START PK	\$0(2)	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VITRAKVI CAPS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA
VITRAKVI CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
VITRAKVI SOLN 20mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (300 mL / 30 days), NM, LA, PA
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
VONJO CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
XALKORI CAPS 200mg, 250mg; CPSP 50mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XALKORI CPSP 20mg	\$0(2)	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, LA, PA
XALKORI CPSP 150mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA
XOSPATA TABS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY TBPk 40mg	\$0(2)	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY TBPk 40mg	\$0(2)	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY TBPk 60mg	\$0(2)	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TBPk 20mg	\$0(2)	NDS, QL (24 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY TBPk 40mg	\$0(2)	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TBPk 20mg	\$0(2)	NDS, QL (32 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY TBPk 50mg	\$0(2)	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, LA, PA
ZEJULA CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
ZEJULA TABS 100mg, 200mg, 300mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ZELBORAF TABS 240mg	\$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ZOLINZA CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ZYKADIA TABS 150mg	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado
NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PROTECTIVE AGENTS		
<i>leucovorin calcium</i> SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	\$0(1)	B/D
<i>leucovorin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 25mg	\$0(1)	
MESNEX TABS 400mg	\$0(2)	NDS
CARDIOVASCULAR - DRUGS TO TREAT HEART AND CIRCULATION CONDITIONS		
ACE INHIBITOR COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i> 2.5-10 mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i> 5-10 mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i> 5-20 mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i> 5-40 mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i> 10-20 mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i> 10-40 mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i> 5-6.25mg	\$0(1)	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i> 10-12.5 mg	\$0(1)	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i> 20-12.5 mg	\$0(1)	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i> 20-25 mg	\$0(1)	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab</i> 25-15 mg	\$0(1)	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab</i> 25-25 mg	\$0(1)	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab</i> 50-15 mg	\$0(1)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	\$0(1)	
ACE INHIBITORS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>benazepril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg</i>	\$0(1)	
<i>captopril TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg</i>	\$0(1)	
<i>enalapril maleate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg</i>	\$0(1)	
<i>fosinopril sodium TABS 10mg, 20mg, 40mg</i>	\$0(1)	
<i>lisinopril TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	\$0(1)	
<i>moexipril hcl TABS 7.5mg, 15mg</i>	\$0(1)	
<i>perindopril erbumine TABS 2mg, 4mg, 8mg</i>	\$0(1)	
<i>quinapril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg</i>	\$0(1)	
<i>ramipril CAPS 1.25mg, 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	\$0(1)	
<i>trandolapril TABS 1mg, 2mg, 4mg</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado
NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>eplerenone</i> TABS 25mg, 50mg	\$0(1)	
KERENDIA TABS 10mg, 20mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>spironolactone</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
ALPHA BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>doxazosin mesylate</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg	\$0(1)	
<i>prazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg	\$0(1)	
<i>terazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ENTRESTO TAB 24-26MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ENTRESTO TAB 49-51MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
ENTRESTO TAB 97-103MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado
NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>candesartan cilexetil TABS 4mg, 8mg, 16mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil TABS 32mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>irbesartan TABS 75mg, 150mg, 300mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	\$0(1)	
<i>olmesartan medoxomil TABS 5mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil TABS 20mg, 40mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan TABS 20mg, 40mg, 80mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan TABS 40mg, 80mg, 160mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>valsartan TABS 320mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ANTIARRHYTHMICS - DRUGS TO CONTROL HEART RHYTHM		
<i>amiodarone hcl SOLN 50mg/ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 200mg, 400mg</i>	\$0(1)	
<i>disopyramide phosphate CAPS 100mg, 150mg</i>	\$0(2)	
<i>dofetilide CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg</i>	\$0(1)	NM
<i>flecainide acetate TABS 50mg, 100mg, 150mg</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MULTAQ TABS 400mg	\$0(2)	
NORPACE CR CP12 100mg, 150mg	\$0(2)	
<i>pacerone</i> TABS 100mg, 200mg, 400mg	\$0(1)	
<i>propafenone hcl</i> CP12 225mg, 325mg, 425mg; TABS 150mg, 225mg, 300mg	\$0(1)	
<i>quinidine sulfate</i> TABS 200mg, 300mg	\$0(1)	
<i>sorine</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	\$0(1)	
<i>sotalol hcl</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	\$0(1)	
<i>sotalol hcl (afib/af)</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg	\$0(1)	
ANTILIPEMICS, FIBRATES		
<i>fenofibrate</i> TABS 48mg, 54mg, 145mg, 160mg	\$0(1)	
<i>fenofibrate micronized</i> CAPS 67mg, 134mg, 200mg	\$0(1)	
<i>gemfibrozil</i> TABS 600mg	\$0(1)	
ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS - DRUGS TO TREAT HIGH CHOLESTEROL		
<i>atorvastatin calcium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lovastatin</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pravastatin sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>rosuvastatin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>simvastatin</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS - DRUGS TO TREAT HIGH CHOLESTEROL		
<i>cholestyramine</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	\$0(1)	
<i>cholestyramine light</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	\$0(1)	
<i>colesevelam hcl</i> PACK 3.75gm; TABS 625mg	\$0(1)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>colestipol hcl</i> GRAN 5gm; PACK 5gm; TABS 1gm	\$0(1)	
<i>ezetimibe</i> TABS 10mg	\$0(1)	
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> TBCR 500mg, 750mg, 1000mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	\$0(1)	PA
<i>prevalite</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	\$0(1)	
REPATHA SOSY 140mg/ml	\$0(2)	NM, PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SOCT 420mg/3.5ml	\$0(2)	NM, PA
REPATHA SURECLICK SOAJ 140mg/ml	\$0(2)	NM, PA
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	\$0(2)	
BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS		
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	\$0(1)	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	\$0(1)	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	\$0(1)	
BETA-BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS		
<i>acebutolol hcl</i> CAPS 200mg, 400mg	\$0(1)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>atenolol</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>betaxolol hcl</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>bisoprolol fumarate</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>carvedilol</i> TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg	\$0(1)	
<i>labetalol hcl</i> TABS 100mg, 200mg, 300mg	\$0(1)	
<i>metoprolol succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	\$0(1)	
<i>metoprolol tartrate</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>nadolol</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg	\$0(1)	
<i>nebivolol hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>nebivolol hcl</i> TABS 20mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pindolol</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>propranolol hcl</i> CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg; SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	\$0(1)	
<i>timolol maleate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	\$0(1)	
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS		
<i>amlodipine besylate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>cartia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	\$0(1)	
<i>dilt-xr</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl</i> CP12 60mg, 90mg, 120mg; SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml; TABS 30mg, 60mg, 90mg, 120mg	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl coated beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl extended release beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	\$0(1)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>felodipine</i> TB24 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>isradipine</i> CAPS 2.5mg, 5mg	\$0(1)	
<i>nicardipine hcl</i> CAPS 20mg, 30mg	\$0(1)	
<i>nifedipine</i> TB24 30mg, 60mg, 90mg	\$0(1)	
<i>nimodipine</i> CAPS 30mg	\$0(1)	
NYMALIZE SOLN 6mg/ml	\$0(2)	NDS
<i>taztia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	\$0(1)	
<i>tiadylt er</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	\$0(1)	
<i>verapamil hcl</i> CP24 100mg, 120mg, 180mg, 200mg, 240mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml; TABS 40mg, 80mg, 120mg; TBCR 120mg, 180mg, 240mg	\$0(1)	
DIURETICS - DRUGS TO TREAT HEART CONDITIONS		
<i>acetazolamide</i> CP12 500mg; TABS 125mg, 250mg	\$0(1)	
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	\$0(1)	
<i>amiloride hcl</i> TABS 5mg	\$0(1)	
<i>bumetanide</i> SOLN .25mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg	\$0(1)	
<i>chlorthalidone</i> TABS 25mg, 50mg	\$0(1)	
<i>furosemide</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/5ml; TABS 20mg, 40mg, 80mg	\$0(1)	
<i>furosemide inj</i> SOLN 10mg/ml	\$0(1)	
<i>hydrochlorothiazide</i> CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	\$0(1)	
<i>indapamide</i> TABS 1.25mg, 2.5mg	\$0(1)	
<i>methazolamide</i> TABS 25mg, 50mg	\$0(1)	
<i>metolazone</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>torseamide</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap</i> 37.5-25 mg	\$0(1)	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i> 37.5-25 mg	\$0(1)	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i> 75-50 mg	\$0(1)	
MISCELLANEOUS		
<i>aliskiren fumarate</i> TABS 150mg, 300mg	\$0(1)	
<i>clonidine</i> PTWK .1mg/24hr, .2mg/24hr, .3mg/24hr	\$0(1)	
<i>clonidine hcl</i> TABS .1mg, .2mg, .3mg	\$0(1)	
CORLANOR SOLN 5mg/5ml	\$0(2)	QL (450 mL / 30 days)
CORLANOR TABS 5mg, 7.5mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>digoxin</i> SOLN .05mg/ml, .25mg/ml	\$0(1)	
<i>digoxin</i> TABS 125mcg, 250mcg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>droxidopa</i> CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
<i>droxidopa</i> CAPS 200mg, 300mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOLN 1mg/ml	\$0(1)	
<i>guanfacine hcl</i> TABS 1mg, 2mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>hydralazine hcl</i> SOLN 20mg/ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>metyrosine</i> CAPS 250mg	\$0(2)	NDS, PA
<i>midodrine hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>minoxidil</i> TABS 2.5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>ranolazine</i> TB12 500mg, 1000mg	\$0(1)	
VERQUVO TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
NITRATES - DRUGS TO TREAT HEART CONDITIONS		
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	\$0(1)	
<i>isosorbide mononitrate</i> TABS 10mg, 20mg; TB24 30mg, 60mg, 120mg	\$0(1)	
NITRO-BID OINT 2%	\$0(2)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nitroglycerin</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr; SOLN .4mg/spray; SUBL .3mg, .4mg, .6mg	\$0(1)	
PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION - DRUGS TO TREAT PULMONARY HYPERTENSION		
ADEMPAS TABS .5mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 2.5mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>ambrisentan</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>bosentan</i> TABS 62.5mg, 125mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
OPSUMIT TABS 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days), NM, PA
<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
VENTAVIS SOLN 10mcg/ml, 20mcg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
CENTRAL NERVOUS SYSTEM - DRUGS TO TREAT NERVOUS SYSTEM DISORDERS		
ANTI-ANXIETY - DRUGS TO TREAT ANXIETY		
<i>alprazolam</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	\$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl</i> TABS 5mg, 7.5mg, 10mg, 15mg, 30mg	\$0(1)	
<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml	\$0(1)	QL (150 mL / 30 days)
<i>lorazepam</i> SOLN 2mg/ml, 4mg/ml	\$0(1)	
<i>lorazepam</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	\$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
<i>lorazepam intensol</i> CONC 2mg/ml	\$0(1)	QL (150 mL / 30 days)
ANTI-DEMENTIA - DRUGS TO TREAT DEMENTIA AND MEMORY LOSS		
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 5mg; TBDP 5mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 10mg; TBDP 10mg	\$0(1)	
<i>galantamine hydrobromide</i> CP24 8mg, 16mg, 24mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>galantamine hydrobromide</i> SOLN 4mg/ml	\$0(1)	QL (200 mL / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i> TABS 4mg, 8mg, 12mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>memantine hcl</i> CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml; TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	PA; PA applies if 29 years and younger
<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg titration pack</i>	\$0(2)	PA; PA applies if 29 years and younger
NAMZARIC CAP 7-10MG	\$0(2)	
NAMZARIC CAP 14-10MG	\$0(2)	
NAMZARIC CAP 21-10MG	\$0(2)	
NAMZARIC CAP 28-10MG	\$0(2)	
NAMZARIC CAP PACK	\$0(2)	
<i>rivastigmine</i> PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr	\$0(1)	QL (30 patches / 30 days)
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
ANTIDEPRESSANTS - DRUGS TO TREAT DEPRESSION		
<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	\$0(2)	
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	\$0(2)	
AUVELITY TAB 45-105MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg	\$0(1)	
<i>bupropion hcl</i> TB12 100mg, 150mg, 200mg; TB24 150mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl</i> TB24 300mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>citalopram hydrobromide</i> SOLN 10mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	
<i>clomipramine hcl</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg	\$0(2)	PA
<i>desipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	\$0(2)	
<i>desvenlafaxine succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg; CONC 10mg/ml	\$0(2)	
<i>duloxetine hcl</i> CPEP 20mg, 30mg, 60mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr	\$0(2)	NDS, QL (30 patches / 30 days), PA
<i>escitalopram oxalate</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 5mg, 10mg, 20mg	\$0(1)	
FETZIMA CP24 20mg, 40mg	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days), PA
FETZIMA CP24 80mg, 120mg	\$0(2)	QL (30 caps / 30 days), PA
FETZIMA CAP TITRATIO	\$0(2)	QL (2 packs / year), PA
<i>fluoxetine hcl</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg; SOLN 20mg/5ml	\$0(1)	
<i>imipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg	\$0(2)	
MARPLAN TABS 10mg	\$0(2)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>mirtazapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 30mg, 45mg; TBDP 15mg, 30mg, 45mg	\$0(1)	
<i>nefazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	\$0(1)	
<i>nortriptyline hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg; SOLN 10mg/5ml	\$0(2)	
<i>paroxetine hcl</i> SUSP 10mg/5ml	\$0(2)	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>paroxetine hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(2)	
<i>phenelzine sulfate</i> TABS 15mg	\$0(1)	
<i>protriptyline hcl</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	
<i>sertraline hcl</i> CONC 20mg/ml; TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>tranylcypromine sulfate</i> TABS 10mg	\$0(1)	
<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	\$0(1)	
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 25mg, 50mg	\$0(2)	QL (120 caps / 30 days)
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days)
TRINTELLIX TABS 5mg, 10mg, 20mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>venlafaxine hcl</i> CP24 37.5mg, 75mg, 150mg; TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	\$0(1)	
<i>vilazodone hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ZURZUVAE CAPS 20mg, 25mg	\$0(2)	NDS, QL (28 caps / 14 days), NM, LA, PA
ZURZUVAE CAPS 30mg	\$0(2)	NDS, QL (14 caps / 14 days), NM, LA, PA
ANTIPARKINSONIAN AGENTS - DRUGS TO TREAT PARKINSONS DISEASE		
<i>amantadine hcl</i> CAPS 100mg	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days)
<i>amantadine hcl</i> SOLN 50mg/5ml; TABS 100mg	\$0(1)	
<i>benztropine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	\$0(1)	
<i>benztropine mesylate</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>bromocriptine mesylate</i> CAPS 5mg; TABS 2.5mg	\$0(1)	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg</i>	\$0(1)	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i>	\$0(1)	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>entacapone TABS 200mg</i>	\$0(1)	
INBRIJA CAPS 42mg	\$0(2)	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, LA, PA
NEUPRO PT24 1mg/24hr, 2mg/24hr, 3mg/24hr, 4mg/24hr, 6mg/24hr, 8mg/24hr	\$0(2)	
<i>pramipexole dihydrochloride TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg</i>	\$0(1)	
<i>rasagiline mesylate TABS .5mg, 1mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ropinirole hydrochloride TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg</i>	\$0(1)	
<i>selegiline hcl CAPS 5mg; TABS 5mg</i>	\$0(1)	
<i>trihexyphenidyl hcl SOLN .4mg/ml; TABS 2mg, 5mg</i>	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
ANTIPSYCHOTICS - DRUGS TO TREAT PSYCHOSES		
ABILIFY MAINTENA PRSY 300mg, 400mg	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ABILIFY MAINTENA SRER 300mg, 400mg	\$0(2)	NDS, QL (1 injection / 28 days)
<i>aripiprazole SOLN 1mg/ml</i>	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days)
<i>aripiprazole TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>aripiprazole TBDP 10mg, 15mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 56 days)
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	\$0(2)	NDS
<i>asenapine maleate SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days)

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>chlorpromazine hcl</i> CONC 30mg/ml, 100mg/ml; SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	\$0(1)	
<i>clozapine</i> TABS 25mg, 50mg	\$0(1)	
<i>clozapine</i> TABS 100mg	\$0(1)	QL (270 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TABS 200mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg	\$0(1)	PA
<i>clozapine</i> TBDP 100mg	\$0(1)	QL (270 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 150mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 200mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), PA
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
FANAPT PAK	\$0(2)	QL (2 packs / year), PA
<i>fluphenazine decanoate</i> SOLN 25mg/ml	\$0(1)	
<i>fluphenazine hcl</i> CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>haloperidol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>haloperidol decanoate</i> SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	\$0(1)	
<i>haloperidol lactate</i> CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	\$0(1)	
INVEGA HAFYERA SUSY 1092mg/3.5ml, 1560mg/5ml	\$0(2)	NDS, QL (1 injection / 180 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml	\$0(2)	QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.88ml, 410mg/1.32ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.63ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 90 days)
<i>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	\$0(1)	
<i>lurasidone hcl</i> TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lurasidone hcl</i> TABS 80mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	\$0(1)	
NUPLAZID CAPS 34mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
NUPLAZID TABS 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>olanzapine</i> SOLR 10mg	\$0(1)	QL (3 vials / 1 day)
<i>olanzapine</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg; TBDP 10mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 20mg; TBDP 5mg, 15mg, 20mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg, 3mg, 9mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>paliperidone</i> TB24 6mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	\$0(1)	
PERSERIS PRSY 90mg, 120mg	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 30 days)
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	\$0(1)	
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 25mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 300mg, 400mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 50mg, 300mg, 400mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 150mg, 200mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
REXULTI TABS 3mg, 4mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
<i>risperidone</i> SOLN 1mg/ml	\$0(1)	QL (240 mL / 30 days)
<i>risperidone</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	\$0(1)	
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>risperidone</i> TBDP 4mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>risperidone microspheres</i> SRER 12.5mg, 25mg	\$0(1)	QL (2 injections / 28 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>risperidone microspheres</i> SRER 37.5mg, 50mg	\$0(2)	NDS, QL (2 injections / 28 days)
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr	\$0(2)	NDS, QL (30 patches / 30 days)
<i>thioridazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>thiothixene</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>trifluoperazine hcl</i> TABS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
VERSACLOZ SUSP 50mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA
VRAYLAR CAPS 1.5mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days)
VRAYLAR CAPS 3mg, 4.5mg, 6mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days)
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	\$0(2)	QL (2 packs / year)
<i>ziprasidone hcl</i> CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>ziprasidone mesylate</i> SOLR 20mg	\$0(1)	QL (6 injections / 3 days)
ZYPREXA RELPREVV SUSR 210mg, 300mg	\$0(2)	NDS, QL (2 vials / 28 days), NM, PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 405mg	\$0(2)	NDS, QL (1 vial / 28 days), NM, PA
ANTIEPILEPTIC AGENTS		
APTIOM TABS 200mg, 400mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
APTIOM TABS 600mg, 800mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
BRIVIACT SOLN 10mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA
BRIVIACT SOLN 50mg/5ml	\$0(2)	PA
BRIVIACT TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>carbamazepine</i> CHEW 100mg; CP12 100mg, 200mg, 300mg; SUSP 100mg/5ml; TABS 200mg; TB12 100mg, 200mg, 400mg	\$0(1)	
<i>clobazam</i> SUSP 2.5mg/ml	\$0(1)	QL (480 mL / 30 days), PA
<i>clobazam</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>clonazepam</i> TABS 2mg; TBP 2mg	\$0(1)	QL (300 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clonazepam</i> TABS .5mg, 1mg; TDBP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days), PA; PA if 65 years and older
DIACOMIT CAPS 250mg	\$0(2)	NDS, QL (360 caps / 30 days), NM, LA, PA
DIACOMIT CAPS 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA
DIACOMIT PACK 250mg	\$0(2)	NDS, QL (360 packets / 30 days), NM, LA, PA
DIACOMIT PACK 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
<i>diazepam</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(1)	QL (1200 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older after a 5 day supply in a calendar year
<i>diazepam</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older after a 5 day supply in a calendar year
<i>diazepam (anticonvulsant)</i> GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	\$0(1)	
<i>diazepam intensol</i> CONC 5mg/ml	\$0(1)	QL (240 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older after a 5 day supply in a calendar year
DILANTIN CAPS 30mg, 100mg	\$0(2)	
DILANTIN INFATABS CHEW 50mg	\$0(2)	
DILANTIN-125 SUSP 125mg/5ml	\$0(2)	
<i>divalproex sodium</i> CSDR 125mg; TB24 250mg, 500mg; TBEC 125mg, 250mg, 500mg	\$0(1)	
EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (600 mL / 30 days), NM, LA, PA
<i>epitol</i> TABS 200mg	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EPRONTIA SOLN 25mg/ml	\$0(2)	QL (480 mL / 30 days), PA
<i>ethosuximide</i> CAPS 250mg; SOLN 250mg/5ml	\$0(1)	
<i>felbamate</i> SUSP 600mg/5ml	\$0(2)	NDS
<i>felbamate</i> TABS 400mg, 600mg	\$0(1)	
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (360 mL / 30 days), NM, LA, PA
FYCOMPA SUSP .5mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (720 mL / 30 days), PA
FYCOMPA TABS 2mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA
FYCOMPA TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>gabapentin</i> CAPS 100mg, 300mg, 400mg	\$0(1)	QL (180 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> SOLN 250mg/5ml, 300mg/6ml	\$0(1)	QL (2160 mL / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 600mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 800mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> SOLN 200mg/20ml	\$0(1)	
<i>lacosamide</i> TABS 50mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> TABS 100mg, 150mg, 200mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>lacosamide oral</i> SOLN 10mg/ml	\$0(1)	QL (1200 mL / 30 days)
<i>lamotrigine</i> CHEW 5mg, 25mg; TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg; TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg	\$0(1)	
<i>levetiracetam</i> SOLN 100mg/ml, 500mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	\$0(1)	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 500 mg/100ml	\$0(1)	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1000 mg/100ml	\$0(1)	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1500 mg/100ml	\$0(1)	
<i>methsuximide</i> CAPS 300mg	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	\$0(2)	
oxcarbazepine SUSP 300mg/5ml; TABS 150mg, 300mg, 600mg	\$0(1)	
phenobarbital ELIX 20mg/5ml	\$0(2)	QL (1500 mL / 30 days), PA; PA if 70 years and older
phenobarbital TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg	\$0(2)	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
phenobarbital sodium SOLN 65mg/ml, 130mg/ml	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
phenytek CAPS 200mg, 300mg	\$0(1)	
phenytoin CHEW 50mg; SUSP 125mg/5ml	\$0(1)	
phenytoin sodium SOLN 50mg/ml	\$0(1)	
phenytoin sodium extended CAPS 100mg, 200mg, 300mg	\$0(1)	
pregabalin CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days), PA
pregabalin CAPS 200mg	\$0(1)	QL (90 caps / 30 days), PA
pregabalin CAPS 225mg, 300mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days), PA
pregabalin SOLN 20mg/ml	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days), PA
primidone TABS 50mg, 125mg, 250mg	\$0(1)	
roweeptra TABS 500mg	\$0(1)	
rufinamide SUSP 40mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (2400 mL / 30 days), PA
rufinamide TABS 200mg	\$0(1)	QL (480 tabs / 30 days), PA
rufinamide TABS 400mg	\$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), PA
SPRITAM TB3D 250mg	\$0(2)	QL (360 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 500mg	\$0(2)	QL (180 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 750mg	\$0(2)	QL (120 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 1000mg	\$0(2)	QL (90 tabs / 30 days)
subvenite TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	\$0(1)	
SYMPAZAN FILM 5mg, 10mg, 20mg	\$0(2)	NDS, QL (60 films / 30 days), PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tiagabine hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	\$0(1)	
<i>topiramate</i> CPSP 15mg, 25mg; TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	\$0(1)	
<i>valproate sodium</i> SOLN 100mg/ml, 250mg/5ml	\$0(1)	
<i>valproic acid</i> CAPS 250mg	\$0(1)	
VALTOCO 5 MG DOSE LIQD 5mg/0.1ml	\$0(2)	
VALTOCO 10 MG DOSE LIQD 10mg/0.1ml	\$0(2)	
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5mg/0.1ml	\$0(2)	
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10mg/0.1ml	\$0(2)	
<i>vigabatrin</i> PACK 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
<i>vigabatrin</i> TABS 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>vigadrone</i> PACK 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
<i>vigadrone</i> TABS 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>vigpoder</i> PACK 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
XCOPRI TABS 50mg, 100mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
XCOPRI TABS 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
XCOPRI PAK 12.5-25	\$0(2)	QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 50-100MG	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 100-150	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
ZONISADE SUSP 100mg/5ml	\$0(2)	NDS, QL (900 mL / 30 days), PA
<i>zonisamide</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
ZTALMY SUSP 50mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (1100 mL / 30 days), NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER - DRUGS TO TREAT ADHD		
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>atomoxetine hcl CAPS 10mg, 18mg, 25mg</i>	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 40mg</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 60mg, 80mg, 100mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 2.5mg, 5mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 10mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>guanfacine hcl (adhd) TB24 1mg, 2mg, 4mg</i>	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> TB24 3mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(1)	QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN 10mg/5ml	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 20mg; TBCR 10mg, 20mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
HYPNOTICS - DRUGS TO TREAT INSOMNIA		
DAYVIGO TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl (sleep)</i> TABS 3mg, 6mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>eszopiclone</i> TABS 1mg, 2mg, 3mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>tasimelteon</i> CAPS 20mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>temazepam</i> CAPS 7.5mg, 30mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>temazepam</i> CAPS 15mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>zaleplon</i> CAPS 5mg	\$0(2)	QL (30 caps / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>zaleplon</i> CAPS 10mg	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>zolpidem tartrate</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
MIGRAINE - DRUGS TO TREAT SEVERE HEADACHES		
AIMOVIG SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml	\$0(2)	QL (1 pen / 30 days), NM, PA
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	\$0(2)	NDS

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 4mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (8 mL / 30 days), PA
<i>ergotamine w/ caffeine tab</i> 1-100 mg	\$0(1)	QL (40 tabs / 28 days), PA
<i>naratriptan hcl</i> TABS 1mg, 2.5mg	\$0(1)	QL (12 tabs / 30 days)
NURTEC TBDP 75mg	\$0(2)	QL (16 tabs / 30 days), PA
QULIPTA TABS 10mg, 30mg, 60mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>rizatriptan benzoate</i> TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (18 tabs / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 5mg/act	\$0(1)	QL (24 units / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 20mg/act	\$0(1)	QL (12 units / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml	\$0(1)	QL (18 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 6mg/0.5ml; SOCT 6mg/0.5ml; SOLN 6mg/0.5ml	\$0(1)	QL (12 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	QL (12 tabs / 30 days)
UBRELVY TABS 50mg, 100mg	\$0(2)	QL (16 tabs / 30 days), PA
MISCELLANEOUS		
AUSTEDO TABS 6mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
AUSTEDO XR TB24 6mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 12mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 24mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TAB TITR KIT	\$0(2)	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
<i>lithium</i> SOLN 8meq/5ml	\$0(2)	
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg; TABS 300mg; TBCR 300mg, 450mg	\$0(1)	
NUEDEXTA CAP 20-10MG	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pyridostigmine bromide</i> TABS 60mg	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>riluzole</i> TABS 50mg	\$0(1)	
<i>tetrabenazine</i> TABS 12.5mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>tetrabenazine</i> TABS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - DRUGS TO TREAT MULTIPLE SCLEROSIS		
BAFIERTAM CPDR 95mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
BETASERON KIT .3mg	\$0(2)	NDS, QL (14 syringes / 28 days), NM, PA
<i>dalfampridine</i> TB12 10mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>fingolimod hcl</i> CAPS .5mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 20mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 40mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
<i>glatopa</i> SOSY 20mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
<i>glatopa</i> SOSY 40mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
KESIMPTA SOAJ 20mg/0.4ml	\$0(2)	NDS, QL (16 pens / year), NM, LA, PA
MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS - DRUGS TO TREAT MUSCLE SPASMS		
<i>baclofen</i> TABS 5mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>baclofen</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>carisoprodol</i> TABS 350mg	\$0(2)	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>cyclobenzaprine hcl</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	QL (90 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dantrolene sodium</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>methocarbamol</i> TABS 500mg	\$0(2)	QL (360 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>methocarbamol</i> TABS 750mg	\$0(2)	QL (240 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>tizanidine hcl</i> TABS 2mg, 4mg	\$0(1)	
NARCOLEPSY/CATAPLEXY - DRUGS FOR SLEEP DISORDERS		
<i>armodafinil</i> TABS 50mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>armodafinil</i> TABS 150mg, 200mg, 250mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>modafinil</i> TABS 100mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>modafinil</i> TABS 200mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
SODIUM OXYBATE SOLN 500mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (540 mL / 30 days), NM, LA, PA
PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC		
<i>acamprosate calcium</i> TBEC 333mg	\$0(1)	
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL 2mg, 8mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (60 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> TB12 150mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>disulfiram</i> TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado
NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp nicotine gum</i> GUM 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nicotine mini lozenge</i> LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nicotine polacrilex</i> GUM 2mg, 4mg; LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nicotine polacrilex m</i> LOZG 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nicotine transdermal</i> PT24 7mg/24hr, 14mg/24hr, 21mg/24hr	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense nicotine</i> LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense nicotine gum</i> GUM 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense nicotine polacr</i> GUM 2mg, 4mg; LOZG 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm nicotine polacrilex</i> GUM 2mg, 4mg; LOZG 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm nicotine transdermal s</i> PT24 7mg/24hr, 21mg/24hr	\$0(3)	NM; *
<i>naloxone hcl</i> LIQD 4mg/0.1ml; SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY 2mg/2ml	\$0(1)	
<i>naltrexone hcl</i> TABS 50mg	\$0(1)	
<i>nicotine</i> PT24 7mg/24hr, 14mg/24hr, 21mg/24hr	\$0(3)	NM; *
<i>nicotine mini lozenge</i> LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>nicotine polacrilex</i> GUM 2mg, 4mg; LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>nicotine polacrilex mini</i> LOZG 2mg	\$0(3)	NM; *
NICOTINE SYS KIT TRANSDER	\$0(3)	NM; *
<i>nicotine transdermal syst</i> PT24 7mg/24hr, 14mg/24hr, 21mg/24hr	\$0(3)	NM; *
NICOTROL INHALER INHA 10mg	\$0(2)	
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	\$0(2)	
<i>sm nicotine</i> GUM 4mg; LOZG 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm nicotine polacrilex</i> GUM 2mg, 4mg; LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm nicotine transdermal s</i> PT24 7mg/24hr, 14mg/24hr, 21mg/24hr	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>varenicline tartrate</i> TABS .5mg, 1mg	\$0(1)	QL (56 tabs / 28 days), PA
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack</i>	\$0(1)	QL (2 packs / year), PA
VIVITROL SUSR 380mg	\$0(2)	NDS, NM
ENDOCRINE AND METABOLIC - DRUGS TO TREAT DIABETES AND REGULATE HORMONES		
ANDROGENS - DRUGS TO REGULATE MALE HORMONES		
<i>depo-testosterone</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	\$0(1)	PA
<i>methyltestosterone</i> CAPS 10mg	\$0(2)	NDS, QL (600 caps / 30 days), PA
<i>testosterone</i> GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm	\$0(1)	QL (300 gm / 30 days), PA
<i>testosterone</i> GEL 1.62%	\$0(1)	QL (150 gm / 30 days), PA
<i>testosterone cypionate</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	\$0(1)	PA
<i>testosterone enanthate</i> SOLN 200mg/ml	\$0(1)	PA
ANTIDIABETICS		
<i>acarbose</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
BYDUREON BCISE AUIJ 2mg/0.85ml	\$0(2)	QL (4 pens / 28 days), PA
BYETTA SOPN 5mcg/0.02ml, 10mcg/0.04ml	\$0(2)	QL (1 pen / 30 days), PA
FARXIGA TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>glimepiride</i> TABS 1mg, 2mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glimepiride</i> TABS 4mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TABS 5mg	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TABS 10mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TB24 2.5mg, 5mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TB24 10mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl</i> TB24 2.5mg, 5mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl</i> TB24 10mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-500MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-500MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 100-1000	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
JARDIANCE TABS 10mg, 25mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-500	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-850	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 500mg	\$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 850mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 1000mg	\$0(1)	QL (75 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TB24 500mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
<i>metformin hcl</i> TB24 750mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
MOUNJARO SOPN 2.5mg/0.5ml, 5mg/0.5ml, 7.5mg/0.5ml, 10mg/0.5ml, 12.5mg/0.5ml, 15mg/0.5ml	\$0(2)	QL (4 pens / 28 days), PA
<i>nateglinide</i> TABS 60mg, 120mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml	\$0(2)	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/3ml	\$0(2)	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 4mg/3ml	\$0(2)	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8mg/3ml	\$0(2)	QL (1 pen / 28 days), PA
<i>pioglitazone hcl</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-500 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>repaglinide TABS 2mg</i>	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>repaglinide TABS .5mg, 1mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 14mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA
SYNJARDY TAB 5-500MG	\$0(2)	QL (120 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 12.5-500	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 10-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 25-1000	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
TRADJENTA TABS 5mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
TRULICITY SOPN .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml	\$0(2)	QL (4 pens / 28 days), PA
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-500MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-500MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-1000	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
ANTIDIABETICS, INSULINS		
ADMELOG SOLN 100unit/ml	\$0(2)	
ADMELOG SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	\$0(2)	
BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml	\$0(2)	
BD ALCOHOL SWABS	\$0(2)	
FIASP SOLN 100unit/ml	\$0(2)	
FIASP FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml	\$0(2)	
FIASP PENFILL SOCT 100unit/ml	\$0(2)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FIASP PUMPCART SOCT 100unit/ml	\$0(2)	B/D
GAUZE PADS 2" X 2"	\$0(2)	
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml	\$0(2)	NDS, B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml	\$0(2)	NDS
INSULIN PEN NEEDLES: BD/NOVO	\$0(2)	
INSULIN SAFETY NEEDLES	\$0(2)	
INSULIN SYRINGES: BD	\$0(2)	
LANTUS SOLN 100unit/ml	\$0(2)	
LANTUS SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	\$0(2)	
NOVOLIN INJ 70/30	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN INJ 70/30 FP	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ 70/30	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	\$0(2)	(brand RELION not covered)
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO	\$0(2)	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO	\$0(2)	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD DASH KIT INTRO	\$0(2)	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD DASH MIS PODS	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD MIS CLASSIC	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
SOLIQUA INJ 100/33	\$0(2)	QL (5 pens / 25 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TOUJEO MAX SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	\$0(2)	
TOUJEO SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	\$0(2)	
TRESIBA SOLN 100unit/ml	\$0(2)	
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml	\$0(2)	
V-GO 20 KIT	\$0(2)	QL (30 devices / 30 days), PA
V-GO 30 KIT	\$0(2)	QL (30 devices / 30 days), PA
V-GO 40 KIT	\$0(2)	QL (30 devices / 30 days), PA
XULTOPHY INJ 100/3.6	\$0(2)	QL (5 pens / 30 days)
ANTI-OBESITY AGENTS		
ADIPEX-P CAPS 37.5mg; TABS 37.5mg	\$0(3)	NM, PA; *
<i>benzphetamine hcl</i> TABS 50mg	\$0(3)	NM, PA; *
CONTRAVE TAB 8-90MG	\$0(3)	NM, PA; *
<i>diethylpropion hcl</i> TABS 25mg; TB24 75mg	\$0(3)	NM, PA; *
IMCIVREE SOLN 10mg/ml	\$0(3)	NM, PA; *
LOMAIRA TABS 8mg	\$0(3)	NM, PA; *
<i>orlistat</i> CAPS 120mg	\$0(3)	NM, PA; *
<i>phendimetrazine tartrate</i> TABS 35mg	\$0(3)	NM, PA; *
<i>phentermine hcl</i> CAPS 15mg, 30mg, 37.5mg; TABS 37.5mg	\$0(3)	NM, PA; *
QSYMIA CAP 3.75-23	\$0(3)	NM, PA; *
QSYMIA CAP 7.5-46MG	\$0(3)	NM, PA; *
QSYMIA CAP 11.25-69	\$0(3)	NM, PA; *
QSYMIA CAP 15-92MG	\$0(3)	NM, PA; *
SAXENDA SOPN 18mg/3ml	\$0(3)	NM, PA; *
WEGOVY SOAJ .25mg/0.5ml, .5mg/0.5ml, 1mg/0.5ml, 1.7mg/0.75ml, 2.4mg/0.75ml	\$0(3)	NM, PA; *
XENICAL CAPS 120mg	\$0(3)	NM, PA; *
CALCIUM REGULATORS		
<i>alendronate sodium</i> SOLN 70mg/75ml; TABS 10mg, 35mg, 70mg	\$0(1)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	\$0(1)	B/D
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg	\$0(1)	B/D
NATPARA CART 25mcg, 50mcg, 75mcg, 100mcg	\$0(2)	NDS, LA, PA
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	\$0(2)	B/D
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml	\$0(1)	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml	\$0(2)	QL (1 syringe / 180 days), NM
<i>risedronate sodium</i> TABS 5mg, 35mg, 150mg; TBEC 35mg	\$0(1)	
TERIPARATIDE SOPN 620mcg/2.48ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml; SOLN 4mg/100ml, 5mg/100ml	\$0(1)	B/D, NM
CHELATING AGENTS		
CHEMET CAPS 100mg	\$0(2)	NDS
<i>deferasirox</i> PACK 90mg, 180mg, 360mg; TABS 180mg, 360mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>deferasirox</i> TABS 90mg	\$0(1)	NM, PA
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	\$0(2)	
<i>penicillamine</i> TABS 250mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	\$0(1)	
<i>sps</i> SUSP 15gm/60ml	\$0(1)	
<i>trientine hcl</i> CAPS 250mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
VELTASSA PACK 8.4gm, 16.8gm, 25.2gm	\$0(2)	
CONTRACEPTIVES - DRUGS FOR BIRTH CONTROL		
<i>afirmelle</i>	\$0(1)	
<i>altavera</i>	\$0(1)	
<i>alyacen 1/35</i>	\$0(1)	
<i>alyacen 7/7/7</i>	\$0(1)	
<i>amethia</i>	\$0(1)	
<i>apri</i>	\$0(1)	
<i>aranelle</i>	\$0(1)	
<i>ashlyna</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>aubra eq</i>	\$0(1)	
<i>aurovela 1/20</i>	\$0(1)	
<i>aurovela 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>aurovela fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>aviane</i>	\$0(1)	
<i>ayuna</i>	\$0(1)	
<i>azurette</i>	\$0(1)	
<i>balziva</i>	\$0(1)	
<i>blisovi 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>briellyn</i>	\$0(1)	
<i>camila TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>camrese</i>	\$0(1)	
<i>camrese lo</i>	\$0(1)	
<i>chateal eq</i>	\$0(1)	
<i>cryselle-28</i>	\$0(1)	
<i>cyred eq</i>	\$0(1)	
<i>dasetta 1/35</i>	\$0(1)	
<i>dasetta 7/7/7</i>	\$0(1)	
<i>daysee</i>	\$0(1)	
<i>deblitane TABS .35mg</i>	\$0(1)	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY 104mg/0.65ml	\$0(2)	
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15- 0.02/0.01 mg(21/5)</i>	\$0(1)	
<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	\$0(1)	
<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.03-0.451 mg</i>	\$0(1)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	\$0(1)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	\$0(1)	
<i>econtra ez TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>econtra one-step</i> TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>elinet</i>	\$0(1)	
<i>eluryng</i>	\$0(1)	
<i>enilloring</i>	\$0(1)	
<i>enpresse-28</i>	\$0(1)	
<i>enskyce</i>	\$0(1)	
<i>errin</i> TABS .35mg	\$0(1)	
<i>estarylla</i>	\$0(1)	
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>	\$0(1)	
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	\$0(1)	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	\$0(1)	
<i>falmina</i>	\$0(1)	
<i>finzala</i>	\$0(1)	
<i>hailey 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>hailey 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>haloette</i>	\$0(1)	
<i>heather</i> TABS .35mg	\$0(1)	
<i>iclevia</i>	\$0(1)	
<i>incassia</i> TABS .35mg	\$0(1)	
<i>introvale</i>	\$0(1)	
<i>isibloom</i>	\$0(1)	
<i>jasmiel</i>	\$0(1)	
<i>jolessa</i>	\$0(1)	
<i>juleber</i>	\$0(1)	
<i>junel 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>junel 1/20</i>	\$0(1)	
<i>junel fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>junel fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>junel fe 24</i>	\$0(1)	
<i>kaitlib fe</i>	\$0(1)	
<i>kariva</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>kelnor 1/35</i>	\$0(1)	
<i>kelnor 1/50</i>	\$0(1)	
<i>kurvelo</i>	\$0(1)	
<i>larin 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>larin 1/20</i>	\$0(1)	
<i>larin 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>larin fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>larin fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>layolis fe</i>	\$0(1)	
<i>leena</i>	\$0(1)	
<i>lessina</i>	\$0(1)	
<i>levonest</i>	\$0(1)	
<i>levonor-eth est tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg & eth est 0.01 mg</i>	\$0(1)	
<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)</i>	\$0(1)	
<i>levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)</i>	\$0(1)	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	\$0(1)	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	\$0(1)	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	\$0(1)	
<i>levonorgestrel (emergency oc) TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	\$0(1)	
<i>levora 0.15/30-28</i>	\$0(1)	
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	\$0(1)	
<i>loestrin 1/20-21</i>	\$0(1)	
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>loestrin fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>loryna</i>	\$0(1)	
<i>low-ogestrel</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>luter</i>	\$0(1)	
<i>lyleq</i> TABS .35mg	\$0(1)	
<i>lyza</i> TABS .35mg	\$0(1)	
<i>marlissa</i>	\$0(1)	
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i> SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml	\$0(1)	
<i>mibelas 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>microgestin 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>microgestin 1/20</i>	\$0(1)	
<i>microgestin 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>microgestin fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>mili</i>	\$0(1)	
<i>mono-lynyah</i>	\$0(1)	
<i>my choice</i> TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>my way</i> TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>necon 0.5/35-28</i>	\$0(1)	
<i>new day</i> TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>nikki</i>	\$0(1)	
<i>nora-be</i> TABS .35mg	\$0(1)	
<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.8 mg-25 mcg</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone (contraceptive)</i> TABS .35mg	\$0(1)	
<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab 1 mg-20 mcg (24)</i>	\$0(1)	
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	\$0(1)	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	\$0(1)	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	\$0(1)	
<i>norlyroc TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	\$0(1)	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	\$0(1)	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	\$0(1)	
<i>nortrel 7/7/7</i>	\$0(1)	
<i>nylia 1/35</i>	\$0(1)	
<i>nylia 7/7/7</i>	\$0(1)	
<i>nymyo</i>	\$0(1)	
<i>ocella</i>	\$0(1)	
<i>opcicon one-step TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>option 2 TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>philith</i>	\$0(1)	
<i>pimtrea</i>	\$0(1)	
<i>portia-28</i>	\$0(1)	
<i>reclipsen</i>	\$0(1)	
<i>rivelsa</i>	\$0(1)	
<i>setlakin</i>	\$0(1)	
<i>sharobel TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>simliya</i>	\$0(1)	
<i>simpesse</i>	\$0(1)	
<i>sprintec 28</i>	\$0(1)	
<i>sronyx</i>	\$0(1)	
<i>syeda</i>	\$0(1)	
<i>tarina 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tilia fe</i>	\$0(1)	
<i>tri-estarylla</i>	\$0(1)	
<i>tri-legest fe</i>	\$0(1)	
<i>tri-linyah</i>	\$0(1)	
<i>tri-lo-estarylla</i>	\$0(1)	
<i>tri-lo-marzia</i>	\$0(1)	
<i>tri-lo-mili</i>	\$0(1)	
<i>tri-lo-sprintec</i>	\$0(1)	
<i>tri-mili</i>	\$0(1)	
<i>tri-nymyo</i>	\$0(1)	
<i>tri-sprintec</i>	\$0(1)	
<i>tri-vylibra</i>	\$0(1)	
<i>tri-vylibra lo</i>	\$0(1)	
<i>trivora-28</i>	\$0(1)	
<i>turqoz</i>	\$0(1)	
<i>tydemy</i>	\$0(1)	
<i>velivet</i>	\$0(1)	
<i>vestura</i>	\$0(1)	
<i>vienva</i>	\$0(1)	
<i>viorele</i>	\$0(1)	
<i>vyfemla</i>	\$0(1)	
<i>vylibra</i>	\$0(1)	
<i>wera</i>	\$0(1)	
<i>wymzya fe</i>	\$0(1)	
<i>xulane</i>	\$0(1)	
<i>zafemy</i>	\$0(1)	
<i>zovia 1/35</i>	\$0(1)	
<i>zumandimine</i>	\$0(1)	
ENDOMETRIOSIS		
<i>danazol CAPS 50mg, 100mg, 200mg</i>	\$0(1)	
SYNAREL SOLN 2mg/ml	\$0(2)	NDS, PA
ESTROGENS - DRUGS TO REGULATE FEMALE HORMONES		
<i>amabelz tab 0.5-0.1mg</i>	\$0(2)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dotti</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	\$0(2)	
<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; TABS .5mg, 1mg, 2mg	\$0(2)	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	\$0(2)	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	\$0(2)	
<i>estradiol vaginal</i> CREA .1mg/gm; TABS 10mcg	\$0(1)	
<i>estradiol valerate</i> OIL 10mg/ml, 20mg/ml, 40mg/ml	\$0(1)	
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	\$0(2)	
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	\$0(2)	
<i>jinteli</i>	\$0(2)	
<i>lyllana</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	\$0(2)	
<i>mimvey</i>	\$0(2)	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	\$0(2)	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	\$0(2)	
<i>yuvafem</i> TABS 10mcg	\$0(1)	
GLUCOCORTICOIDS - DRUGS TO TREAT INFLAMMATORY RESPONSE		
<i>dexamethasone</i> ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	\$0(1)	B/D
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml	\$0(2)	B/D
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado
NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fludrocortisone acetate</i> TABS .1mg	\$0(1)	
<i>hydrocortisone</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>methylprednisolone</i> TABS 4mg, 8mg, 16mg, 32mg	\$0(1)	B/D
<i>methylprednisolone</i> TBPK 4mg	\$0(1)	
<i>methylprednisolone acetate</i> SUSP 40mg/ml, 80mg/ml	\$0(1)	B/D
<i>methylprednisolone sod succ</i> SOLR 40mg, 125mg, 1000mg	\$0(1)	B/D
<i>prednisolone</i> SOLN 15mg/5ml	\$0(1)	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 5mg/5ml, 15mg/5ml, 25mg/5ml	\$0(1)	B/D
<i>prednisone</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	\$0(1)	B/D
<i>prednisone</i> TBPK 5mg, 10mg	\$0(1)	
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	\$0(2)	B/D
SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg	\$0(2)	
GLUCOSE ELEVATING AGENTS - DRUGS TO TREAT LOW BLOOD SUGAR		
<i>diazoxide</i> SUSP 50mg/ml	\$0(2)	NDS
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	\$0(2)	
GVOKE KIT SOLN 1mg/0.2ml	\$0(2)	
GVOKE PFS SOSY 1mg/0.2ml	\$0(2)	
MISCELLANEOUS		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>betaine powder for oral solution</i>	\$0(2)	NDS, NM, LA
<i>cabergoline</i> TABS .5mg	\$0(1)	
<i>carglumic acid</i> TBSO 200mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
CERDELGA CAPS 84mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
CEREZYME SOLR 400unit	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 30mg, 60mg	\$0(1)	B/D, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 90mg	\$0(2)	NDS, B/D, QL (120 tabs / 30 days), NM

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	\$0(2)	NM, LA, PA
<i>desmopressin acetate</i> SOLN 4mcg/ml	\$0(2)	NDS
<i>desmopressin acetate</i> TABS .1mg, .2mg	\$0(1)	
<i>desmopressin acetate spray</i> SOLN .01%	\$0(1)	
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> SOLN .01%	\$0(1)	
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .2mg, .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>javygtor</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
KORLYM TABS 300mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	\$0(1)	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH KIT 45mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i> TABS 300mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>miglustat</i> CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>nitisinone</i> CAPS 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml	\$0(1)	NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>raloxifene hcl</i> TABS 60mg	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>yargesa</i> CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
PHOSPHATE BINDER AGENTS - DRUGS TO REGULATE CALCIUM AND PHOSPHORUS LEVELS		
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> CAPS 667mg	\$0(1)	QL (360 caps / 30 days)
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> TABS 667mg	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days)
<i>lanthanum carbonate</i> CHEW 500mg, 1000mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>lanthanum carbonate</i> CHEW 750mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>sevelamer carbonate</i> PACK 2.4gm	\$0(1)	QL (180 packets / 30 days)
<i>sevelamer carbonate</i> PACK .8gm	\$0(1)	QL (540 packets / 30 days)
<i>sevelamer carbonate</i> TABS 800mg	\$0(1)	QL (540 tabs / 30 days)
VELPHORO CHEW 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days)
PROGESTINS - DRUGS TO REGULATE FEMALE HORMONES		
<i>medroxyprogesterone acetate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>megestrol acetate</i> SUSP 40mg/ml	\$0(2)	
<i>megestrol acetate (appetite)</i> SUSP 625mg/5ml	\$0(2)	PA
<i>norethindrone acetate</i> TABS 5mg	\$0(1)	
<i>progesterone</i> CAPS 100mg, 200mg	\$0(1)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
THYROID AGENTS - DRUGS TO REGULATE THYROID LEVELS		
<i>euthyrox</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	\$0(1)	
<i>levo-t</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	\$0(1)	
<i>levothyroxine sodium</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	\$0(1)	
<i>levoxyl</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	\$0(1)	
<i>liothyronine sodium</i> TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg	\$0(1)	
<i>methimazole</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>propylthiouracil</i> TABS 50mg	\$0(1)	
SYNTHROID TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	\$0(2)	
<i>unithroid</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	\$0(1)	
VITAMIN D ANALOGS		
<i>calcitriol</i> CAPS .25mcg, .5mcg	\$0(1)	B/D
<i>calcitriol (oral)</i> SOLN 1mcg/ml	\$0(1)	B/D
<i>paricalcitol</i> CAPS 1mcg, 2mcg, 4mcg	\$0(1)	B/D
RAYALDEE CPCR 30mcg	\$0(2)	NDS
GASTROINTESTINAL - DRUGS TO TREAT STOMACH AND INTESTINAL DISORDERS		
ANTACIDS		
<i>acid gone</i>	\$0(3)	NM; *
<i>almacone double strength</i>	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ALUMINUM HYDROXIDE SUSP 320mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>antacid</i> CHEW 500mg, 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>antacid calcium regular s</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>antacid extra strength</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>antacid maximum strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antacid regular strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antacid ultra strength</i> CHEW 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>antacid/antigas liquid</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cal-gest antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium antacid extra str</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate (antacid)</i> SUSP 1250mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid & anti-gas/re</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid and anti-gas/</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid anti-gas/maxi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid extra strengt</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid/regular stren</i>	\$0(3)	NM; *
<i>heartburn relief extra st</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm antacid</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm antacid anti-gas extra</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm antacid extra strength</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
MAG-AL LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>mag-al plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mag-al plus xs</i>	\$0(3)	NM; *
<i>magnesium oxide</i> TABS 400mg, 420mg	\$0(3)	NM; *
<i>mintox maximum strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc antacid/anti-gas</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm antacid advanced</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm antacid advanced maxi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm antacid extra strength</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sm antacid maximum streng</i>	\$0(3)	NM; *
<i>smooth antacid extra stre</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>sodium bicarbonate (antacid)</i> TABS 325mg, 650mg	\$0(3)	NM; *
ANTI-DIARRHEAL		
<i>anti-diarrheal</i> CAPS 2mg; SOLN 1mg/7.5ml; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>bismatrol</i> CHEW 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>bismuth subsalicylate</i> CHEW 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp anti-diarrheal</i> CAPS 2mg; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp loperamide hydrochlor</i> SOLN 1mg/7.5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pink bismuth</i> TABS 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp stomach relief</i> SUSP 525mg/30ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense anti-diarrheal</i> SOLN 1mg/7.5ml	\$0(3)	NM; *
<i>loperamide hcl</i> SOLN 1mg/7.5ml, 2mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc anti-diarrheal</i> CAPS 2mg; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm anti-diarrheal</i> CAPS 2mg; SOLN 1mg/7.5ml; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm stomach relief</i> CHEW 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm stomach relief liquid</i> SUSP 525mg/30ml	\$0(3)	NM; *
<i>stomach relief</i> CHEW 262mg; SUSP 525mg/30ml	\$0(3)	NM; *
<i>stomach relief extra stre</i> SUSP 525mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>stomach relief ultra</i> SUSP 525mg/15ml	\$0(3)	NM; *
ANTIEMETICS - DRUGS FOR NAUSEA AND VOMITING		
<i>aprepitant</i> CAPS 40mg, 80mg, 125mg	\$0(1)	B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>compro</i> SUPP 25mg	\$0(1)	
<i>dronabinol</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	B/D, QL (60 caps / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>granisetron hcl</i> SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml	\$0(1)	
<i>granisetron hcl</i> TABS 1mg	\$0(1)	B/D
<i>meclizine hcl</i> TABS 12.5mg, 25mg	\$0(2)	
<i>metoclopramide hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml; TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>ondansetron</i> TBDP 4mg, 8mg	\$0(1)	B/D
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml; SOSY 4mg/2ml	\$0(1)	
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/5ml; TABS 4mg, 8mg	\$0(1)	B/D
<i>prochlorperazine</i> SUPP 25mg	\$0(1)	
<i>prochlorperazine edisylate</i> SOLN 10mg/2ml	\$0(1)	
<i>prochlorperazine maleate</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>promethazine hcl</i> SOLN 6.25mg/5ml, 25mg/ml, 50mg/ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>scopolamine</i> PT72 1mg/3days	\$0(2)	QL (10 patches / 30 days), PA; PA if 70 years and older
ANTISPASMODICS - DRUGS FOR STOMACH SPASMS		
<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; SOLN 10mg/5ml; TABS 20mg	\$0(2)	
<i>glycopyrrolate</i> TABS 1mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glycopyrrolate</i> TABS 2mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
H2-RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>acid reducer</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>acid reducer maximum stre</i> TABS 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>acid reducer original str</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml	\$0(1)	
<i>famotidine</i> SUSR 40mg/5ml	\$0(1)	QL (300 mL / 30 days)
<i>famotidine</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>famotidine</i> TABS 20mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>famotidine</i> TABS 40mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i>	\$0(1)	
<i>famotidine maximum streng TABS 20mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>famotidine original stren TABS 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp acid reducer TABS 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp acid reducer maximum TABS 20mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>heartburn relief TABS 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>heartburn relief maximum TABS 20mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nizatidine CAPS 150mg, 300mg</i>	\$0(1)	
<i>sm acid reducer TABS 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm acid reducer maximum s TABS 20mg</i>	\$0(3)	NM; *
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
<i>balsalazide disodium CAPS 750mg</i>	\$0(1)	
<i>budesonide CPEP 3mg</i>	\$0(1)	QL (90 caps / 30 days), PA
<i>budesonide TB24 9mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocortisone (intrarectal) ENEM 100mg/60ml</i>	\$0(1)	
<i>mesalamine CP24 .375gm</i>	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days)
<i>mesalamine CPDR 400mg</i>	\$0(1)	QL (180 caps / 30 days)
<i>mesalamine ENEM 4gm; SUPP 1000mg</i>	\$0(1)	
<i>mesalamine TBEC 1.2gm</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>mesalamine w/ cleanser KIT 4gm</i>	\$0(1)	
<i>sulfasalazine TABS 500mg; TBEC 500mg</i>	\$0(1)	
LAXATIVES		
<i>bisacodyl SUPP 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>bisacodyl ec TBEC 5mg</i>	\$0(3)	NM; *
COLACE CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>constulose SOLN 10gm/15ml</i>	\$0(1)	
<i>docusate calcium CAPS 240mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>docusate sodium CAPS 100mg, 250mg; LIQD 50mg/5ml, 100mg/10ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>enema ready-to-use</i>	\$0(3)	NM; *
<i>enulose SOLN 10gm/15ml</i>	\$0(1)	
FLEET ENE	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FLEET ENE PED	\$0(3)	NM; *
<i>gavilyte-c</i>	\$0(1)	
<i>gavilyte-g</i>	\$0(1)	
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>gentle laxative</i> SUPP 10mg; TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp clearlax</i> PACK 17gm	\$0(3)	NM; *
<i>gnp fiber powder</i> POWD 43%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp gentle laxative</i> SUPP 10mg; TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp stool softener</i> CAPS 100mg, 240mg, 250mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp womens gentle laxativ</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>healthylax</i> PACK 17gm	\$0(3)	NM; *
<i>hm enema saline laxative</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm gentle laxative</i> SUPP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm laxative</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm stool softener</i> CAPS 100mg, 250mg	\$0(3)	NM; *
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln</i> 236 gm	\$0(1)	
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln</i> 420 gm	\$0(1)	
PLENVU SOL	\$0(2)	
<i>polyethylene glycol 3350</i> PACK 17gm	\$0(3)	NM; *
<i>qc enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc gentle laxative</i> SUPP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc stool softener</i> CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm gentle laxative</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm stool softener</i> CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol</i> 17.5-3.13-1.6 gm/177ml	\$0(1)	
<i>*sodium phosphates - enema***</i>	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>stool softener</i> CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
MISCELLANEOUS		
<i>acid reducer complete</i>	\$0(3)	NM; *
<i>alose tron hcl</i> TABS .5mg, 1mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> CONC 100mg/5ml	\$0(1)	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq</i> 2.5-0.025 mg/5ml	\$0(2)	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab</i> 2.5-0.025 mg	\$0(2)	
GATTEX KIT 5mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>hm dual action complete</i>	\$0(3)	NM; *
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg	\$0(2)	QL (30 caps / 30 days)
<i>loperamide hcl</i> CAPS 2mg	\$0(1)	
<i>misoprostol</i> TABS 100mcg, 200mcg	\$0(1)	
MOVANTI K TABS 12.5mg, 25mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml	\$0(2)	NDS, QL (28 syringes / 28 days), PA
<i>sucralfate</i> TABS 1gm	\$0(1)	
<i>ursodiol</i> CAPS 300mg; TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
XERMELO TABS 250mg	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XIFAXAN TABS 550mg	\$0(2)	NDS, PA
PANCREATIC ENZYMES		
CREON CAP 3000UNIT	\$0(2)	
CREON CAP 6000UNIT	\$0(2)	
CREON CAP 12000UNT	\$0(2)	
CREON CAP 24000UNT	\$0(2)	
CREON CAP 36000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 3000UNIT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 5000UNIT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 10000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 15000UNT	\$0(2)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZENPEP CAP 20000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 25000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 40000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 60000UNT	\$0(2)	
PROTON PUMP INHIBITORS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg, 40mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>gnp omeprazole</i> TBEC 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm omeprazole</i> TBEC 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg, 30mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	
<i>omeprazole</i> TBEC 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>omeprazole magnesium</i> CPDR 20.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>pantoprazole sodium</i> SOLR 40mg; TBEC 20mg, 40mg	\$0(1)	
<i>qc lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>rabeprazole sodium</i> TBEC 20mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>sm lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm omeprazole</i> TBEC 20mg	\$0(3)	NM; *
GENITOURINARY - DRUGS TO TREAT GENITAL AND URINARY TRACT CONDITIONS		
BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA - DRUGS TO TREAT ENLARGED PROSTATE		
<i>alfuzosin hcl</i> TB24 10mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>dutasteride</i> CAPS .5mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap</i> 0.5-0.4 mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>finasteride</i> TABS 5mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tamsulosin hcl</i> CAPS .4mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
MISCELLANEOUS		
<i>acetic acid</i> SOLN .25%	\$0(1)	
<i>bethanechol chloride</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	\$0(1)	
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	\$0(1)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
URINARY ANTISPASMODICS - DRUGS TO TREAT URINARY INCONTINENCE		
GEMTESA TABS 75mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
MYRBETRIQ SRER 8mg/ml	\$0(2)	QL (300 mL / 28 days)
MYRBETRIQ TB24 25mg, 50mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(1)	QL (600 mL / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TABS 5mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 5mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 10mg, 15mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>solifenacin succinate</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tolterodine tartrate</i> CP24 2mg, 4mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>tolterodine tartrate</i> TABS 1mg, 2mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>tropium chloride</i> TABS 20mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
VAGINAL ANTI-INFECTIVES		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i> CREA 2%	\$0(1)	
<i>clotrimazole vaginal</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
3 day vaginal CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp clotrimazole 3</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp miconazole 1 combinat</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp miconazole 3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp miconazole 7</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>metronidazole vaginal</i> GEL .75%	\$0(1)	
<i>miconazole 3 combination</i>	\$0(3)	NM; *
<i>miconazole 3 combo pack</i>	\$0(3)	NM; *
<i>miconazole 7</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>miconazole nitrate vaginal</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>qc clotrimazole</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>qc miconazole 7</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>sm 3-day vaginal</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>sm clotrimazole vaginal</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm miconazole 3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm miconazole 7</i> CREA 2%; SUPP 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm tioconazole-1</i> OINT 6.5%	\$0(3)	NM; *
<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	\$0(1)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tioconazole 1 OINT 6.5%</i>	\$0(3)	NM; *
HEMATOLOGIC - DRUGS TO TREAT BLOOD DISORDERS		
ANTICOAGULANTS - BLOOD THINNERS		
ELIQUIS TABS 2.5mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
ELIQUIS TABS 5mg	\$0(2)	QL (74 tabs / 30 days)
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5mg	\$0(2)	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	\$0(1)	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 2.5mg/0.5ml	\$0(1)	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	\$0(2)	NDS
HEP SOD/D5W INJ 20000UNT	\$0(2)	
HEP SOD/D5W INJ 25000UNT	\$0(2)	
HEP SOD/NAACL INJ 12500UNT	\$0(2)	
HEP SOD/NAACL INJ 25000UNT	\$0(2)	
<i>heparin sodium (porcine)</i> SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	\$0(1)	B/D
HEPARIN/NAACL INJ 25000UNT	\$0(2)	
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>warfarin sodium</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	\$0(1)	
XARELTO SUSR 1mg/ml	\$0(2)	QL (620 mL / 30 days)
XARELTO TABS 2.5mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
XARELTO STAR TAB 15/20MG	\$0(2)	QL (51 tabs / 30 days)
HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS		
PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	\$0(2)	NM, PA
PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	\$0(2)	NDS, NM, PA

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
ZIENTENZO SOSY 6mg/0.6ml	\$0(2)	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
MISCELLANEOUS		
<i>anagrelide hcl</i> CAPS .5mg, 1mg	\$0(1)	
BERINERT KIT 500unit	\$0(2)	NDS, QL (24 boxes / 30 days), NM, LA, PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	\$0(1)	
DOPTELET TABS 20mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	\$0(2)	
ENDARI PACK 5gm	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
HAEGARDA SOLR 2000unit	\$0(2)	NDS, QL (30 vials / 30 days), NM, LA, PA
HAEGARDA SOLR 3000unit	\$0(2)	NDS, QL (20 vials / 30 days), NM, LA, PA
<i>icatibant acetate</i> SOSY 30mg/3ml	\$0(2)	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	\$0(1)	
PROMACTA PACK 12.5mg	\$0(2)	NDS, QL (360 packets / 30 days), NM, LA, PA
PROMACTA PACK 25mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
PROMACTA TABS 12.5mg, 25mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
PROMACTA TABS 50mg, 75mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>sajazir</i> SOSY 30mg/3ml	\$0(2)	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, LA, PA
<i>tranexamic acid</i> SOLN 1000mg/10ml; TABS 650mg	\$0(1)	
PLATELET AGGREGATION INHIBITORS		
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	\$0(1)	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	\$0(2)	
<i>clopidogrel bisulfate</i> TABS 75mg	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dipyridamole</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>prasugrel hcl</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
IMMUNOLOGIC AGENTS - DRUGS TO TREAT DISORDERS OF THE IMMUNE SYSTEM		
AUTOIMMUNE AGENTS		
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (56 pens / 365 days), NM, PA
DUPIXENT SOPN 200mg/1.14ml, 300mg/2ml; SOSY 100mg/0.67ml, 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml	\$0(2)	NDS, QL (16 vials / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml	\$0(2)	NDS, QL (16 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 50mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (8 cartridges / 28 days), NM, PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (8 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml, 20mg/0.2ml	\$0(2)	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (6 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	\$0(2)	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D PSKT 80mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (3 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN PNKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (6 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN PNKT 80mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV	\$0(2)	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START PNKT 80mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S PNKT 80mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER PNKT 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
IDACIO (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (56 pens / 365 days), NM, PA
IDACIO (2 SYRINGE) PSKT 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (56 syringes / 365 days), NM, PA
IDACIO CROHN INJ DISEASE AJKT 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS AJKT 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
KEVZARA SOAJ 150mg/1.14ml, 200mg/1.14ml	\$0(2)	NDS, QL (2 pens / 28 days), NM, PA
KEVZARA SOSY 150mg/1.14ml, 200mg/1.14ml	\$0(2)	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
OTEZLA TABS 30mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
OTEZLA TAB 10/20/30	\$0(2)	NDS, QL (110 tabs / year), NM, PA
REMICADE SOLR 100mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
RINVOQ TB24 15mg, 30mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
RINVOQ TB24 45mg	\$0(2)	NDS, QL (168 tabs / year), NM, PA
SKYRIZI SOCT 180mg/1.2ml, 360mg/2.4ml	\$0(2)	NDS, QL (1 cartridge / 56 days), NM, PA
SKYRIZI SOLN 600mg/10ml	\$0(2)	NDS, QL (6 vials / year), NM, PA
SKYRIZI SOSY 150mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (6 syringes / 365 days), NM, PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (6 pens / 365 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado
NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
STELARA SOLN 45mg/0.5ml	\$0(2)	NDS, QL (1 vial / 28 days), NM, LA, PA
STELARA SOLN 130mg/26ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
TALTZ SOAJ 80mg/ml; SOSY 80mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (3 syringes / 28 days), NM, LA, PA
XELJANZ SOLN 1mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (480 mL / 24 days), NM, PA
XELJANZ TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS) - DRUGS TO TREAT RHEUMATOID ARTHRITIS		
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> TABS 200mg	\$0(1)	
<i>leflunomide</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>methotrexate sodium</i> TABS 2.5mg	\$0(1)	
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	\$0(2)	B/D
IMMUNOGLOBULINS		
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml, 10%	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 5gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/400ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMASTAN INJ	\$0(2)	B/D, NM, LA
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
IMMUNOMODULATORS		
ACTIMMUNE SOLN 2000000unit/0.5ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ARCALYST SOLR 220mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
IMMUNOSUPPRESSANTS		
ASTAGRAF XL CP24 5mg	\$0(2)	NDS, B/D, NM
ASTAGRAF XL CP24 .5mg, 1mg	\$0(2)	B/D, NM
<i>azathioprine</i> TABS 50mg	\$0(1)	B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; SOSY 200mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, LA, PA
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>cyclosporine</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 50mg/ml	\$0(1)	B/D, NM
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	\$0(1)	B/D, NM
<i>everolimus (immunosuppressant)</i> TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>gengraf</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	\$0(1)	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> CAPS 250mg; TABS 500mg	\$0(1)	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> SUSR 200mg/ml	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>mycophenolate sodium</i> TBEC 180mg, 360mg	\$0(1)	B/D, NM

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NULOJIX SOLR 250mg	\$0(2)	NDS, B/D, NM
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	\$0(2)	B/D, NM
REZUROCK TABS 200mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
SANDIMMUNE SOLN 100mg/ml	\$0(2)	B/D, NM
<i>sirolimus</i> SOLN 1mg/ml	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>sirolimus</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	\$0(1)	B/D, NM
<i>tacrolimus</i> CAPS .5mg, 1mg, 5mg	\$0(1)	B/D, NM
VACCINES		
ABRYSVO SOLR 120mcg/0.5ml	\$0(1)	
ACTHIB INJ	\$0(1)	
ADACEL INJ	\$0(1)	
AREXVY SUSR 120mcg/0.5ml	\$0(1)	
BCG VACCINE SOLR 50mg	\$0(1)	
BEXSERO INJ	\$0(1)	
BOOSTRIX INJ	\$0(1)	
DAPTACEL INJ	\$0(1)	
DENG VAXIA SUS	\$0(1)	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	\$0(1)	B/D
ENGERIX-B SUSP 20mcg/ml; SUSY 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	\$0(1)	B/D
GARDASIL 9 INJ	\$0(1)	
HAVRIX SUSP 720elu/0.5ml, 1440elu/ml	\$0(1)	
HEPLISAV-B SOSY 20mcg/0.5ml	\$0(1)	B/D
HIBERIX SOLR 10mcg	\$0(1)	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR 2.5unit/ml	\$0(1)	B/D
INFANRIX INJ	\$0(1)	
IPOL INJ INACTIVE	\$0(1)	
IXCHIQ INJ	\$0(1)	
IXIARO INJ	\$0(1)	
JYNNEOS SUSP .5ml	\$0(1)	B/D
KINRIX INJ	\$0(1)	
M-M-R II INJ	\$0(1)	
MENACTRA INJ	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MENQUADFI INJ	\$0(1)	
MENVEO INJ	\$0(1)	
MENVEO SOL	\$0(1)	
PEDIARIX INJ 0.5ML	\$0(1)	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	\$0(1)	
PENBRAYA INJ	\$0(1)	
PENTACEL INJ	\$0(1)	
PREHEVBRIO SUSP 10mcg/ml	\$0(1)	B/D
PRIORIX INJ	\$0(1)	
PROQUAD INJ	\$0(1)	
QUADRACEL INJ	\$0(1)	
QUADRACEL INJ 0.5ML	\$0(1)	
RABAVERT INJ	\$0(1)	B/D
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml; SUSY 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml	\$0(1)	B/D
ROTARIX SUS	\$0(1)	
ROTATEQ SOL	\$0(1)	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml	\$0(1)	QL (2 vials per lifetime)
TDVAX INJ 2-2 LF	\$0(1)	B/D
TENIVAC INJ 5-2LF	\$0(1)	B/D
TICOVAC SUSY 1.2mcg/0.25ml, 2.4mcg/0.5ml	\$0(1)	
TRUMENBA INJ	\$0(1)	
TWINRIX INJ	\$0(1)	
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml; SOSY 25mcg/0.5ml	\$0(1)	
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml	\$0(1)	
VARIVAX INJ 1350pfu/0.5ml	\$0(1)	
YF-VAX INJ	\$0(1)	
NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS - VITAMINS AND SUPPLEMENTS		
ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE		
D2.5W/NACL INJ 0.45%	\$0(2)	
D5W/LYTES INJ #48	\$0(2)	
D10W/NACL INJ 0.2%	\$0(2)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i>	\$0(1)	
ISOLYTE-P INJ /D5W	\$0(2)	
ISOLYTE-S INJ	\$0(2)	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	\$0(2)	
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	\$0(1)	
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	\$0(2)	
<i>lactated ringer's solution</i>	\$0(1)	
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	\$0(2)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado
NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>magnesium sulfate</i> SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%	\$0(2)	
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln</i> 1 gm/100ml	\$0(2)	
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	\$0(2)	
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	\$0(1)	
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	\$0(1)	
PLASMA-LYTE INJ -148	\$0(2)	
PLASMA-LYTE INJ -A	\$0(2)	
POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ	\$0(2)	
POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.45% INJ	\$0(2)	
POT CHL 40MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ	\$0(2)	
<i>potassium chloride</i> SOLN 2meq/ml, 10meq/100ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml	\$0(1)	
POTASSIUM CHLORIDE SOLN 10meq/50ml	\$0(2)	
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	\$0(1)	
<i>sodium chloride</i> SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%	\$0(1)	
TPN ELECTROL INJ	\$0(2)	B/D
ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL		
<i>klor-con</i> PACK 20meq	\$0(1)	
<i>klor-con 8</i> TBCR 8meq	\$0(1)	
<i>klor-con 10</i> TBCR 10meq	\$0(1)	
<i>klor-con m10</i> TBCR 10meq	\$0(1)	
<i>klor-con m15</i> TBCR 15meq	\$0(1)	
<i>klor-con m20</i> TBCR 20meq	\$0(1)	
M-NATAL PLUS TAB	\$0(2)	
<i>potassium chloride</i> CPCR 8meq, 10meq; PACK 20meq; SOLN 10%, 20%; TBCR 8meq, 10meq, 20meq	\$0(1)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i> TBCR 10meq, 15meq, 20meq	\$0(1)	
PRENATAL TAB 27-1MG	\$0(2)	
PRENATAL TAB PLUS	\$0(2)	
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	\$0(1)	
IV NUTRITION		
<i>chromic chloride</i> SOLN 40mcg/10ml	\$0(3)	NM; *
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	\$0(2)	B/D
<i>clinisol sf</i> 15%	\$0(1)	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	\$0(2)	B/D
COPPER SOLN .4mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>dextrose</i> SOLN 5%, 10%	\$0(1)	
<i>dextrose</i> SOLN 50%, 70%	\$0(1)	B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	\$0(2)	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	\$0(2)	B/D
<i>plenamine</i>	\$0(1)	B/D
PREMASOL SOL 10%	\$0(2)	NDS, B/D
PROSOL INJ 20%	\$0(2)	B/D
TRAVASOL INJ 10%	\$0(2)	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	\$0(2)	B/D
MINERALS		
K-PHOS TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>manganese chloride</i> SOLN .1mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>phospho-trin k500</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
MISCELLANEOUS		
ENLYTE CAP	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VITAMINS		
BACMIN TAB	\$0(3)	NM; *
BP VIT 3 CAP	\$0(3)	NM; *
<i>corvita</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cyanocobalamin</i> SOLN 1000mcg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>dialyvite</i>	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE TAB 3000	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE TAB 5000	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE TAB SUPREM D	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE/ TAB ZINC	\$0(3)	NM; *
DRISDOL CAPS 50000unit	\$0(3)	NM; *
<i>ergocalciferol</i> CAPS 1.25mg, 50000unit	\$0(3)	NM; *
FLORIVA CHW 0.5MG	\$0(3)	NM; *
FLORIVA CHW 0.25MG	\$0(3)	NM; *
FLORIVA CHW 1MG	\$0(3)	NM; *
<i>folic acid</i> SOLN 5mg/ml; TABS 1mg	\$0(3)	NM; *
FOLTRATE TAB	\$0(3)	NM; *
<i>hydroxocobalamin acetate</i> SOLN 1000mcg/ml	\$0(3)	NM; *
INFUVITE INJ	\$0(3)	NM; *
INFUVITE INJ ADULT	\$0(3)	NM; *
INFUVITE INJ PEDIATRI	\$0(3)	NM; *
<i>multi-vit/iron/fluoride</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi-vitamin/fluoride dr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi-vitamin/fluoride/ir</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin with fluorid</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin/fluoride</i>	\$0(3)	NM; *
NASCOBAL SOLN 500mcg/0.1ml	\$0(3)	NM; *
NEPHPLEX RX TAB	\$0(3)	NM; *
NIVA-FOL TAB	\$0(3)	NM; *
<i>*pediatric vitamins acd w/ fluoride soln 0.5 mg/ml***</i>	\$0(3)	NM; *
<i>phytonadione</i> SOLN 1mg/0.5ml, 10mg/ml; TABS 5mg	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado
NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
POLY-VI-FLOR CHW 0.5MG	\$0(3)	NM; *
POLY-VI-FLOR CHW 0.25MG	\$0(3)	NM; *
POLY-VI-FLOR CHW 1MG	\$0(3)	NM; *
POLY-VI-FLOR CHW W/IRON	\$0(3)	NM; *
POLY-VI-FLOR SUS 0.25/ML	\$0(3)	NM; *
POLY-VI-FLOR SUS /IRON	\$0(3)	NM; *
<i>pyridoxine hcl</i> SOLN 100mg/ml	\$0(3)	NM; *
QUFLORA FE CHW	\$0(3)	NM; *
QUFLORA FE DRO 0.25-9.5	\$0(3)	NM; *
QUFLORA PED CHW 0.5MG	\$0(3)	NM; *
QUFLORA PED CHW 0.25MG	\$0(3)	NM; *
QUFLORA PED CHW 1MG	\$0(3)	NM; *
QUFLORA PED DRO 0.5MG/ML	\$0(3)	NM; *
QUFLORA PED DRO 0.25MG	\$0(3)	NM; *
<i>renal caps</i>	\$0(3)	NM; *
STROVITE ONE TAB	\$0(3)	NM; *
<i>thiamine hcl</i> SOLN 100mg/ml	\$0(3)	NM; *
TRI-VI-FLOR SUS 0.5MG/ML	\$0(3)	NM; *
TRI-VI-FLOR SUS 0.25/ML	\$0(3)	NM; *
<i>tri-vite/fluoride</i>	\$0(3)	NM; *
<i>triphrocaps</i>	\$0(3)	NM; *
<i>virt-caps</i>	\$0(3)	NM; *
<i>virt-gard</i>	\$0(3)	NM; *
VITAL-D RX TAB	\$0(3)	NM; *
<i>vitamins a/c/d/fluoride</i>	\$0(3)	NM; *
<i>wescaps</i>	\$0(3)	NM; *
OPHTHALMIC - DRUGS TO TREAT EYE CONDITIONS		
ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY - DRUGS TO TREAT INFECTIONS AND INFLAMMATION		
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	\$0(1)	
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	\$0(1)	
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	\$0(1)	
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	\$0(2)	
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	\$0(2)	
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	\$0(1)	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	\$0(2)	
ANTI-INFECTIVES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>bacitracin (ophthalmic) OINT 500unit/gm</i>	\$0(1)	
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	\$0(1)	
BESIVANCE SUSP .6%	\$0(2)	
CILOXAN OINT .3%	\$0(2)	
<i>ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%</i>	\$0(1)	
<i>erythromycin (ophth) OINT 5mg/gm</i>	\$0(1)	
<i>gatifloxacin (ophth) SOLN .5%</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%</i>	\$0(1)	
<i>moxifloxacin hcl (ophth) SOLN .5%</i>	\$0(1)	
NATACYN SUSP 5%	\$0(2)	
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>ofloxacin (ophth) SOLN .3%</i>	\$0(1)	
<i>polycin ophth oint</i>	\$0(1)	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	\$0(1)	
<i>sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%</i>	\$0(1)	
<i>tobramycin (ophth) SOLN .3%</i>	\$0(1)	
<i>trifluridine SOLN 1%</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZIRGAN GEL .15%	\$0(2)	
ANTI-INFLAMMATORIES - DRUGS TO TREAT INFLAMMATION		
ALREX SUSP .2%	\$0(2)	
<i>bromfenac sodium (ophth)</i> SOLN .07%, .075%	\$0(1)	
BROMSITE SOLN .075%	\$0(2)	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i> SOLN .1%	\$0(1)	
<i>diclofenac sodium (ophth)</i> SOLN .1%	\$0(1)	
EYSUVIS SUSP .25%	\$0(2)	
FLAREX SUSP .1%	\$0(2)	
<i>fluorometholone (ophth)</i> SUSP .1%	\$0(1)	
<i>flurbiprofen sodium</i> SOLN .03%	\$0(1)	
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> SOLN .4%, .5%	\$0(1)	
LOTEMAX OINT .5%	\$0(2)	
<i>loteprednol etabonate</i> SUSP .2%	\$0(1)	
<i>prednisolone acetate (ophth)</i> SUSP 1%	\$0(1)	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	\$0(2)	
PROLENSA SOLN .07%	\$0(2)	
ANTIALLERGICS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
<i>alaway</i> SOLN .035%	\$0(3)	NM; *
<i>alaway childrens allergy</i> SOLN .035%	\$0(3)	NM; *
<i>azelastine hcl (ophth)</i> SOLN .05%	\$0(1)	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> SOLN 4%	\$0(1)	
<i>eye itch relief</i> SOLN .035%	\$0(3)	NM; *
<i>ketotifen fumarate (ophth)</i> SOLN .035%	\$0(3)	NM; *
ZADITOR SOLN .035%	\$0(3)	NM; *
ZERVIAE SOLN .24%	\$0(2)	
ANTIGLAUCOMA - DRUGS TO TREAT GLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl (ophth)</i> SOLN .5%	\$0(1)	
BETOPTIC-S SUSP .25%	\$0(2)	
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .15%, .2%	\$0(1)	
<i>brinzolamide</i> SUSP 1%	\$0(1)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>carteolol hcl (ophth) SOLN 1%</i>	\$0(1)	
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	\$0(2)	
<i>dorzolamide hcl SOLN 2%</i>	\$0(1)	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 2-0.5%</i>	\$0(1)	
<i>latanoprost SOLN .005%</i>	\$0(1)	
<i>levobunolol hcl SOLN .5%</i>	\$0(1)	
LUMIGAN SOLN .01%	\$0(2)	
<i>pilocarpine hcl SOLN 1%, 2%, 4%</i>	\$0(1)	
RHOPRESSA SOLN .02%	\$0(2)	
ROCKLATAN DRO	\$0(2)	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	\$0(2)	
<i>timolol maleate (ophth) SOLG .25%, .5%; SOLN .25%, .5%</i>	\$0(1)	
VYZULTA SOLN .024%	\$0(2)	
MISCELLANEOUS		
<i>artificial tears</i>	\$0(3)	NM; *
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	\$0(2)	
<i>atropine sulfate (ophthalmic) SOLN 1%</i>	\$0(1)	
<i>carboxymethylcellulose sodium (ophth) GEL 1%; SOLN .5%</i>	\$0(3)	NM; *
CYSTADROPS SOLN .37%	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
CYSTARAN SOLN .44%	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
GENTEAL SEVERE TEARS GEL .3%	\$0(3)	NM; *
<i>genteal tears night-time</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp artificial tears</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp lubricating plus eye SOLN .5%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense lubricating plu SOLN .5%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lubricant eye drops SOLN .5%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lubricant eye nighttime</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lubricating plus eye drop SOLN .5%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lubrifresh p.m.</i>	\$0(3)	NM; *
MIEBO SOLN 1.338gm/ml	\$0(2)	
<i>proparacaine hcl SOLN .5%</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>refresh celluvisc</i> GEL 1%	\$0(3)	NM; *
<i>refresh lacri-lube</i>	\$0(3)	NM; *
REFRESH LIQUIGEL GEL 1%	\$0(3)	NM; *
REFRESH PLUS SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
REFRESH TEARS SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
RESTASIS EMUL .05%	\$0(2)	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	\$0(2)	
<i>sm lubricating plus</i> SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
<i>systane nighttime</i>	\$0(3)	NM; *
TYRVAYA SOLN .03mg/act	\$0(2)	
XIIDRA SOLN 5%	\$0(2)	
OTIC - DRUGS TO TREAT CONDITIONS OF THE EAR		
OTIC AGENTS		
<i>acetic acid (otic)</i> SOLN 2%	\$0(1)	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp</i> 0.3-0.1%	\$0(1)	
<i>flac</i> OIL .01%	\$0(1)	
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i> OIL .01%	\$0(1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln</i> 1%	\$0(1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp</i> 3.5 mg/ ml-10000 unit/ml-1%	\$0(1)	
<i>ofloxacin (otic)</i> SOLN .3%	\$0(1)	
RESPIRATORY - DRUGS TO TREAT BREATHING DISORDERS		
ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT COPD		
ANORO ELLIPT AER 62.5-25	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
BEVESPI AER 9-4.8MCG	\$0(2)	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE	\$0(2)	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	\$0(2)	QL (4 inhalers / 28 days)
COMBIVENT AER 20-100	\$0(2)	QL (2 inhalers / 30 days)
<i>ipratropium-albuterol nebu soln</i> 0.5-2.5(3) mg/3ml	\$0(1)	B/D
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTICHOLINERGICS - DRUGS TO TREAT COPD		
ATROVENT HFA AERS 17mcg/act	\$0(2)	QL (2 inhalers / 30 days)
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh	\$0(2)	QL (30 blisters / 30 days)
<i>ipratropium bromide</i> SOLN .02%	\$0(1)	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal)</i> SOLN .03%, .06%	\$0(1)	
ANTIHISTAMINES - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
AHIST TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
ALA-HIST IR TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>all day allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>all day allergy childrens</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>aller-chlor</i> TABS 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>allergy</i> TABS 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>allergy childrens</i> LIQD 12.5mg/5ml; SOLN 5mg/5ml; SUSP 30mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief</i> CAPS 25mg; TABS 4mg, 5mg, 10mg, 25mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief 24hr</i> TABS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief childrens</i> LIQD 12.5mg/5ml; SOLN 1mg/ml, 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief/indoor/out</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>azelastine hcl</i> SOLN .1%	\$0(1)	
<i>banophen</i> CAPS 25mg, 50mg; TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hcl</i> CHEW 5mg, 10mg; TABS 5mg, 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hcl</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(1)	QL (300 mL / 30 days)
<i>cetirizine hcl allergy ch</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hcl childrens</i> SOLN 1mg/ml, 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hydrochloride</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>childrens loratadine</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>complete allergy medicine</i> CAPS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>cyproheptadine hcl</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado
NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diphenhydramine hcl</i> CAPS 25mg, 50mg; LIQD 12.5mg/5ml, 25mg/10ml; TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>diphenhydramine hcl</i> SOLN 50mg/ml	\$0(1)	
<i>ed chlorped jr</i> SYRP 2mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>fexofenadine hcl</i> TABS 60mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp all day allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp all day allergy child</i> SOLN 1mg/ml, 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy</i> TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy relief</i> CAPS 25mg; TABS 4mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy relief maximu</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp childrens allergy</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp loratadine</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 10mg; TBDP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp loratadine childrens</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense all day allergy</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense aller-ease</i> TABS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense allergy relief</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
HISTEX SYRP 2.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
HISTEX PD LIQD .938mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm all day allergy childr</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm allergy relief</i> CAPS 25mg; TABS 4mg, 10mg, 60mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm cetirizine hydrochlori</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm loratadine</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>12hr allergy relief</i> TABS 60mg	\$0(3)	NM; *
<i>24hr allergy relief</i> TABS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>hydroxyzine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml; SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>hydroxyzine pamoate</i> CAPS 25mg, 50mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> SOLN 2.5mg/5ml	\$0(1)	QL (300 mL / 30 days)
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> TABS 5mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>loratadine</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>loratadine childrens</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>m-dryl</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
PEDIACLEAR PD CHILDRENS LIQD .625mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc allergy childrens</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm all day allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm all day allergy childr</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy 4 hour</i> TABS 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy childrens</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy relief</i> TABS 25mg, 60mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy relief childre</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm fexofenadine hydrochlo</i> TABS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm loratadine</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>triprolidine hcl</i> LIQD .938mg/ml	\$0(3)	NM; *
BETA AGONISTS - DRUGS TO TREAT ASTHMA AND COPD		
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proair HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proventil HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Ventolin HFA)
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .083%, .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	\$0(1)	B/D
<i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 2mg, 4mg	\$0(1)	
<i>levalbuterol hcl</i> NEBU .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	\$0(1)	B/D
<i>levalbuterol tartrate</i> AERO 45mcg/act	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days), ST
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose	\$0(2)	QL (60 inhalations / 30 days)
<i>terbutaline sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act	\$0(2)	QL (2 inhalers / 30 days)
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act	\$0(2)	QL (6 inhalers / 30 days)
LEUKOTRIENE MODULATORS		
<i>montelukast sodium</i> CHEW 4mg, 5mg; PACK 4mg; TABS 10mg	\$0(1)	
<i>zafirlukast</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	
MISCELLANEOUS		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	\$0(1)	B/D
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
BRONCHITOL CAPS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (560 caps / 28 days), NM, LA, PA
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	\$0(1)	B/D
<i>cromolyn sodium (nasal)</i> AERS 5.2mg/act	\$0(3)	NM; *
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	\$0(1)	(generic of EpiPen)
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml	\$0(1)	(generic of AdrenaClick)
FASENRA SOSY 30mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
KALYDECO PACK 5.8mg, 13.4mg, 25mg, 50mg, 75mg	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
KALYDECO TABS 150mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
OFEV CAPS 100mg, 150mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
ORKAMBI GRA 75-94MG	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI GRA 100-125	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI GRA 150-188	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI TAB 100-125	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI TAB 200-125	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pirfenidone</i> CAPS 267mg	\$0(2)	NDS, QL (270 caps / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 267mg	\$0(2)	NDS, QL (270 tabs / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 534mg, 801mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml; SOLR 1000mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>roflumilast</i> TABS 250mcg	\$0(1)	QL (56 tabs / year)
<i>roflumilast</i> TABS 500mcg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
SYMDEKO TAB 50-75MG	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
SYMDEKO TAB 100-150	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
<i>theophylline</i> ELIX 80mg/15ml; SOLN 80mg/15ml; TB12 100mg, 200mg, 300mg, 450mg; TB24 400mg, 600mg	\$0(1)	
TRIKAFTA PAK 59.5MG	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
TRIKAFTA PAK 75MG	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XOLAIR SOAJ 75mg/0.5ml, 150mg/ml, 300mg/2ml; SOLR 150mg; SOSY 75mg/0.5ml, 150mg/ml, 300mg/2ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg, 4000mg, 5000mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
NASAL STEROIDS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
<i>allergy relief</i> SUSP 50mcg/act	\$0(3)	NM; *
<i>budesonide (nasal)</i> SUSP 32mcg/act	\$0(3)	NM; *
<i>flunisolide (nasal)</i> SOLN .025%	\$0(1)	QL (3 bottles / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluticasone propionate (nasal) SUSP 50mcg/act</i>	\$0(1)	QL (1 bottle / 30 days)
<i>fluticasone propionate (nasal) SUSP 50mcg/act</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp budesonide nasal spra SUSP 32mcg/act</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm allergy relief nasal s SUSP 50mcg/act</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc allergy relief SUSP 50mcg/act</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy relief nasal s SUSP 50mcg/act</i>	\$0(3)	NM; *
XHANCE EXHU 93mcg/act	\$0(2)	QL (32 mL / 30 days), PA
STEROID INHALANTS - DRUGS TO TREAT ASTHMA		
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act	\$0(2)	QL (30 inhalations / 30 days)
<i>budesonide (inhalation) SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml</i>	\$0(1)	B/D
STEROID/BETA-AGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT ASTHMA AND COPD		
ADVAIR HFA AER 45/21	\$0(2)	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 115/21	\$0(2)	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 230/21	\$0(2)	QL (1 inhaler / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 100-25	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 200-25	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
DULERA AER 50-5MCG	\$0(2)	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 100-5MCG	\$0(2)	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 200-5MCG	\$0(2)	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act</i>	\$0(1)	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act</i>	\$0(1)	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act</i>	\$0(1)	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>wixela inhub</i>	\$0(1)	QL (60 inhalations / 30 days)

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TOPICAL - DRUGS TO TREAT EAR AND SKIN CONDITIONS		
DERMATOLOGY, ACNE		
<i>accutane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(1)	PA
<i>acne medication 2.5</i> GEL 2.5%	\$0(3)	NM; *
<i>acne medication 5</i> GEL 5%	\$0(3)	NM; *
<i>acne medication 10</i> GEL 10%	\$0(3)	NM; *
ACNE MEDICATION 10 LOTN 10%	\$0(3)	NM; *
<i>adapalene</i> GEL .1%	\$0(3)	NM; *
<i>amnesteem</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	PA
<i>benzoyl peroxide</i> GEL 2.5%, 5%, 10%	\$0(3)	NM; *
<i>benzoyl peroxide wash</i> LIQD 5%	\$0(3)	NM; *
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel</i> 5-3%	\$0(1)	QL (46.6 gm / 30 days)
<i>claravis</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(1)	PA
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> GEL 1%	\$0(1)	QL (75 gm / 30 days)
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> LOTN 1%; SOLN 1%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
DIFFERIN GEL .1%	\$0(3)	NM; *
<i>ery</i> PADS 2%	\$0(1)	QL (60 pledgets / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid)</i> GEL 2%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid)</i> SOLN 2%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>isotretinoin</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(1)	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> LOTN 10%	\$0(1)	QL (118 mL / 30 days)
<i>tretinoin</i> CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025%	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days), PA
<i>zenatane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(1)	PA
DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS		
<i>gentamicin sulfate (topical)</i> CREA .1%; OINT .1%	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
<i>gnp triple antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense first aid antib</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm triple antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mupirocin</i> OINT 2%	\$0(1)	QL (220 gm / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado
NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>silver sulfadiazine</i> CREA 1%	\$0(1)	
<i>sm triple antibiotic orig</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ssd</i> CREA 1%	\$0(1)	
SULFAMYLON CREA 85mg/gm	\$0(2)	QL (453.6 gm / 30 days)
<i>triple antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS		
<i>antifungal</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>athletes foot</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>ciclopirox olamine</i> CREA .77%	\$0(1)	QL (90 gm / 30 days)
<i>ciclopirox olamine</i> SUSP .77%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole (topical)</i> CREA 1%	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
<i>clotrimazole (topical)</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>clotrimazole (topical)</i> SOLN 1%	\$0(1)	QL (30 mL / 30 days)
<i>clotrimazole antifungal</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i> 1-0.05%	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
FUNGOID TINCTURE SOLN 2%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp athletes foot</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tolnaftate</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>ketconazole (topical)</i> CREA 2%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>klayesta</i> POWD 100000unit/gm	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>miconazole nitrate (topical)</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>micotrin ac</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>mycozyl ac</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>nyamyc</i> POWD 100000unit/gm	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> POWD 100000unit/gm	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystop</i> POWD 100000unit/gm	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>qc antifungal cream</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm antifungal clotrimazol</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm antifungal miconazole</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>sm antifungal tolnaftate</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>tolnaftate</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS		
<i>acitretin</i> CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg	\$0(1)	PA
<i>calcipotriene</i> CREA .005%; OINT .005%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>calcipotriene</i> SOLN .005%	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days), PA
<i>calcitrene</i> OINT .005%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>tazarotene</i> CREA .1%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days), PA
TAZORAC CREA .05%	\$0(2)	QL (60 gm / 30 days), PA
DERMATOLOGY, ANTISEBORRHEICS		
<i>ketconazole (topical)</i> SHAM 2%	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days)
<i>selenium sulfide</i> LOTN 2.5%	\$0(1)	
DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS		
<i>ala-cort</i> CREA 1%, 2.5%	\$0(1)	
<i>alclometasone dipropionate</i> CREA .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>anti-itch maximum strengt</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> CREA .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> LOTN .05%	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> LOTN .05%	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone valerate</i> CREA .1%; OINT .1%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone valerate</i> LOTN .1%	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> SOLN .05%	\$0(1)	QL (50 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate e</i> CREA .05%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
ENSTILAR AER	\$0(2)	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .01%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .025%; OINT .025%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> OIL .01%	\$0(1)	QL (118.28 mL / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluocinolone acetonide</i> SOLN .01%	\$0(1)	QL (90 mL / 30 days)
<i>fluocinonide</i> CREA .05%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinonide</i> GEL .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinonide</i> SOLN .05%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>fluocinonide emulsified base</i> CREA .05%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluticasone propionate</i> CREA .05%; OINT .005%	\$0(1)	
<i>gnp hydrocortisone</i> CREA .5%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp hydrocortisone maximu</i> OINT 1%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp hydrocortisone plus</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp hydrocortisone/aloe</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>halobetasol propionate</i> CREA .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (50 gm / 30 days)
<i>hm hydrocortisone plus</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>hm hydrocortisone/aloe ma</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
HYDROCORTISONE CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 1%, 2.5%; LOTN 2.5%; OINT 2.5%	\$0(1)	
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA .5%, 1%; OINT 1%	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocortisone maximum st</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocortisone/aloe maxim</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>mometasone furoate</i> CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	\$0(1)	
<i>qc anti-itch/aloe</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm hydrocortisone</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm hydrocortisone maximum</i> OINT 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm hydrocortisone plus</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .025%, .1%, .5%	\$0(1)	QL (454 gm / 30 days)
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> LOTN .025%, .1%; OINT .025%, .1%, .5%	\$0(1)	
DERMATOLOGY, LOCAL ANESTHETICS		
<i>glydo</i> PRSY 2%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> OINT 5%	\$0(1)	QL (50 gm / 30 days), PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lidocaine</i> PTCH 5%	\$0(1)	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>lidocaine hcl</i> SOLN 4%	\$0(1)	QL (50 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine-prilocaine cream</i> 2.5-2.5%	\$0(1)	B/D, QL (30 gm / 30 days)
<i>lidocan</i> PTCH 5%	\$0(1)	QL (3 patches / 1 day), PA
DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE		
BETADINE SOLN 10%	\$0(3)	NM; *
<i>bexarotene (topical)</i> GEL 1%	\$0(2)	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA
<i>diclofenac sodium (topical)</i> GEL 1%	\$0(1)	QL (1000 gm / 30 days)
FIRST AID ANTISEPTIC OINT OINT 10%	\$0(3)	NM; *
<i>fluorouracil (topical)</i> CREA 5%	\$0(1)	QL (40 gm / 30 days)
<i>fluorouracil (topical)</i> SOLN 2%, 5%	\$0(1)	QL (10 mL / 30 days)
<i>hydrocortisone (rectal)</i> CREA 1%, 2.5%	\$0(1)	
<i>imiquimod</i> CREA 5%	\$0(1)	QL (24 packets / 30 days)
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> CREA 12%; LOTN 12%	\$0(1)	
<i>lidocaine</i> CREA 4%	\$0(3)	NM; *
<i>metronidazole (topical)</i> CREA .75%; GEL .75%	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
<i>metronidazole (topical)</i> LOTN .75%	\$0(1)	QL (59 mL / 30 days)
<i>nitroglycerin (intra-anal)</i> OINT .4%	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
PANRETIN GEL .1%	\$0(2)	NDS, QL (60 gm / 30 days), PA
<i>podofilox</i> SOLN .5%	\$0(1)	QL (7 mL / 28 days)
<i>povidone-iodine</i> SOLN 10%	\$0(3)	NM; *
<i>procto-med hc</i> CREA 2.5%	\$0(1)	
<i>proctosol hc</i> CREA 2.5%	\$0(1)	
<i>proctozone-hc</i> CREA 2.5%	\$0(1)	
<i>qc povidone iodine</i> SOLN 10%	\$0(3)	NM; *
RECTIV OINT .4%	\$0(2)	QL (30 gm / 30 days)
RENOVA CREA .02%	\$0(3)	NM; *
RENOVA PUMP CREA .02%	\$0(3)	NM; *
<i>sm povidone-iodine</i> SOLN 10%	\$0(3)	NM; *
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1%	\$0(1)	QL (100 gm / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VALCHLOR GEL .016%	\$0(2)	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, LA, PA
DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES		
<i>gnp lice treatment</i> LIQD 1%	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense lice killing cr</i> LIQD 1%	\$0(3)	NM; *
<i>lice killing maximum stre</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lice killing shampoo</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lice treatment creme rins</i> LIQD 1%	\$0(3)	NM; *
<i>malathion</i> LOTN .5%	\$0(1)	QL (59 mL / 30 days)
<i>permethrin</i> CREA 5%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>sm lice killing maximum s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm lice treatment</i> LIQD 1%	\$0(3)	NM; *
DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS		
REGRANEX GEL .01%	\$0(2)	NDS, QL (30 gm / 30 days), PA
SANTYL OINT 250unit/gm	\$0(2)	QL (180 gm / 30 days)
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> SOLN .9%	\$0(1)	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	\$0(1)	
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS		
<i>cevimeline hcl</i> CAPS 30mg	\$0(1)	
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i> SOLN .12%	\$0(1)	
<i>clotrimazole</i> TROC 10mg	\$0(1)	QL (150 lozenges / 30 days)
<i>kourzeq</i> PSTE .1%	\$0(1)	
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> SOLN 2%	\$0(1)	
<i>nystatin (mouth-throat)</i> SUSP 100000unit/ml	\$0(1)	
<i>periogard</i> SOLN .12%	\$0(1)	
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> TABS 5mg, 7.5mg	\$0(1)	
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i> PSTE .1%	\$0(1)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - Acceso limitado NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

B. Índice de medicamentos cubiertos

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
*		<i>acne medication 5</i>	110
*pediatric vitamins acid w/ fluoride soln		<i>acne medication 10</i>	110
0.5 mg/ml***	98	ACNE MEDICATION 10	110
*sodium phosphates - enema***	83	ACTHIB INJ.....	93
1		ACTIMMUNE	92
<i>12hr allergy relief</i>	105	<i>acyclovir</i>	15
2		<i>acyclovir sodium</i>	15
<i>24hr allergy relief</i>	105	ADACEL INJ.....	93
3		ADALIMUMAB-AACF (2 PEN)	89
<i>3 day vaginal</i>	86	<i>adapalene</i>	110
A		<i>adefovir dipivoxil</i>	15
<i>abacavir sulfate</i>	12	ADEMPAS	44
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-</i>		ADIPEX-P	66
300 mg	13	ADMELOG.....	64
ABELCET	11	ADMELOG SOLOSTAR	64
ABILIFY MAINTENA.....	48	<i>adult aspirin regimen</i>	1
<i>abiraterone acetate</i>	22	ADVAIR HFA AER 45/21	109
ABRYSVO	93	ADVAIR HFA AER 115/21.....	109
<i>acamprosate calcium</i>	60	ADVAIR HFA AER 230/21	109
<i>acarbose</i>	62	<i>afirmelle</i>	67
<i>accutane</i>	110	AHIST	104
<i>acebutolol hcl</i>	40	AIMOVIG	57
<i>acetaminophen</i>	1	AKEEGA TAB 50/500MG.....	22
<i>acetaminophen extra stren</i>	1	AKEEGA TAB 100/500	22
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-</i>		<i>ala-cort</i>	112
12 mg/5ml	6	ALA-HIST IR.....	104
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i> ...	6	<i>alaway</i>	101
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i> ..	6	<i>alaway childrens allergy</i>	101
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i> ..	6	<i>albendazole</i>	8
<i>acetazolamide</i>	42	<i>albuterol sulfate</i>	106
<i>acetic acid</i>	85	<i>alclometasone dipropionate</i>	112
<i>acetic acid (otic)</i>	103	ALDURAZYME.....	75
<i>acetylcysteine</i>	107	ALECENSA.....	24
<i>acid gone</i>	78	<i>alendronate sodium</i>	66
<i>acid reducer</i>	81	<i>alfuzosin hcl</i>	85
<i>acid reducer complete</i>	84	<i>aliskiren fumarate</i>	43
<i>acid reducer maximum stre</i>	81	<i>all day allergy</i>	104
<i>acid reducer original str</i>	81	<i>all day allergy childrens</i>	104
<i>acitretin</i>	112	<i>all day pain relief</i>	4
<i>acne medication 2.5</i>	110	<i>all day relief</i>	4
		<i>aller-chlor</i>	104
		<i>allergy</i>	104
		<i>allergy childrens</i>	104
		<i>allergy relief</i>	104, 108

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>allergy relief 24hr</i>	104	<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i>	
<i>allergy relief childrens</i>	104	5-160 mg	36
<i>allergy relief/indoor/out</i>	104	<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i>	
<i>allopurinol</i>	1	5-320 mg	36
<i>almacone double strength</i>	78	<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-</i>	
<i>alosetron hcl</i>	84	160 mg	36
<i>alprazolam</i>	44	<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-</i>	
ALREX	101	320 mg	36
<i>altavera</i>	67	<i>amnesteem</i>	110
ALUMINUM HYDROXIDE	79	<i>amoxapine</i>	45
ALUNBRIG	24	<i>amoxicillin</i>	18
ALUNBRIG PAK	24	<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-</i>	
<i>alyacen 1/35</i>	67	28.5 mg	18
<i>alyacen 7/7/7</i>	67	<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-</i>	
<i>amabelz tab 0.5-0.1mg</i>	73	57 mg.....	18
<i>amantadine hcl</i>	47	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-</i>	
<i>ambrisentan</i>	44	28.5 mg/5ml	18
<i>amethia</i>	67	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-</i>	
<i>amikacin sulfate</i>	8	62.5 mg/5ml	18
<i>amiloride hcl</i>	42	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-</i>	
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab</i>		57 mg/5ml	18
5-50 mg.....	42	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-</i>	
<i>amiodarone hcl</i>	38	42.9 mg/5ml	18
<i>amitriptyline hcl</i>	45	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i> ..	18
<i>amlodipine besylate</i>	41	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i> ..	18
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-</i>		<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i> ...18	
10 mg	34	<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-</i>	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i>		62.5 mg	19
5-10 mg.....	34	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i>	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i>		24hr 5 mg.....	56
5-20 mg.....	34	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i>	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i>		24hr 10 mg	56
5-40 mg.....	34	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i>	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-</i>		24hr 15 mg	56
20 mg	34	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i>	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-</i>		24hr 20 mg.....	56
40 mg	34	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i>	
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>		24hr 25 mg.....	56
tab 5-20 mg	36	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i>	
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>		24hr 30 mg	56
tab 5-40 mg.....	36	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>	
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>		5 mg.....	56
tab 10-20 mg.....	36	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>	
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>		7.5 mg	56
tab 10-40 mg	36	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>	
		10 mg	56

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>		<i>aripiprazole</i>	48
12.5 mg	56	ARISTADA	48
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>		ARISTADA INITIO	48
15 mg	56	<i>armodafinil</i>	60
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>		ARNUITY ELLIPTA.....	109
20 mg	56	<i>arthritis pain relief</i>	2
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>		<i>artificial tears</i>	102
30 mg	56	<i>asenapine maleate</i>	48
<i>amphotericin b</i>	11	<i>ashlyna</i>	67
<i>amphotericin b liposome</i>	11	<i>aspirin</i>	2
<i>ampicillin</i>	19	ASPIRIN.....	2
<i>ampicillin sodium</i>	19	<i>aspirin adult low dose</i>	2
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-</i>		<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-</i>	
0.5) gm	19	200 mg	88
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1)</i>		<i>aspirin low dose</i>	2
gm.....	19	<i>aspirin low strength</i>	2
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5</i>		<i>aspirin regimen</i>	2
(1-0.5) gm	19	ASTAGRAF XL	92
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3</i>		<i>atazanavir sulfate</i>	12
(2-1) gm.....	19	<i>atenolol</i>	41
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15</i>		<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	40
(10-5) gm	19	<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	40
<i>anagrelide hcl</i>	88	<i>athletes foot</i>	111
<i>anastrozole</i>	22	<i>atomoxetine hcl</i>	56
ANORO ELLIPT AER 62.5-25.....	103	<i>atorvastatin calcium</i>	39
<i>antacid</i>	79	<i>atovaquone</i>	8
<i>antacid/antigas liquid</i>	79	<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i>	12
<i>antacid calcium regular s</i>	79	<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i> ...	12
<i>antacid extra strength</i>	79	ATROPINE SULFATE	102
<i>antacid maximum strength</i>	79	<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i>	102
<i>antacid regular strength</i>	79	ATROVENT HFA	104
<i>antacid ultra strength</i>	79	<i>abra eq</i>	68
<i>anti-diarrheal</i>	80	AUGTYRO	25
<i>antifungal</i>	111	<i>aurovela 1/20</i>	68
<i>anti-gas/ and gnp antacid</i>	79	<i>aurovela 24 fe</i>	68
<i>anti-itch maximum strengt</i>	112	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	68
<i>aprepitant</i>	80	<i>aurovela fe 1/20</i>	68
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 &</i>		AUSTEDO	58
125 mg	80	AUSTEDO XR.....	58
<i>apri</i>	67	AUSTEDO XR TAB TITR KIT	58
APTIOM.....	51	AUVELITY TAB 45-105MG	45
APTIVUS.....	12	<i>aviane</i>	68
ARALAST NP.....	107	<i>ayuna</i>	68
<i>aranelle</i>	67	AYVAKIT	25
ARCALYST	92	<i>azacitidine</i>	21
AREXVY	93	<i>azathioprine</i>	92

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>azelastine hcl</i>	104	BETASERON	59
<i>azelastine hcl (ophth)</i>	101	<i>betaxolol hcl</i>	41
<i>azithromycin</i>	17	<i>betaxolol hcl (ophth)</i>	101
<i>aztreonam</i>	8	<i>bethanechol chloride</i>	85
<i>azurette</i>	68	BETOPTIC-S	101
B		BEVESPI AER 9-4.8MCG	103
<i>bacitracin (ophthalmic)</i>	100	<i>bexarotene</i>	23
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	100	<i>bexarotene (topical)</i>	114
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	99	BEXSERO INJ	93
<i>baclofen</i>	59	<i>bicalutamide</i>	22
BACMIN TAB	98	BICILLIN L-A	19
BAFIERTAM.....	59	BIKTARVY TAB 30-120-15 MG.....	13
<i>balsalazide disodium</i>	82	BIKTARVY TAB 50-200-25 MG.....	13
BALVERSA	25	BINAXNOW COV KIT HOME TES.....	8
<i>balziva</i>	68	<i>bisacodyl</i>	82
<i>banophen</i>	104	<i>bisacodyl ec</i>	82
BARACLUDGE.....	15	<i>bismatrol</i>	80
BASAGLAR KWIKPEN	64	<i>bismuth subsalicylate</i>	80
BCG VACCINE	93	<i>bisoprolol fumarate</i>	41
BD ALCOHOL SWABS.....	64	<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	40
<i>benazepril hcl</i>	35	<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	40
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>	34	<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	40
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	34	BIVIGAM	91
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	34	<i>blisovi 24 fe</i>	68
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	34	<i>blisovi fe 1.5/30</i>	68
BENDEKA.....	20	BOOSTRIX INJ.....	93
BENLYSTA.....	92	<i>bortezomib</i>	25
<i>benzoyl peroxide</i>	110	BORTEZOMIB.....	25
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i> ...	110	<i>bosentan</i>	44
<i>benzoyl peroxide wash</i>	110	BOSULIF.....	25
<i>benzphetamine hcl</i>	66	BP VIT 3 CAP	98
<i>benztropine mesylate</i>	47	BRAFTOVI.....	25
BERINERT	88	BREO ELLIPTA INH 50-25MCG.....	109
BESIVANCE.....	100	BREO ELLIPTA INH 100-25	109
BESREMI	23	BREO ELLIPTA INH 200-25	109
BETADINE	114	BREZTRI AERO AER SPHERE	103
<i>betaine powder for oral solution</i>	75	BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK).....	103
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> ...	112	<i>briellyn</i>	68
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i>	112	BRILINTA.....	88
<i>betamethasone valerate</i>	112	<i>brimonidine tartrate</i>	101
		<i>brinzolamide</i>	101
		BRIVIACT	51

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>bromfenac sodium (ophth)</i>	101	<i>camrese lo</i>	68
<i>bromocriptine mesylate</i>	47	<i>candesartan cilexetil</i>	38
BROMSITE	101	<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i>	
BRONCHITOL	107	<i>tab 16-12.5 mg</i>	36
BRUKINSA	25	<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i>	
<i>budesonide</i>	82	<i>tab 32-12.5 mg</i>	36
<i>budesonide (inhalation)</i>	109	<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i>	
<i>budesonide (nasal)</i>	108	<i>tab 32-25 mg</i>	36
<i>bumetanide</i>	42	CAPLYTA	48
<i>buprenorphine</i>	5	CAPRELSA	25
<i>buprenorphine hcl</i>	60	<i>captopril</i>	35
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>		<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-</i>	
<i>2-0.5 mg (base equiv)</i>	60	<i>15 mg</i>	34
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>		<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-</i>	
<i>4-1 mg (base equiv)</i>	60	<i>25 mg</i>	34
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>		<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-</i>	
<i>8-2 mg (base equiv)</i>	60	<i>15 mg</i>	34
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>		<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-</i>	
<i>12-3 mg (base equiv)</i>	60	<i>25 mg</i>	35
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i>		<i>carbamazepine</i>	51
<i>2-0.5 mg (base equiv)</i>	60	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-</i>	
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i>		<i>50-200 mg</i>	47
<i>8-2 mg (base equiv)</i>	60	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-</i>	
<i>bupropion hcl</i>	45	<i>75-200 mg</i>	47
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i>	60	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-</i>	
<i>bupirone hcl</i>	44	<i>100-200 mg</i>	47
<i>butorphanol tartrate</i>	6	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-</i>	
BYDUREON BCISE	62	<i>125-200 mg</i>	47
BYETTA	62	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-</i>	
C		<i>150-200 mg</i>	48
<i>cabergoline</i>	75	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-</i>	
CABOMETYX.....	25	<i>200-200 mg</i>	48
<i>calcipotriene</i>	112	<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	47
<i>calcitonin (salmon) spray</i>	67	<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	47
<i>calcitrene</i>	112	<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	47
<i>calcitriol</i>	78	<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	47
<i>calcitriol (oral)</i>	78	<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	47
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i>	77	<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-</i>	
<i>calcium antacid</i>	79	<i>100mg</i>	47
<i>calcium antacid extra str</i>	79	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-</i>	
<i>calcium carbonate (antacid)</i>	79	<i>100mg</i>	47
<i>cal-gest antacid</i>	79	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-</i>	
CALQUENCE.....	25	<i>250mg</i>	47
<i>camila</i>	68	<i>carboplatin</i>	20
<i>camrese</i>	68	<i>carboxymethylcellulose sodium (ophth)</i>	102
		CARESTART KIT COVID-19	8

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>carglumic acid</i>	75	<i>cilostazol</i>	88
<i>carisoprodol</i>	59	CILOXAN	100
<i>carteolol hcl (ophth)</i>	102	CIMDUO TAB 300-300	14
<i>cartia xt</i>	41	<i>cinacalcet hcl</i>	75
<i>carvedilol</i>	41	CIPRO	18
<i>caspofungin acetate</i>	11	<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	18
CAYSTON	8	<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	18
<i>cefaclor</i>	16	<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	103
CEFACTOR ER	16	<i>ciprofloxacin hcl</i>	18
<i>cefadroxil</i>	16	<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i>	100
CEFAZOLIN	16	<i>cisplatin</i>	20
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	16	<i>citalopram hydrobromide</i>	45
<i>cefazolin sodium</i>	16	<i>claravis</i>	110
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%.....	16	<i>clarithromycin</i>	17
<i>cefdinir</i>	16	<i>clindamycin hcl</i>	8
<i>cefepime hcl</i>	16	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	8
<i>cefixime</i>	17	<i>clindamycin phosphate</i>	8
<i>cefoxitin sodium</i>	17	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	8
<i>cefpodoxime proxetil</i>	17	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i>	8
<i>cefprozil</i>	17	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i>	8
<i>ceftazidime</i>	17	<i>clindamycin phosphate (topical)</i>	110
<i>ceftriaxone sodium</i>	17	<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	86
<i>cefuroxime axetil</i>	17	CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML.....	8
<i>cefuroxime sodium</i>	17	CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML.....	8
<i>celecoxib</i>	4	CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML.....	8
<i>cephalexin</i>	17	CLINIMIX INJ 4.25/D5W	97
CERDELGA.....	75	CLINIMIX INJ 4.25/D10	97
CEREZYME	75	CLINIMIX INJ 5%/D15W	97
<i>cetirizine hcl</i>	104	CLINIMIX INJ 5%/D20W	97
<i>cetirizine hcl allergy ch</i>	104	CLINIMIX INJ 6/5.....	97
<i>cetirizine hcl childrens</i>	104	CLINIMIX INJ 8/10	97
<i>cetirizine hydrochloride</i>	104	CLINIMIX INJ 8/14	97
<i>cevimeline hcl</i>	115	<i>clinisol sf 15%</i>	97
<i>chateal eq</i>	68	CLINITEST KIT SELF-TST	8
CHEMET	67	CLINOLIPID EMU 20%	97
<i>childrens acetaminophen</i>	2	<i>clobazam</i>	51
<i>childrens ibuprofen</i>	4	<i>clobetasol propionate</i>	112
<i>childrens loratadine</i>	104	<i>clobetasol propionate e</i>	112
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>	115	<i>clomipramine hcl</i>	45
<i>chloroquine phosphate</i>	12	<i>clonazepam</i>	51, 52
<i>chlorpromazine hcl</i>	49	<i>clonidine</i>	43
<i>chlorthalidone</i>	42	<i>clonidine hcl</i>	43
<i>cholestyramine</i>	39		
<i>cholestyramine light</i>	39		
<i>chromic chloride</i>	97		
<i>ciclopirox olamine</i>	111		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>clopidogrel bisulfate</i>	88	<i>cyclophosphamide</i>	20
<i>clorazepate dipotassium</i>	52	CYCLOPHOSPHAMIDE	20
<i>clotrimazole</i>	115	CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR	20
<i>clotrimazole antifungal</i>	111	<i>cycloserine</i>	15
<i>clotrimazole (topical)</i>	111	<i>cyclosporine</i>	92
<i>clotrimazole vaginal</i>	86	<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> ..	92
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i>		<i>cyproheptadine hcl</i>	104
<i>1-0.05%</i>	111	<i>cyred eq</i>	68
<i>clozapine</i>	49	CYSTADROPS.....	102
COARTEM TAB 20-120MG.....	12	CYSTAGON	76
COLACE	82	CYSTARAN	102
<i>colchicine</i>	1	<i>cytarabine</i>	21
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	1		
<i>colesevelam hcl</i>	39	D	
<i>colestipol hcl</i>	40	D2.5W/NACL INJ 0.45%	94
<i>colistimethate sodium</i>	8	D5W/LYTES INJ #48.....	94
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%.....	102	D10W/NACL INJ 0.2%	94
COMBIVENT AER 20-100	103	<i>dalfampridine</i>	59
COMETRIQ (60MG DOSE).....	25	<i>danazol</i>	73
COMETRIQ KIT 100MG	26	<i>dantrolene sodium</i>	60
COMETRIQ KIT 140MG	26	<i>dapsone</i>	9
COMPLERA TAB	14	DAPTACEL INJ	93
<i>complete allergy medicine</i>	104	<i>daptomycin</i>	9
<i>compro</i>	80	DAPTOMYCIN	9
<i>constulose</i>	82	<i>darunavir</i>	12
CONTRAIVE TAB 8-90MG	66	<i>dasetta 1/35</i>	68
COPIKTRA	26	<i>dasetta 7/7/7</i>	68
COPPER	97	DAURISMO	26
CORLANOR	43	<i>daysee</i>	68
<i>corvita</i>	98	DAYVIGO.....	57
COTELLIC	26	<i>deblitane</i>	68
COVID-19 AT- KIT 1-PACK	9	<i>deferasirox</i>	67
COVID-19 RAP KIT 1-PACK	9	DELSTRIGO TAB.....	14
COVID-19 RAP KIT 2-PACK.....	9	DENGVAXIA SUS.....	93
CREON CAP 3000UNIT	84	DEPO-SUBQ PROVERA 104	68
CREON CAP 6000UNIT	84	<i>depo-testosterone</i>	62
CREON CAP 12000UNT	84	DESCOVY TAB 120-15MG	14
CREON CAP 24000UNT	84	DESCOVY TAB 200/25MG	14
CREON CAP 36000UNT	84	<i>desipramine hcl</i>	45
<i>cromolyn sodium</i>	107	<i>desmopressin acetate</i>	76
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i>	84	<i>desmopressin acetate spray</i>	76
<i>cromolyn sodium (nasal)</i>	107	<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i>	76
<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	101	<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-</i>	
<i>cryselle-28</i>	68	<i>0.02/0.01 mg(21/5)</i>	68
<i>cyanocobalamin</i>	98	<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-</i>	
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	59	<i>30 mcg</i>	68

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>desvenlafaxine succinate</i>	45	<i>diphenhydramine hcl</i>	105
<i>dexamethasone</i>	74	<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-</i>	
DEXAMETHASONE INTENSOL	74	0.025 mg/5ml.....	84
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	74	<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-</i>	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i>	101	0.025 mg	84
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	56	DIP/TET PED INJ 25-5LFU.....	93
<i>dextrose</i>	97	<i>dipyridamole</i>	89
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i> ...	95	<i>disopyramide phosphate</i>	38
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	95	<i>disulfiram</i>	60
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	95	<i>divalproex sodium</i>	52
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	95	<i>docetaxel</i>	24
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	95	DOCETAXEL	24
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	95	<i>docusate calcium</i>	82
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i>	95	<i>docusate sodium</i>	82
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i> ...	95	<i>dofetilide</i>	38
DIACOMIT	52	<i>donepezil hydrochloride</i>	44
<i>dialyvite</i>	98	DOPTELET	88
DIALYVITE TAB 3000	98	<i>dorzolamide hcl</i>	102
DIALYVITE TAB 5000	98	<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln</i>	
DIALYVITE TAB SUPREM D.....	98	2-0.5%.....	102
DIALYVITE/ TAB ZINC	98	<i>dotti</i>	74
DIATRUST KIT COVID-19.....	9	DOVATO TAB 50-300MG.....	14
<i>diazepam</i>	52	<i>doxazosin mesylate</i>	36
<i>diazepam (anticonvulsant)</i>	52	<i>doxepin hcl</i>	46
<i>diazepam inj</i>	52	<i>doxepin hcl (sleep)</i>	57
<i>diazepam intensol</i>	52	<i>doxorubicin hcl</i>	21
<i>diazoxide</i>	75	<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	21
<i>diclofenac potassium</i>	4	<i>doxy 100</i>	20
<i>diclofenac sodium</i>	4	<i>doxycycline hyclate</i>	20
<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	101	<i>doxycycline (monohydrate)</i>	20
<i>diclofenac sodium (topical)</i>	114	DRISDOL	98
<i>dicloxacillin sodium</i>	19	<i>dronabinol</i>	80
<i>dicyclomine hcl</i>	81	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab</i>	
<i>diethylpropion hcl</i>	66	3-0.02 mg	68
DIFFERIN	110	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab</i>	
DIFICID	17	3-0.03 mg	68
<i>diflunisal</i>	4	<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate</i>	
<i>digoxin</i>	43	<i>tab 3-0.03-0.451 mg</i>	68
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	57, 58	DROXIA	88
DILANTIN	52	<i>droxidopa</i>	43
DILANTIN-125.....	52	DULERA AER 50-5MCG.....	109
DILANTIN INFATABS	52	DULERA AER 100-5MCG	109
<i>diltiazem hcl</i>	41	DULERA AER 200-5MCG	109
<i>diltiazem hcl coated beads</i>	41	<i>duloxetine hcl</i>	46
<i>diltiazem hcl extended release beads</i>	41	DUPIXENT	89
<i>dilt-xr</i>	41	<i>dutasteride</i>	85

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i> .85		<i>endocet tab 5-325mg</i>	6
E		<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	6
<i>ec-naproxen</i>	4	<i>endocet tab 10-325mg</i>	6
<i>econtra ez</i>	68	<i>enema ready-to-use</i>	82
<i>econtra one-step</i>	69	ENGERIX-B.....	93
<i>ed-apap</i>	2	<i>enilloring</i>	69
<i>ed chlorped jr</i>	105	ENLYTE CAP	97
EDURANT.....	12	<i>enoxaparin sodium</i>	87
<i>e.e.s. 400</i>	17	<i>enpresse-28</i>	69
<i>efavirenz</i>	12	<i>enskyce</i>	69
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-</i> <i>200-300 mg</i>	14	ENSTILAR AER	112
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-</i> <i>300-300 mg</i>	14	<i>entacapone</i>	48
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-</i> <i>300-300 mg</i>	14	<i>entecavir</i>	15
ELIGARD	22	ENTRESTO TAB 24-26MG.....	36
<i>elinest</i>	69	ENTRESTO TAB 49-51MG	37
ELIQUIS	87	ENTRESTO TAB 97-103MG	37
ELIQUIS STARTER PACK	87	<i>enulose</i>	82
ELLECE	21	EPCLUSA PAK 150-37.5	15
ELLUME COV19 KIT HOME TES	9	EPCLUSA PAK 200-50MG	15
<i>eluryng</i>	69	EPCLUSA TAB 200-50MG.....	15
EMSAM	46	EPCLUSA TAB 400-100	15
<i>emtricitabine</i>	12	EPIDIOLEX	52
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i> <i>tab 100-150 mg</i>	14	<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	43, 107
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i> <i>tab 133-200 mg</i>	14	<i>epitol</i>	52
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i> <i>tab 167-250 mg</i>	14	<i>eplerenone</i>	36
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i> <i>tab 200-300 mg</i>	14	EPRONTIA.....	53
EMTRIVA	12	<i>ergocalciferol</i>	98
EMVERM	9	<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	58
<i>enalapril maleate</i>	35	ERIVEDGE	26
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab</i> <i>5-12.5 mg</i>	35	ERLEADA.....	22
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab</i> <i>10-25 mg</i>	35	<i>erlotinib hcl</i>	26
ENBREL	89	<i>errin</i>	69
ENBREL MINI.....	89	<i>ertapenem sodium</i>	9
ENBREL SURECLICK	89	<i>ery</i>	110
ENDARI.....	88	<i>ery-tab</i>	17
<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	6	ERYTHROCIN LACTOBIONATE.....	17
		<i>erythrocin stearate</i>	17
		<i>erythromycin (acne aid)</i>	110
		<i>erythromycin base</i>	17
		<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	17
		<i>erythromycin lactobionate</i>	17
		<i>erythromycin (ophth)</i>	100
		<i>escitalopram oxalate</i>	46
		<i>esomeprazole magnesium</i>	85
		<i>estarylla</i>	69
		<i>estradiol</i>	74

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	74	<i>felbamate</i>	53
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	74	<i>felodipine</i>	42
<i>estradiol vaginal</i>	74	<i>fenofibrate</i>	39
<i>estradiol valerate</i>	74	<i>fenofibrate micronized</i>	39
<i>eszopiclone</i>	57	<i>fentanyl</i>	6
<i>ethambutol hcl</i>	15	<i>fentanyl citrate</i>	6
<i>ethosuximide</i>	53	FETZIMA	46
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>	69	FETZIMA CAP TITRATIO	46
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	69	<i>feverall adults</i>	2
<i>etodolac</i>	4	<i>feverall childrens</i>	2
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	69	FEVERALL INFANTS	2
<i>etoposide</i>	24	FEVERALL JUNIOR STRENGTH	2
<i>etravirine</i>	12	<i>fexofenadine hcl</i>	105
EULEXIN	22	FIASP	64
<i>euthyrox</i>	78	FIASP FLEXTOUCH	64
<i>everolimus</i>	26	FIASP PENFILL	64
<i>everolimus (immunosuppressant)</i>	92	FIASP PUMPCART	65
EVOTAZ TAB 300-150	14	<i>finasteride</i>	85
<i>exemestane</i>	22	<i>finngolimod hcl</i>	59
EXKIVITY	26	FINTEPLA	53
<i>eye itch relief</i>	101	<i>finzala</i>	69
EYSUVIS	101	FIRMAGON	22
<i>ezetimibe</i>	40	FIRST AID ANTISEPTIC OINT	114
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	40	<i>flac</i>	103
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	40	FLAREX	101
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	40	FLEBOGAMMA DIF	91
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	40	<i>flecainide acetate</i>	38
F		FLEET ENE	82
FABRAZYME	76	FLEET ENE PED	83
<i>falmina</i>	69	FLORIVA CHW 0.5MG	98
<i>famciclovir</i>	15	FLORIVA CHW 0.25MG	98
<i>famotidine</i>	81	FLORIVA CHW 1MG	98
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i>	82	FLOWFLEX KIT TEST	9
<i>famotidine maximum streng</i>	82	<i>fluconazole</i>	11
<i>famotidine original stren</i>	82	<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml</i> ..	11
FANAPT	49	<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i> ..	11
FANAPT PAK	49	<i>flucytosine</i>	11
FARXIGA	62	<i>fludrocortisone acetate</i>	75
FASENRA	107	<i>flunisolide (nasal)</i>	108
FASENRA PEN	107	<i>fluocinolone acetonide</i>	112, 113
		<i>fluocinolone acetonide (otic)</i>	103
		<i>fluocinonide</i>	113
		<i>fluocinonide emulsified base</i>	113
		<i>fluorometholone (ophth)</i>	101
		<i>fluorouracil</i>	21
		<i>fluorouracil (topical)</i>	114

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>fluoxetine hcl</i>	46	GATTEX	84
<i>fluphenazine decanoate</i>	49	GAUZE PADS 2	65
<i>fluphenazine hcl</i>	49	<i>gavilyte-c</i>	83
<i>flurbiprofen</i>	4	<i>gavilyte-g</i>	83
<i>flurbiprofen sodium</i>	101	GAVRETO	26
<i>fluticasone propionate</i>	113	<i>gefitinib</i>	27
<i>fluticasone propionate (nasal)</i>	109	<i>gemcitabine hcl</i>	21
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act</i>	109	<i>gemfibrozil</i>	39
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act</i>	109	GEMTESA	86
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act</i>	109	<i>generlac</i>	83
<i>fluvoxamine maleate</i>	44	<i>gengraf</i>	92
<i>folic acid</i>	98	GENOTROPIN	76
FOLTRATE TAB	98	GENOTROPIN MINIQUICK	76
<i>fondaparinux sodium</i>	87	<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	9
<i>fosamprenavir calcium</i>	12	<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	9
<i>fosinopril sodium</i>	35	<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	9
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	35	<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	9
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	35	<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	9
FOTIVDA	26	<i>gentamicin sulfate</i>	9
FRUZAQLA	26	<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>	100
<i>fulvestrant</i>	22	<i>gentamicin sulfate (topical)</i>	110
FUNGOID TINCTURE	111	GENTEAL SEVERE TEARS	102
<i>furosemide</i>	42	<i>genteeal tears night-time</i>	102
<i>furosemide inj</i>	42	<i>gentle laxative</i>	83
FUZEON	12	GENVOYA TAB	14
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	74	GILOTRIF	27
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	74	<i>glatiramer acetate</i>	59
FYCOMPA	53	<i>glatopa</i>	59
G		GLEOSTINE	20
<i>gabapentin</i>	53	<i>glimepiride</i>	62
<i>galantamine hydrobromide</i>	44, 45	<i>glipizide</i>	62
GAMASTAN INJ	91	<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	62
GAMMAGARD LIQUID	91	<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	62
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH	91	<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	62
GAMMAKED	91	<i>glipizide xl</i>	62
GAMMAPLEX	91	<i>glycopyrrolate</i>	81
GAMUNEX-C	92	<i>glydo</i>	113
<i>ganciclovir sodium</i>	15	GLYXAMBI TAB 10-5 MG	62
GARDASIL 9 INJ	93	GLYXAMBI TAB 25-5 MG	63
<i>gatifloxacin (ophth)</i>	100	<i>gnp 8 hour arthritis reli</i>	2
		<i>gnp 8 hour pain relief</i>	2
		<i>gnp 8 hour pain reliever</i>	2
		<i>gnp acetaminophen</i>	2
		<i>gnp acid reducer</i>	82
		<i>gnp acid reducer maximum</i>	82
		<i>gnp adult aspirin low str</i>	2

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>gnp all day allergy</i>	105	<i>gnp pain & fever children</i>	2
<i>gnp all day allergy child</i>	105	<i>gnp pain relief</i>	2
<i>gnp allergy</i>	105	<i>gnp pain relief extra str</i>	2
<i>gnp allergy relief</i>	105	<i>gnp pink bismuth</i>	80
<i>gnp allergy relief maximu</i>	105	<i>gnp stomach relief</i>	80
<i>gnp antacid and anti-gas/</i>	79	<i>gnp stool softener</i>	83
<i>gnp antacid anti-gas/maxi</i>	79	<i>gnp tolnaftate</i>	111
<i>gnp antacid & anti-gas/re</i>	79	<i>gnp triple antibiotic</i>	110
<i>gnp antacid extra strengt</i>	79	<i>gnp womens gentle laxativ</i>	83
<i>gnp antacid/regular stren</i>	79	<i>goodsense all day allergy</i>	105
<i>gnp anti-diarrheal</i>	80	<i>goodsense aller-ease</i>	105
<i>gnp artificial tears</i>	102	<i>goodsense allergy relief</i>	105
<i>gnp aspirin</i>	2	<i>goodsense anti-diarrheal</i>	80
<i>gnp aspirin low dose</i>	2	<i>goodsense arthritis pain</i>	2
<i>gnp athletes foot</i>	111	<i>goodsense aspirin</i>	2
<i>gnp budesonide nasal spra</i>	109	<i>goodsense aspirin adults</i>	2
<i>gnp childrens allergy</i>	105	<i>goodsense first aid antib</i>	110
<i>gnp childrens ibuprofen</i>	4	<i>goodsense ibuprofen</i>	4
<i>gnp clearlax</i>	83	<i>goodsense ibuprofen child</i>	4
<i>gnp clotrimazole 3</i>	86	<i>goodsense ibuprofen infan</i>	5
<i>gnp fiber powder</i>	83	<i>goodsense lansoprazole</i>	85
<i>gnp gentle laxative</i>	83	<i>goodsense lice killing cr</i>	115
<i>gnp hydrocortisone</i>	113	<i>goodsense lubricating plu</i>	102
<i>gnp hydrocortisone/aloe</i>	113	<i>goodsense naproxen sodium</i>	5
<i>gnp hydrocortisone maximu</i>	113	<i>goodsense nicotine</i>	61
<i>gnp hydrocortisone plus</i>	113	<i>goodsense nicotine gum</i>	61
<i>gnp ibuprofen</i>	4	<i>goodsense nicotine polacr</i>	61
<i>gnp ibuprofen childrens</i>	4	<i>goodsense pain & fever ch</i>	2
<i>gnp ibuprofen infants</i>	4	<i>goodsense pain & fever in</i>	3
<i>gnp infants pain/fever</i>	2	<i>goodsense pain relief</i>	3
<i>gnp lice treatment</i>	115	<i>goodsense pain relief ext</i>	3
<i>gnp loperamide hydrochlor</i>	80	<i>granisetron hcl</i>	81
<i>gnp loratadine</i>	105	<i>griseofulvin microsize</i>	11
<i>gnp loratadine childrens</i>	105	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	11
<i>gnp lubricating plus eye</i>	102	<i>guanfacine hcl</i>	43
<i>gnp miconazole 1 combinat</i>	86	<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	56, 57
<i>gnp miconazole 3</i>	86	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	75
<i>gnp miconazole 7</i>	86	GVOKE KIT	75
<i>gnp naproxen</i>	4	GVOKE PFS	75
<i>gnp naproxen sodium</i>	4		
<i>gnp nicotine gum</i>	61	H	
<i>gnp nicotine mini lozenge</i>	61	HAEGARDA	88
<i>gnp nicotine polacrilex</i>	61	<i>hailey 1.5/30</i>	69
<i>gnp nicotine polacrilex m</i>	61	<i>hailey 24 fe</i>	69
<i>gnp nicotine transdermal</i>	61	<i>halobetasol propionate</i>	113
<i>gnp omeprazole</i>	85	<i>haloette</i>	69

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>haloperidol</i>	49	<i>hm nicotine polacrilex</i>	61
<i>haloperidol decanoate</i>	49	<i>hm nicotine transdermal s</i>	61
<i>haloperidol lactate</i>	49	<i>hm omeprazole</i>	85
HARVONI PAK 33.75-150MG.....	15	<i>hm pain reliever</i>	3
HARVONI PAK 45-200MG.....	15	<i>hm stool softener</i>	83
HARVONI TAB 45-200MG	15	<i>hm triple antibiotic</i>	110
HARVONI TAB 90-400MG	15	HUMIRA	89
HAVRIX.....	93	HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	89
<i>healthylax</i>	83	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D	89
<i>heartburn relief</i>	82	HUMIRA PEN	89
<i>heartburn relief extra st</i>	79	HUMIRA PEN-CD/UC/HS START	89
<i>heartburn relief maximum</i>	82	HUMIRA PEN KIT PS/UV	89
<i>heather</i>	69	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S.....	90
HEPARIN/NACL INJ 25000UNT	87	HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	90
<i>heparin sodium (porcine)</i>	87	HUMULIN R U-500 (CONCENTR.....	65
HEPLISAV-B.....	93	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	65
HEP SOD/D5W INJ 20000UNT	87	<i>hydralazine hcl</i>	43
HEP SOD/D5W INJ 25000UNT	87	<i>hydrochlorothiazide</i>	42
HEP SOD/NACL INJ 12500UNT.....	87	<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-</i>	
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	87	325 mg/15ml.....	7
HERCEP HYLEC SOL 60-10000.....	27	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg.</i>	7
HERCEPTIN	27	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-</i>	
HERZUMA	27	325 mg	7
HIBERIX	93	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg</i>	7
HISTEX	105	<i>hydrocodone bitartrate</i>	6
HISTEX PD	105	<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	7
<i>hm adult aspirin</i>	3	<i>hydrocortisone</i>	75
<i>hm all day allergy childr</i>	105	HYDROCORTISONE	113
<i>hm allergy relief</i>	105	<i>hydrocortisone/aloe maxim</i>	113
<i>hm allergy relief nasal s</i>	109	<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	82
<i>hm antacid</i>	79	<i>hydrocortisone maximum st</i>	113
<i>hm antacid anti-gas extra</i>	79	<i>hydrocortisone (rectal)</i>	114
<i>hm antacid extra strength</i>	79	<i>hydrocortisone (topical)</i>	113
<i>hm aspirin</i>	3	<i>hydromorphone hcl</i>	7
<i>hm aspirin ec low dose</i>	3	<i>hydroxocobalamin acetate</i>	98
<i>hm cetirizine hydrochlori</i>	105	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	91
<i>hm dual action complete</i>	84	<i>hydroxyurea</i>	23
<i>hm enema saline laxative</i>	83	<i>hydroxyzine hcl</i>	105
<i>hm gentle laxative</i>	83	<i>hydroxyzine pamoate</i>	105
<i>hm hydrocortisone/aloe ma</i>	113	HYSINGLA ER.....	6
<i>hm hydrocortisone plus</i>	113		
<i>hm ibuprofen</i>	5	I	
<i>hm ibuprofen childrens</i>	5	<i>ibandronate sodium</i>	67
<i>hm laxative</i>	83	IBRANCE	27
<i>hm loratadine</i>	105	<i>ibu</i>	5
<i>hm naproxen sodium</i>	5	<i>ibuprofen</i>	5

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>ibuprofen childrens</i>	5	INVEGA HAFYERA.....	49
<i>ibuprofen infants</i>	5	INVEGA SUSTENNA.....	49
<i>ibuprofen junior strength</i>	5	INVEGA TRINZA.....	49
<i>icatibant acetate</i>	88	IPOL INJ INACTIVE.....	93
<i>iclevia</i>	69	<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3)</i> <i>mg/3ml</i>	103
ICLUSIG.....	27	<i>ipratropium bromide</i>	104
IDACIO (2 PEN).....	90	<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	104
IDACIO (2 SYRINGE).....	90	<i>irbesartan</i>	38
IDACIO CROHN INJ DISEASE.....	90	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-</i> <i>12.5 mg</i>	37
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS.....	90	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-</i> <i>12.5 mg</i>	37
IDHIFA.....	27	<i>irinotecan hcl</i>	23
IHEALTH 2-PK KIT COVID-19.....	9	ISENTRESS.....	12
IHEALTH 5-PK KIT COVID-19.....	9	ISENTRESS HD.....	12
IHEALTH 40PK KIT COVID-19.....	9	<i>isibloom</i>	69
<i>imatinib mesylate</i>	27	ISOLYTE-P INJ /D5W.....	95
IMBRUVICA.....	27	ISOLYTE-S INJ.....	95
IMCIVREE.....	66	ISOLYTE-S INJ PH 7.4.....	95
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> <i>250 mg</i>	9	<i>isoniazid</i>	15
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> <i>500 mg</i>	9	<i>isosorbide dinitrate</i>	43
<i>imipramine hcl</i>	46	<i>isosorbide mononitrate</i>	43
<i>imiquiremod</i>	114	<i>isotretinoin</i>	110
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.).....	93	<i>isradipine</i>	42
INBRIJA.....	48	<i>itraconazole</i>	11
<i>incassia</i>	69	<i>ivermectin</i>	9
INCRELEX.....	76	IWILFIN.....	23
INCRUSE ELLIPTA.....	104	IXCHIQ INJ.....	93
<i>indapamide</i>	42	IXIARO INJ.....	93
INDICAID KIT COVID-19.....	9	J	
INFANRIX INJ.....	93	JAKAFI.....	27
<i>infants ibuprofen</i>	5	<i>jantoven</i>	87
INFLIXIMAB.....	90	JANUMET TAB 50-500MG.....	63
INFUVITE INJ.....	98	JANUMET TAB 50-1000.....	63
INFUVITE INJ ADULT.....	98	JANUMET XR TAB 50-500MG.....	63
INFUVITE INJ PEDIATRI.....	98	JANUMET XR TAB 50-1000.....	63
INLYTA.....	27	JANUMET XR TAB 100-1000.....	63
INQOVI TAB 35-100MG.....	21	JANUVIA.....	63
INREBIC.....	27	JARDIANCE.....	63
INSULIN PEN NEEDLES\ BD/NOVO.....	65	<i>jasmiel</i>	69
INSULIN SAFETY NEEDLES.....	65	<i>javygtor</i>	76
INSULIN SYRINGES\ BD.....	65	JAYPIRCA.....	28
INTELENCE.....	12	JENTADUETO TAB 2.5-500.....	63
INTELISWAB KIT COVID-19.....	9	JENTADUETO TAB 2.5-850.....	63
INTRALIPID.....	97		
<i>introvale</i>	69		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
JENTADUETO TAB 2.5-1000	63	<i>ketotifen fumarate (ophth)</i>	101
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	63	KEVZARA	90
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	63	KEYTRUDA	28
<i>jinteli</i>	74	KINRIX INJ	93
<i>jolessa</i>	69	KISQALI 200 DOSE	28
<i>juleber</i>	69	KISQALI 200 PAK FEMARA	24
JULUCA TAB 50-25MG	14	KISQALI 400 DOSE	28
<i>junel 1.5/30</i>	69	KISQALI 400 PAK FEMARA	24
<i>junel 1/20</i>	69	KISQALI 600 DOSE	28
<i>junel fe 1.5/30</i>	69	KISQALI 600 PAK FEMARA	24
<i>junel fe 1/20</i>	69	<i>klayesta</i>	111
<i>junel fe 24</i>	69	<i>klor-con</i>	96
JYNNEOS	93	<i>klor-con 8</i>	96
K		<i>klor-con 10</i>	96
KADCYLA	28	<i>klor-con m10</i>	96
<i>kaitlib fe</i>	69	<i>klor-con m15</i>	96
KALYDECO	107	<i>klor-con m20</i>	96
KANJINTI	28	KORLYM	76
<i>kariva</i>	69	KOSELUGO	28
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl</i> <i>0.45% inj</i>	95	<i>kourzeq</i>	115
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl</i> <i>0.2% inj</i>	95	K-PHOS	97
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl</i> <i>0.9% inj</i>	95	KRAZATI	28
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl</i> <i>0.45% inj</i>	95	<i>kurvelo</i>	70
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	95	L	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	95	<i>labetalol hcl</i>	41
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i>	95	<i>lacosamide</i>	53
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% &</i> <i>nacl 0.45% inj</i>	95	<i>lacosamide oral</i>	53
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl</i> <i>0.9% inj</i>	95	<i>lactated ringer's solution</i>	95
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl</i> <i>0.45% inj</i>	95	<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	114
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	95	<i>lactulose</i>	83
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	95	<i>lactulose (encephalopathy)</i>	83
<i>kelnor 1/35</i>	70	<i>lamivudine</i>	12
<i>kelnor 1/50</i>	70	<i>lamivudine (hbv)</i>	15
KERENDIA	36	<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	14
KESIMPTA	59	<i>lamotrigine</i>	53
<i>ketoconazole</i>	11	<i>lansoprazole</i>	85
<i>ketoconazole (topical)</i>	111, 112	<i>lanthanum carbonate</i>	77
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>	101	LANTUS	65
		LANTUS SOLOSTAR	65
		<i>lapatinib ditosylate</i>	28
		<i>larin 1.5/30</i>	70
		<i>larin 1/20</i>	70
		<i>larin 24 fe</i>	70
		<i>larin fe 1.5/30</i>	70
		<i>larin fe 1/20</i>	70

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>latanoprost</i>	102	<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)</i>	70
<i>layolis fe</i>	70	<i>levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)</i>	70
<i>leena</i>	70	<i>levora 0.15/30-28</i>	70
<i>leflunomide</i>	91	<i>levo-t</i>	78
<i>lenalidomide</i>	23	<i>levothyroxine sodium</i>	78
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE.....	28	<i>levoxyl</i>	78
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE.....	28	LEXIVA.....	13
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	28	<i>lice killing maximum stre</i>	115
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	28	<i>lice killing shampoo</i>	115
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	28	<i>lice treatment creme rins</i>	115
LENVIMA CAP 14 MG	28	<i>lidocaine</i>	113, 114
LENVIMA CAP 18 MG	28	<i>lidocaine hcl</i>	114
LENVIMA CAP 24 MG	29	<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	8
<i>lessina</i>	70	<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	115
<i>letrozole</i>	22	<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>	114
<i>leucovorin calcium</i>	34	<i>lidocan</i>	114
LEUKERAN.....	21	<i>linezolid</i>	9
<i>leuprolide acetate</i>	22	LINEZOLID INJ 2MG/ML.....	9
<i>levalbuterol hcl</i>	106	LINZESS	84
<i>levalbuterol tartrate</i>	106	<i>liothyronine sodium</i>	78
<i>levetiracetam</i>	53	<i>lisinopril</i>	35
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>	53	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	35
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	53	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	35
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	53	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	35
<i>levobunolol hcl</i>	102	<i>lithium</i>	58
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>	76	<i>lithium carbonate</i>	58
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	106	<i>loestrin 1.5/30-21</i>	70
<i>levofloxacin</i>	18	<i>loestrin 1/20-21</i>	70
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	18	<i>loestrin fe 1.5/30</i>	70
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	18	<i>loestrin fe 1/20</i>	70
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	18	LOKELMA.....	67
<i>levonest</i>	70	LOMAIRA	66
<i>levonor-eth est tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg &eth est 0.01 mg</i>	70	LONSURF TAB 15-6.14	21
<i>levonorgestrel (emergency oc)</i>	70	LONSURF TAB 20-8.19	21
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	70	<i>loperamide hcl</i>	80, 84
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	70	<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	14
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	70	<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	14
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	70	<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	14
		<i>loratadine</i>	106
		<i>loratadine childrens</i>	106

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>lorazepam</i>	44	MAGNESIUM SULFATE	95
<i>lorazepam intensol</i>	44	<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1</i>	
LORBRENA	29	<i>gm/100ml</i>	96
<i>loryna</i>	70	<i>malathion</i>	115
<i>losartan potassium</i>	38	<i>manganese chloride</i>	97
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide</i>		<i>mapap</i>	3
<i>tab 50-12.5 mg</i>	37	<i>mapap arthritis pain</i>	3
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide</i>		<i>mapap childrens</i>	3
<i>tab 100-12.5 mg</i>	37	<i>maraviroc</i>	13
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide</i>		<i>marlissa</i>	71
<i>tab 100-25 mg</i>	37	MARPLAN.....	46
LOTEMAX	101	MATULANE.....	24
<i>loteprednol etabonate</i>	101	MAVYRET PAK 50-20MG	15
<i>lovastatin</i>	39	MAVYRET TAB 100-40MG	15
<i>low-ogestrel</i>	70	<i>m-dryl</i>	106
<i>loxapine succinate</i>	49	<i>meclizine hcl</i>	81
<i>lubricant eye drops</i>	102	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	77
<i>lubricant eye nighttime</i>	102	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	
<i>lubricating plus eye drop</i>	102	<i>(contraceptive)</i>	71
<i>lubrifresh p.m.</i>	102	<i>mefloquine hcl</i>	12
LUCIRA CHECK KIT COVID-19	9	<i>megestrol acetate</i>	22, 77
LUMAKRAS.....	29	<i>megestrol acetate (appetite)</i>	77
LUMIGAN	102	MEKINIST.....	29
LUMIZYME.....	76	MEKTOVI.....	29
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	22	<i>meloxicam</i>	5
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	22	<i>memantine hcl</i>	45
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....	76	<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i>	
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....	76	<i>titration pack</i>	45
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH).....	76	MENACTRA INJ	93
<i>lurasidone hcl</i>	49, 50	MENQUADFI INJ	94
<i>lutra</i>	71	MENVEO INJ	94
<i>lyleq</i>	71	MENVEO SOL	94
<i>lyllana</i>	74	<i>mercaptopurine</i>	21
LYNPARZA	29	<i>meropenem</i>	9
LYSODREN.....	22	<i>mesalamine</i>	82
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	29	<i>mesalamine w/ cleanser</i>	82
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	29	MESNEX.....	34
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	29	<i>metformin hcl</i>	63
<i>lyza</i>	71	<i>methadone hcl</i>	6
M		<i>methadone hydrochloride i</i>	6
MAG-AL LIQ.....	79	<i>methazolamide</i>	42
<i>mag-al plus</i>	79	<i>methenamine hippurate</i>	10
<i>mag-al plus xs</i>	79	<i>methimazole</i>	78
<i>magnesium oxide</i>	79	<i>methocarbamol</i>	60
<i>magnesium sulfate</i>	96	<i>methotrexate sodium</i>	21, 91
		<i>methsuximide</i>	53

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>methylphenidate hcl</i>	57	M-NATAL PLUS TAB	96
<i>methylprednisolone</i>	75	<i>modafinil</i>	60
<i>methylprednisolone acetate</i>	75	<i>moexipril hcl</i>	35
<i>methylprednisolone sod succ</i>	75	<i>molindone hcl</i>	50
<i>methyltestosterone</i>	62	<i>mometasone furoate</i>	113
<i>metoclopramide hcl</i>	81	MONJUVI.....	29
<i>metolazone</i>	42	<i>mono-linyah</i>	71
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50- 25 mg</i>	40	<i>montelukast sodium</i>	107
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100- 25 mg</i>	40	<i>morphine sulfate</i>	6, 7
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100- 50 mg</i>	40	MORPHINE SULFATE	7
<i>metoprolol succinate</i>	41	MORPHINE SULFATE/SODIUM C.....	7
<i>metoprolol tartrate</i>	41	MOUNJARO.....	63
<i>metronidazole</i>	10	MOVANTIK.....	84
<i>metronidazole (topical)</i>	114	<i>moxifloxacin hcl</i>	18
<i>metronidazole vaginal</i>	86	<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i>	18
<i>metyrosine</i>	43	<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	100
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML.....	96	<i>m-pap</i>	3
<i>mibelas 24 fe</i>	71	MULTAQ	39
<i>micafungin sodium</i>	11	<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	96
<i>miconazole 3 combination</i>	86	<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	96
<i>miconazole 3 combo pack</i>	86	<i>multivitamin/fluoride</i>	98
<i>miconazole 7</i>	86	<i>multi-vitamin/fluoride dr</i>	98
<i>miconazole nitrate (topical)</i>	111	<i>multi-vitamin/fluoride/ir</i>	98
<i>miconazole nitrate vaginal</i>	86	<i>multivitamin with fluorid</i>	98
<i>micotrin ac</i>	111	<i>multi-vit/iron/fluoride</i>	98
<i>microgestin 1.5/30</i>	71	<i>mupirocin</i>	110
<i>microgestin 1/20</i>	71	<i>my choice</i>	71
<i>microgestin 24 fe</i>	71	<i>mycophenolate mofetil</i>	92
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	71	<i>mycophenolate sodium</i>	92
<i>microgestin fe 1/20</i>	71	<i>mycozyl ac</i>	111
<i>midodrine hcl</i>	43	MYRBETRIQ.....	86
MIEBO	102	<i>my way</i>	71
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i>	76	N	
<i>miglustat</i>	76	<i>nabumetone</i>	5
<i>mili</i>	71	<i>nadolol</i>	41
<i>mimvey</i>	74	<i>nafcillin sodium</i>	19
<i>minocycline hcl</i>	20	NAGLAZYME.....	76
<i>minoxidil</i>	43	<i>nalbuphine hcl</i>	7
<i>mintox maximum strength</i>	79	<i>naloxone hcl</i>	61
<i>mirtazapine</i>	46	<i>naltrexone hcl</i>	61
<i>misoprostol</i>	84	NAMZARIC CAP 7-10MG	45
MITIGARE.....	1	NAMZARIC CAP 14-10MG	45
M-M-R II INJ	93	NAMZARIC CAP 21-10MG.....	45
		NAMZARIC CAP 28-10MG.....	45

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
NAMZARIC CAP PACK.....	45	<i>nilutamide</i>	22
<i>naproxen</i>	5	<i>nimodipine</i>	42
<i>naproxen sodium</i>	5	NINLARO.....	29
<i>naratriptan hcl</i>	58	<i>nitazoxanide</i>	10
NASCOBAL.....	98	<i>nitisinone</i>	76
NATACYN	100	NITRO-BID	43
<i>nateglinide</i>	63	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	10
NATPARA	67	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	10
NAYZILAM	54	<i>nitroglycerin</i>	44
<i>nebivolol hcl</i>	41	<i>nitroglycerin (intra-anal)</i>	114
<i>necon 0.5/35-28</i>	71	NIVA-FOL TAB	98
<i>nefazodone hcl</i>	46	<i>nizatidine</i>	82
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	100	<i>nora-be</i>	71
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	100	<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr</i>	71
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	99	<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab 1 mg-20 mcg (24)</i>	72
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	100	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	72
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	100	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	71
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	103	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	71
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	103	<i>norethindrone acetate</i>	77
<i>neomycin sulfate</i>	10	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	74
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	100	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	74
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	99	<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	71
NEPHPLEX RX TAB.....	98	<i>norethindrone (contraceptive)</i>	71
NERLYNX	29	<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg</i>	71
NEUPRO	48	<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.8 mg-25 mcg</i>	71
<i>nevirapine</i>	13	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	72
<i>new day</i>	71	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	72
NEXAVAR	29	<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	72
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	40	<i>norlyroc</i>	72
<i>nicardipine hcl</i>	42	NORPACE CR	39
<i>nicotine</i>	61	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	72
<i>nicotine mini lozenge</i>	61	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	72
<i>nicotine polacrilex</i>	61	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	72
<i>nicotine polacrilex mini</i>	61		
NICOTINE SYS KIT TRANSDER.....	61		
<i>nicotine transdermal syst</i>	61		
NICOTROL INHALER	61		
NICOTROL NS	61		
<i>nifedipine</i>	42		
<i>nikki</i>	71		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>nortrel 7/7/7</i>	72	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i>	
<i>nortriptyline hcl</i>	46	<i>tab 40-5-25 mg</i>	37
NORVIR.....	13	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i>	
NOVOLIN INJ 70/30.....	65	<i>tab 40-10-12.5 mg</i>	37
NOVOLIN INJ 70/30 FP.....	65	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i>	
NOVOLIN N.....	65	<i>tab 40-10-25 mg</i>	37
NOVOLIN N FLEXPEN.....	65	<i>olmesartan medoxomil</i>	38
NOVOLIN R.....	65	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i>	
NOVOLIN R FLEXPEN.....	65	<i>tab 20-12.5 mg</i>	37
NOVOLOG MIX INJ 70/30.....	65	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i>	
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN.....	65	<i>tab 40-12.5 mg</i>	37
NUBEQA.....	22	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i>	
NUDEXTA CAP 20-10MG.....	58	<i>tab 40-25 mg</i>	37
NULOJIX.....	93	<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	40
NUPLAZID.....	50	<i>omeprazole</i>	85
NURTEC.....	58	<i>omeprazole magnesium</i>	85
NUTRILIPID.....	97	OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO.....	65
NUZYRA.....	20	OMNIPOD 5 G6 MIS PODS.....	65
<i>nyamyc</i>	111	OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO.....	65
<i>nylia 1/35</i>	72	OMNIPOD 5 G7 MIS PODS.....	65
<i>nylia 7/7/7</i>	72	OMNIPOD DASH KIT INTRO.....	65
NYMALIZE.....	42	OMNIPOD DASH MIS PODS.....	65
<i>nymyo</i>	72	OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY.....	65
<i>nystatin</i>	11	OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY.....	65
<i>nystatin (mouth-throat)</i>	115	OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY.....	65
<i>nystatin (topical)</i>	111	OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY.....	65
<i>nystop</i>	111	OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY.....	65
O		OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY.....	65
<i>ocella</i>	72	OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY.....	65
OCTAGAM.....	92	OMNIPOD MIS CLASSIC.....	65
<i>octreotide acetate</i>	76	<i>ondansetron</i>	81
ODEFSEY TAB.....	14	<i>ondansetron hcl</i>	81
ODOMZO.....	29	ON/GO COVID KIT ANTIGEN.....	10
OFEV.....	107	ON/GO ONE KIT COVID-19.....	10
<i>ofloxacin (ophth)</i>	100	ONTRUZANT.....	30
<i>ofloxacin (otic)</i>	103	ONUREG.....	21
OGIVRI.....	29	<i>opcicon one-step</i>	72
OGIVRI INJ 420MG.....	30	OPSUMIT.....	44
OGSIVEO.....	30	<i>option 2</i>	72
OJJAARA.....	30	ORGOVYX.....	22
<i>olanzapine</i>	50	ORKAMBI GRA 75-94MG.....	107
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i>		ORKAMBI GRA 100-125.....	107
<i>tab 20-5-12.5 mg</i>	37	ORKAMBI GRA 150-188.....	107
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i>		ORKAMBI TAB 100-125.....	107
<i>tab 40-5-12.5 mg</i>	37	ORKAMBI TAB 200-125.....	107
		<i>orlistat</i>	66

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
ORSERDU.....	22, 23	<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	83
<i>oseltamivir phosphate</i>	16	PEGASYS.....	16
OTEZLA.....	90	PEMAZYRE.....	30
OTEZLA TAB 10/20/30.....	90	<i>pemetrexed disodium</i>	21
<i>oxacillin sodium</i>	19	PENBRAYA INJ.....	94
<i>oxaliplatin</i>	21	PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML.....	19
<i>oxcarbazepine</i>	54	PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML.....	19
<i>oxybutynin chloride</i>	86	<i>penicillamine</i>	67
<i>oxycodone hcl</i>	7	<i>penicillin g potassium</i>	19
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg</i>	7	<i>penicillin g sodium</i>	19
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i>	7	<i>penicillin v potassium</i>	19
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	7	PENTACEL INJ.....	94
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg</i>	8	<i>pentamidine isethionate inh</i>	10
OXYCONTIN.....	6	<i>pentamidine isethionate inj</i>	10
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	63	<i>pentoxifylline</i>	88
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE).....	63	<i>perindopril erbumine</i>	35
OZEMPIC (1MG/DOSE).....	63	<i>periogard</i>	115
OZEMPIC (2MG/DOSE).....	63	<i>permethrin</i>	115
P		<i>perphenazine</i>	50
<i>pacerone</i>	39	PERSERIS.....	50
<i>paclitaxel</i>	24	<i>pfizerpen</i>	19
<i>paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg</i>	24	<i>phendimetrazine tartrate</i>	66
<i>pain & fever childrens</i>	3	<i>phenelzine sulfate</i>	46
<i>pain & fever infants</i>	3	<i>phenobarbital</i>	54
<i>paliperidone</i>	50	<i>phenobarbital sodium</i>	54
<i>pamidronate disodium</i>	67	<i>phentermine hcl</i>	66
PAMIDRONATE DISODIUM.....	67	<i>phenytek</i>	54
PANRETIN.....	114	<i>phenytoin</i>	54
<i>pantoprazole sodium</i>	85	<i>phenytoin sodium</i>	54
PANZYGA.....	92	<i>phenytoin sodium extended</i>	54
<i>paraplatin</i>	21	PHESGO SOL.....	30
<i>paricalcitol</i>	78	<i>philith</i>	72
<i>paroxetine hcl</i>	46	<i>phospho-trin k500</i>	97
PAXLOVID TAB 150-100.....	16	<i>phytonadione</i>	98
PAXLOVID TAB 300-100.....	16	PIFELTRO.....	13
<i>pazopanib hcl</i>	30	<i>pilocarpine hcl</i>	102
PEDIACLEAR PD CHILDRENS.....	106	<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	115
PEDIARIX INJ 0.5ML.....	94	PILOT COVID KIT HOME TES.....	10
PEDVAX HIB.....	94	<i>pimozide</i>	50
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>	83	<i>pimtrea</i>	72
		<i>pindolol</i>	41
		<i>pioglitazone hcl</i>	63
		<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-500 mg</i>	63

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg</i>	64	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	48
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	19	<i>prasugrel hcl</i>	89
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	19	<i>pravastatin sodium</i>	39
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	20	<i>praziquantel</i>	10
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	20	<i>prazosin hcl</i>	36
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	20	<i>prednisolone</i>	75
PIQRAY 200MG DAILY DOSE.....	30	<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	101
PIQRAY 250MG TAB DOSE.....	30	PREDNISOLONE SODIUM PHOSP	101
PIQRAY 300MG DAILY DOSE.....	30	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	75
<i>pirfenidone</i>	108	<i>prednisone</i>	75
<i>piroxicam</i>	5	PREDNISON INTENSOL.....	75
PLASMA-LYTE INJ -148	96	<i>pregabalin</i>	54
PLASMA-LYTE INJ -A.....	96	PREHEVBRIO.....	94
<i>plenamine</i>	97	PREMASOL SOL 10%	97
PLENVU SOL	83	PRENATAL TAB 27-1MG.....	97
<i>podofilox</i>	114	PRENATAL TAB PLUS	97
<i>polycin ophth oint</i>	100	<i>prevalite</i>	40
<i>polyethylene glycol 3350</i>	83	PREVYMIS	16
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	100	PREZCOBIX TAB 800-150.....	14
POLY-VI-FLOR CHW 0.5MG	99	PREZISTA	13
POLY-VI-FLOR CHW 0.25MG.....	99	PRIFTIN	15
POLY-VI-FLOR CHW 1MG	99	<i>primaquine phosphate</i>	12
POLY-VI-FLOR CHW W/IRON.....	99	PRIMAQUINE PHOSPHATE	12
POLY-VI-FLOR SUS 0.25/ML	99	<i>primidone</i>	54
POLY-VI-FLOR SUS /IRON	99	PRIORIX INJ.....	94
POMALYST	23	PRIVIGEN	92
<i>portia-28</i>	72	<i>probenecid</i>	1
<i>posaconazole</i>	11	<i>prochlorperazine</i>	81
<i>potassium chloride</i>	96	<i>prochlorperazine edisylate</i>	81
POTASSIUM CHLORIDE.....	96	<i>prochlorperazine maleate</i>	81
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	96	PROCRIT	87
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i>	97	<i>procto-med hc</i>	114
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i>	85	<i>proctosol hc</i>	114
POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ	96	<i>proctozone-hc</i>	114
POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.45% INJ	96	<i>progesterone</i>	77
POT CHL 40MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ	96	PROGRAF	93
<i>povidone-iodine</i>	114	PROLASTIN-C.....	108
		PROLENSA.....	101
		PROLIA	67
		PROMACTA	88
		<i>promethazine hcl</i>	81
		<i>propafenone hcl</i>	39
		<i>proparacaine hcl</i>	102
		<i>propranolol hcl</i>	41
		<i>propylthiouracil</i>	78
		PROQUAD INJ.....	94

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
PROSOL INJ 20%	97	QUFLORA PED DRO 0.5MG/ML	99
<i>protriptyline hcl</i>	46	QUFLORA PED DRO 0.25MG	99
PULMOZYME.....	108	QUICKVUE HOM KIT COVID-19	10
PURIXAN.....	21	<i>quinapril hcl</i>	35
<i>pyrazinamide</i>	15	<i>quinidine sulfate</i>	39
<i>pyridostigmine bromide</i>	58	<i>quinine sulfate</i>	12
<i>pyridoxine hcl</i>	99	QULIPTA.....	58
Q		R	
<i>qc acetaminophen infants</i>	3	RABAVERT INJ	94
<i>qc allergy childrens</i>	106	<i>rabeprazole sodium</i>	85
<i>qc allergy relief</i>	109	<i>raloxifene hcl</i>	76
<i>qc antacid</i>	79	<i>ramipril</i>	35
<i>qc antacid/anti-gas</i>	79	<i>ranolazine</i>	43
<i>qc anti-diarrheal</i>	80	<i>rasagiline mesylate</i>	48
<i>qc antifungal cream</i>	111	RAYALDEE.....	78
<i>qc anti-itch/aloe</i>	113	<i>reclipsen</i>	72
<i>qc aspirin</i>	3	RECOMBIVAX HB	94
<i>qc aspirin low dose</i>	3	RECTIV	114
<i>qc clotrimazole</i>	86	<i>refresh celluvisc</i>	103
<i>qc enema</i>	83	<i>refresh lacri-lube</i>	103
<i>qc enteric aspirin</i>	3	REFRESH LIQUIGEL	103
<i>qc gentle laxative</i>	83	REFRESH PLUS	103
<i>qc ibuprofen</i>	5	REFRESH TEARS.....	103
<i>qc lansoprazole</i>	85	REGANEX	115
<i>qc miconazole 7</i>	86	RELENZA DISKHALER.....	16
<i>qc naproxen sodium</i>	5	RELISTOR.....	84
<i>qc non-aspirin extra stre</i>	3	REMICADE	90
<i>qc pain relief</i>	3	<i>renal caps</i>	99
<i>qc pain relief childrens</i>	3	RENFLEXIS.....	90
<i>qc pain relief extra stre</i>	3	RENOVA	114
<i>qc povidone iodine</i>	114	RENOVA PUMP	114
<i>qc stool softener</i>	83	<i>repaglinide</i>	64
QINLOCK	30	REPATHA.....	40
QSYMIA CAP 3.75-23	66	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	40
QSYMIA CAP 7.5-46MG.....	66	REPATHA SURECLICK.....	40
QSYMIA CAP 11.25-69.....	66	RESTASIS	103
QSYMIA CAP 15-92MG	66	RESTASIS MULTIDOSE.....	103
QUADRACEL INJ.....	94	RETEVMO	30
QUADRACEL INJ 0.5ML	94	REVLIMID	23
<i>quetiapine fumarate</i>	50	REXULTI	50
QUFLORA FE CHW	99	REYATAZ	13
QUFLORA FE DRO 0.25-9.5.....	99	REZLIDHIA	30
QUFLORA PED CHW 0.5MG	99	REZUROCK	93
QUFLORA PED CHW 0.25MG	99	RHOPRESSA.....	102
QUFLORA PED CHW 1MG	99	<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	16

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>rifabutin</i>	15	<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> ..	44
<i>rifampin</i>	15	<i>silver sulfadiazine</i>	111
<i>riluzole</i>	59	SIMBRINZA SUS 1-0.2%	102
<i>rimantadine hydrochloride</i>	16	<i>simliya</i>	72
RINVOQ	90	<i>simpesse</i>	72
<i>risedronate sodium</i>	67	<i>simvastatin</i>	39
<i>risperidone</i>	50	<i>sirolimus</i>	93
<i>risperidone microspheres</i>	50, 51	SIRTURO	15
<i>ritonavir</i>	13	SIVEXTRO	10
<i>rivastigmine</i>	45	SKYRIZI	90
<i>rivastigmine tartrate</i>	45	SKYRIZI PEN.....	90
<i>rivelsa</i>	72	<i>sm 3-day vaginal</i>	86
<i>rizatriptan benzoate</i>	58	<i>sm acid reducer</i>	82
ROCKLATAN DRO.....	102	<i>sm acid reducer maximum s</i>	82
<i>roflumilast</i>	108	<i>sm adult aspirin</i>	3
<i>ropinirole hydrochloride</i>	48	<i>sm all day allergy</i>	106
<i>rosuvastatin calcium</i>	39	<i>sm all day allergy childr</i>	106
ROTARIX SUS	94	<i>sm allergy 4 hour</i>	106
ROTATEQ SOL	94	<i>sm allergy childrens</i>	106
<i>roweepra</i>	54	<i>sm allergy relief</i>	106
ROZLYTREK	30	<i>sm allergy relief childre</i>	106
RUBRACA	30	<i>sm allergy relief nasal s</i>	109
<i>rufinamide</i>	54	<i>sm antacid</i>	79
RUKOBIA.....	13	<i>sm antacid advanced</i>	79
RYBELSUS	64	<i>sm antacid advanced maxi</i>	79
RYDAPT	30	<i>sm antacid extra strength</i>	79
S		<i>sm antacid maximum streng</i>	80
<i>sajazir</i>	88	<i>sm anti-diarrheal</i>	80
SANDIMMUNE	93	<i>sm antifungal clotrimazol</i>	111
SANTYL.....	115	<i>sm antifungal miconazole</i>	111
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	77	<i>sm antifungal tolnaftate</i>	111
SAXENDA.....	66	<i>sm aspirin adult low stre</i>	3
SCEMBLIX.....	31	<i>sm aspirin enteric coated</i>	3
<i>scopolamine</i>	81	<i>sm aspirin low dose</i>	3
SECUADO	51	<i>sm clotrimazole vaginal</i>	86
<i>selegiline hcl</i>	48	<i>sm enema</i>	83
<i>selenium sulfide</i>	112	<i>sm fexofenadine hydrochlo</i>	106
SELZENTRY	13	<i>sm gentle laxative</i>	83
SEREVENT DISKUS.....	106	<i>sm hydrocortisone</i>	113
<i>sertraline hcl</i>	46	<i>sm hydrocortisone maximum</i>	113
<i>setlakin</i>	72	<i>sm hydrocortisone plus</i>	113
<i>sevelamer carbonate</i>	77	<i>sm ibuprofen</i>	5
<i>sharobel</i>	72	<i>sm ibuprofen ib</i>	5
SHINGRIX.....	94	<i>sm ibuprofen ib childrens</i>	5
SIGNIFOR.....	77	<i>sm infants ibuprofen</i>	5
		<i>sm lansoprazole</i>	85

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>sm lice killing maximum s</i>	115	<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>sm lice treatment</i>	115	25-25 mg.....	42
<i>sm loratadine</i>	106	<i>sprintec 28</i>	72
<i>sm lubricating plus</i>	103	SPRITAM.....	54
<i>sm miconazole 3</i>	86	SPRYCEL.....	31
<i>sm miconazole 7</i>	86	<i>sps</i>	67
<i>sm naproxen sodium</i>	5	<i>sronyx</i>	72
<i>sm nicotine</i>	61	<i>ssd</i>	111
<i>sm nicotine polacrilex</i>	61	STELARA.....	91
<i>sm nicotine transdermal s</i>	61	STIVARGA.....	31
<i>sm omeprazole</i>	85	<i>stomach relief</i>	80
<i>smooth antacid extra stre</i>	80	<i>stomach relief extra stre</i>	80
<i>sm pain & fever childrens</i>	3	<i>stomach relief ultra</i>	80
<i>sm pain & fever infants</i>	3	<i>stool softener</i>	84
<i>sm pain relief extra stre</i>	3	<i>streptomycin sulfate</i>	10
<i>sm pain reliever</i>	3	STRIBILD TAB.....	14
<i>sm pain reliever children</i>	4	STROVITE ONE TAB.....	99
<i>sm pain reliever extra st</i>	4	<i>subvenite</i>	54
<i>sm povidone-iodine</i>	114	<i>sucrafate</i>	84
<i>sm stomach relief</i>	80	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	110
<i>sm stomach relief liquid</i>	80	<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i>	100
<i>sm stool softener</i>	83	<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth</i>	
<i>sm tioconazole-1</i>	86	<i>soln 10-0.23(0.25)%</i>	100
<i>sm triple antibiotic orig</i>	111	<i>sulfadiazine</i>	10
<i>sodium bicarbonate (antacid)</i>	80	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-</i>	
<i>sodium chloride</i>	96	80 mg/5ml.....	10
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i>	115	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-</i>	
<i>sodium fluoride chew\; tab\; 1.1 (0.5 f) mg/ml</i>		40 mg/5ml.....	10
<i>soln</i>	97	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-</i>	
SODIUM OXYBATE.....	60	80 mg.....	10
<i>sodium phenylbutyrate</i>	77	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-</i>	
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	67	160 mg.....	10
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-</i>		SULFAMYLON.....	111
1.6 gm/177ml.....	83	<i>sulfasalazine</i>	82
<i>solifenacin succinate</i>	86	<i>sulindac</i>	5
SOLIQUA INJ 100/33.....	65	<i>sumatriptan</i>	58
SOLTAMOX.....	23	<i>sumatriptan succinate</i>	58
SOLU-CORTEF.....	75	<i>sunitinib malate</i>	31
SOMATULINE DEPOT.....	77	SUNLENCA.....	13
SOMAVERT.....	77	<i>syeda</i>	72
<i>sorafenib tosylate</i>	31	SYMDEKO TAB 50-75MG.....	108
<i>sorine</i>	39	SYMDEKO TAB 100-150.....	108
<i>sotalol hcl</i>	39	SYMPAZAN.....	54
<i>sotalol hcl (afib/afI)</i>	39	SYMTUZA TAB.....	14
SPEEDY SWAB KIT COVID-19.....	10	SYNAREL.....	73
<i>spironolactone</i>	36	SYNJARDY TAB 5-500MG.....	64

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
SYNJARDY TAB 5-1000MG	64	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	13
SYNJARDY TAB 12.5-500	64	<i>tension headache</i>	4
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	64	TEPMETKO	31
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	64	<i>terazosin hcl</i>	36
SYNJARDY XR TAB 10-1000	64	<i>terbinafine hcl</i>	11
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000	64	<i>terbutaline sulfate</i>	106
SYNJARDY XR TAB 25-1000	64	<i>terconazole vaginal</i>	86
SYNTHROID.....	78	TERIPARATIDE	67
<i>systane nighttime</i>	103	<i>testosterone</i>	62
T		<i>testosterone cypionate</i>	62
TABLOID.....	21	<i>testosterone enanthate</i>	62
TABRECTA	31	<i>tetrabenazine</i>	59
<i>tacrolimus</i>	93	<i>tetracycline hcl</i>	20
<i>tacrolimus (topical)</i>	114	THALOMID.....	23
TAFINLAR.....	31	<i>theophylline</i>	108
TAGRISSE	31	<i>thiamine hcl</i>	99
TALTZ.....	91	<i>thioridazine hcl</i>	51
TALZENNA	31	<i>thiothixene</i>	51
<i>tamoxifen citrate</i>	23	<i>tiadylt er</i>	42
<i>tamsulosin hcl</i>	85	<i>tiagabine hcl</i>	55
<i>tarina 24 fe</i>	72	TIBSOVO	32
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	72	TICOVAC	94
TASIGNA	31	<i>tigecycline</i>	20
<i>tasimelteon</i>	57	<i>tilia fe</i>	73
<i>tazarotene</i>	112	<i>timolol maleate</i>	41
<i>tazicef</i>	17	<i>timolol maleate (ophth)</i>	102
TAZORAC	112	<i>tinidazole</i>	10
<i>taztia xt</i>	42	<i>tioconazole 1</i>	87
TAZVERIK.....	31	TIVICAY	13
TDVAX INJ 2-2 LF	94	TIVICAY PD	13
TECENTRIQ.....	31	<i>tizanidine hcl</i>	60
TEFLARO.....	17	TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	100
<i>telmisartan</i>	38	TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	100
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i>	37	<i>tobramycin</i>	10
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i>	37	<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	100
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i>	37	<i>tobramycin (ophth)</i>	100
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i>	37	<i>tobramycin sulfate</i>	10
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	37	<i>tolnaftate</i>	111
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	37	<i>tolterodine tartrate</i>	86
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-25 mg</i>	38	<i>topiramate</i>	55
<i>temazepam</i>	57	<i>toremifene citrate</i>	23
TENIVAC INJ 5-2LF	94	<i>torse mide</i>	42
		TOUJEO MAX SOLOSTAR	66
		TOUJEO SOLOSTAR.....	66
		TPN ELECTROL INJ	96

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
TRADJENTA	64	<i>trimethoprim</i>	10
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	8	<i>tri-mili</i>	73
<i>tramadol hcl</i>	8	<i>trimipramine maleate</i>	46
<i>trandolapril</i>	35	TRINTELLIX.....	46
<i>tranexamic acid</i>	88	<i>tri-nymyo</i>	73
<i>tranylcypromine sulfate</i>	46	<i>triphrocaps</i>	99
TRAVASOL INJ 10%.....	97	<i>triple antibiotic</i>	111
TRAZIMERA.....	32	<i>triprolidine hcl</i>	106
<i>trazodone hcl</i>	46	<i>tri-sprintec</i>	73
TRECATOR.....	15	TRIUMEQ PD TAB	14
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG. 103		TRIUMEQ TAB	15
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG 103		TRI-VI-FLOR SUS 0.5MG/ML	99
<i>treprostinil</i>	44	TRI-VI-FLOR SUS 0.25/ML	99
TRESIBA	66	<i>tri-vite/fluoride</i>	99
TRESIBA FLEXTOUCH.....	66	<i>trivora-28</i>	73
<i>tretinoin</i>	110	<i>tri-vylibra</i>	73
<i>tretinoin (chemotherapy)</i>	24	<i>tri-vylibra lo</i>	73
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i>	115	TRIZIVIR TAB	15
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i>	113	TROGARZO.....	13
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i>	43	TROPHAMINE INJ 10%	97
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>	43	<i>trospium chloride</i>	86
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i>	43	TRULICITY	64
<i>tri-buffered aspirin</i>	4	TRUMENBA INJ.....	94
<i>trientine hcl</i>	67	TRUQAP	32
<i>tri-estarylla</i>	73	TRUXIMA.....	32
<i>trifluoperazine hcl</i>	51	TUKYSA.....	32
<i>trifluridine</i>	100	TURALIO	32
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	48	<i>turqoz</i>	73
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG.64		TWINRIX INJ.....	94
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG ..64		TYBOST	13
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG	64	<i>tydemy</i>	73
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG ..64		TYPHIM VI	94
TRIKAFTA PAK 59.5MG	108	TYRVAYA.....	103
TRIKAFTA PAK 75MG.....	108	U	
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG.....	108	UBRELVY	58
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG.....	108	<i>unithroid</i>	78
<i>tri-legest fe</i>	73	<i>ursodiol</i>	84
<i>tri-linyah</i>	73	V	
<i>tri-lo-estarylla</i>	73	<i>valacyclovir hcl</i>	16
<i>tri-lo-marzia</i>	73	VALCHLOR.....	115
<i>tri-lo-mili</i>	73	<i>valganciclovir hcl</i>	16
<i>tri-lo-sprintec</i>	73	<i>valproate sodium</i>	55
		<i>valproic acid</i>	55
		<i>valsartan</i>	38

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	38	<i>vigpoder</i>	55
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i>	38	<i>vilazodone hcl</i>	47
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i>	38	<i>vincristine sulfate</i>	24
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i>	38	<i>vinorelbine tartrate</i>	24
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	38	<i>viorele</i>	73
VALTOCO 5 MG DOSE	55	VIRACEPT	13
VALTOCO 10 MG DOSE	55	VIREAD	13
VALTOCO 15 MG DOSE	55	<i>virt-caps</i>	99
VALTOCO 20 MG DOSE	55	<i>virt-gard</i>	99
<i>vancomycin hcl</i>	10, 11	VITAL-D RX TAB	99
VANCOMYCIN INJ 1 GM	11	<i>vitamins a/c/d/fluoride</i>	99
VANCOMYCIN INJ 500MG	11	VITRAKVI	32
VANCOMYCIN INJ 750MG	11	VIVITROL	62
VANFLYTA	32	VIZIMPRO	32
VAQTA	94	VONJO	32
<i>varenicline tartrate</i>	62	<i>voriconazole</i>	11
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack</i>	62	VOSEVI TAB	16
VARIVAX	94	VRAYLAR	51
VASCEPA	40	VRAYLAR CAP 1.5-3MG	51
<i>velivet</i>	73	<i>vyfemla</i>	73
VELPHORO	77	<i>vylibra</i>	73
VELTASSA	67	VYZULTA	102
VEMLIDY	16		
VENCLEXTA	32	W	
VENCLEXTA TAB START PK	32	<i>warfarin sodium</i>	87
<i>venlafaxine hcl</i>	47	<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	115
VENTAVIS	44	WEGOVI	66
VENTOLIN HFA	107	WELIREG	24
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK)	107	<i>wera</i>	73
<i>verapamil hcl</i>	42	<i>wescaps</i>	99
VERQUVO	43	<i>wixela inhub</i>	109
VERSACLOZ	51	<i>wymzya fe</i>	73
VERZENIO	32	X	
<i>vestura</i>	73	XALKORI	32, 33
V-GO 20 KIT	66	XARELTO	87
V-GO 30 KIT	66	XARELTO STAR TAB 15/20MG	87
V-GO 40 KIT	66	XATMEP	91
<i>vienna</i>	73	XCOPRI	55
<i>vigabatrin</i>	55	XCOPRI PAK 12.5-25	55
<i>vigadrone</i>	55	XCOPRI PAK 50-100MG	55
		XCOPRI PAK 100-150	55
		XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	55
		XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	55
		XELJANZ	91
		XELJANZ XR	91

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
XENICAL	66	ZENPEP CAP 40000UNT.....	85
XERMELO.....	84	ZENPEP CAP 60000UNT.....	85
XGEVA.....	67	ZERVIATE	101
XHANCE.....	109	<i>zidovudine</i>	13
XIFAXAN	84	ZIEXTENZO	88
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	64	<i>ziprasidone hcl</i>	51
XIGDUO XR TAB 5-500MG.....	64	<i>ziprasidone mesylate</i>	51
XIGDUO XR TAB 5-1000MG	64	ZIRABEV	33
XIGDUO XR TAB 10-500MG.....	64	ZIRGAN	101
XIGDUO XR TAB 10-1000	64	<i>zoledronic acid</i>	67
XIIDRA.....	103	ZOLINZA.....	33
XOFLUZA.....	16	<i>zolpidem tartrate</i>	57
XOLAIR.....	108	ZONISADE.....	55
XOSPATA.....	33	<i>zonisamide</i>	55
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY.....	33	<i>zovia 1/35</i>	73
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	33	ZTALMY.....	55
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY.....	33	<i>zumandimine</i>	73
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	33	ZURZUVAE	47
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY.....	33	ZYDELIG.....	33
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	33	ZYKADIA	33
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	33	ZYLET SUS 0.5-0.3%	100
XTANDI.....	23	ZYPREXA RELPREVV	51
<i>xulane</i>	73		
XULTOPHY INJ 100/3.6.....	66		
Y			
<i>yargesa</i>	77		
YF-VAX INJ	94		
<i>yuvafem</i>	74		
Z			
ZADITOR	101		
<i>zafemy</i>	73		
<i>zafirlukast</i>	107		
<i>zaleplon</i>	57		
ZARXIO.....	88		
ZEJULA	33		
ZELBORAF	33		
ZEMAIRA.....	108		
<i>zenatane</i>	110		
ZENPEP CAP 3000UNIT	84		
ZENPEP CAP 5000UNIT	84		
ZENPEP CAP 10000UNT	84		
ZENPEP CAP 15000UNT.....	84		
ZENPEP CAP 20000UNT	85		
ZENPEP CAP 25000UNT	85		

Multi-Language Insert
Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-855-676-5772 (TTY: 711)**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电**1-855-676-5772 (TTY: 711)**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電**1-855-676-5772 (TTY: 711)**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-855-676-5772 (TTY: 711)**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-855-676-5772 (TTY: 711)**. Un interlocuteur parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-855-676-5772 (TTY: 711)** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-855-676-5772 (TTY: 711)**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-855-676-5772 (TTY: 711)**번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-855-676-5772 (TTY: 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-855-676-5772 (TTY: 711)**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-855-676-5772 (TTY: 711)** पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-855-676-5772 (TTY: 711)**. Un nostro incaricato che parla italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-855-676-5772 (TTY: 711)**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-855-676-5772 (TTY: 711)**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-855-676-5772 (TTY: 711)**. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-855-676-5772 (TTY: 711)**にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Hawaiian: He kōkua māhele 'ōlelo kā mākou i mea e pane 'ia ai kāu mau nīnau e pili ana i kā mākou papahana olakino a lā'au lapa'au paha. I mea e loa'a ai ke kōkua māhele 'ōlelo, e kelepona mai iā mākou ma **1-855-676-5772 (TTY: 711)**. E hiki ana i kekahi mea 'ōlelo Pelekānia/'Ōlelo ke kōkua iā 'oe. He pōmaika'i manuahi kēia.

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)

Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, o bien visite **www.AetnaBetterHealth.com/Michigan**.



©2023 Aetna Inc.

MI-23-08-30 (SP) E (05/24)

Sin cambios realizados desde el 05/01/2024