

Lista de medicamentos cubiertos/ Formulario 2024

Aetna Better Health[®] Premier Plan MMAI

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

Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, o visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetna.com/illinois)**.



Aetna Better Health Premier Plan MMAI | *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 MMAI. La Lista de medicamentos también indica si hay alguna norma o restricción especial respecto de los medicamentos cubiertos por Aetna Better Health Premier Plan MMAI. 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.

Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, o visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

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 limitación 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 MMAI 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

Esta sección continúa en la siguiente página.

Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.



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 MMAI 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 MMAI cubre productos de venta libre (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	114



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

A. Descargos de responsabilidad

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

- ❖ Aetna Better Health Premier Plan MMAI es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Illinois para brindar los beneficios de los dos programas a sus inscritos.
- ❖ ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. La llamada es gratuita.
- ❖ ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de idiomas gratuitos. Llame al **1-866-600-2139 (TTY: 711)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.
- ❖ Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o audio. Llame al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- ❖ Si desea realizar o cambiar 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 **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- ❖ El formulario podría cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.



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 2 son los medicamentos cubiertos por Aetna Better Health Premier Plan MMAI. 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 MMAI cubrirá todos los medicamentos que sean médicamente necesarios de la Lista de medicamentos en los siguientes casos:
 - 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 MMAI.
- Aetna Better Health Premier Plan MMAI 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/Illinois](https://www.aetna.com/betterhealth/illinois)** o puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

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

Sí, y Aetna Better Health Premier Plan MMAI debe seguir las normas de Medicare y Medicaid 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) o aprobación para un medicamento. (La autorización previa es una autorización por parte de Aetna Better Health Premier Plan MMAI antes de que pueda obtener un medicamento).

Esta sección continúa en la siguiente página.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

IV

Para obtener más información, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetna.com/betterhealth/illinois)**.

- Incorporar o modificar la cantidad de un medicamento que puede obtener (lo que se denomina “límites de cantidad”).
- 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 MMAI por Internet en **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.
- También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para consultar la Lista de medicamentos actual al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

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 MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.



- **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 centro 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 limitación 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, 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.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

VI

Para obtener más información, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

- **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 MMAI antes de obtener su medicamento con receta. Es posible que Aetna Better Health Premier Plan MMAI no cubra el medicamento si no obtiene la aprobación.
- **Límites de cantidad:** En ocasiones, Aetna Better Health Premier Plan MMAI limita la cantidad que puede obtener de un medicamento.
- **Tratamiento escalonado:** En ocasiones, Aetna Better Health Premier Plan MMAI 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 su médico 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 MMAI 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 2 a 113. También puede obtener más información en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Illinois**. Hemos publicado documentos en Internet que explican nuestras restricciones de tratamiento escalonado y autorización previa. También puede pedirnos que le enviemos una copia.

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 2 tiene una columna titulada “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”.



B6. ¿Qué sucede si Aetna Better Health Premier Plan MMAI 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 114.

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 **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pregunte al respecto. La llamada es gratuita. Si le informan que Aetna Better Health Premier Plan MMAI 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.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

VIII

Para obtener más información, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo de Aetna Better Health Premier Plan MMAI 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 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 durante los primeros 90 días como miembro de Aetna Better Health Premier Plan MMAI. 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 MMAI. ●
- 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 de 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 MMAI.
- Esto se suma al suministro temporal durante los primeros 90 días de su membresía en Aetna Better Health Premier Plan MMAI.

Esta sección continúa en la siguiente página.

Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetna.com/illinois)**.



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 **1-866-600-2139 (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 MMAI 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 MMAI 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.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

X **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Illinois**.

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

Para solicitar una excepción, llame al Departamento de Servicios para Miembros. 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 al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana o enviárnosla por fax al **1-855-365-8109**.

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 MMAI 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 MMAI 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 MMAI.

Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetnabetterhealth.com/illinois)**.



B15. ¿Aetna Better Health Premier Plan MMAI cubre productos de venta libre (OTC) que no sean medicamentos?

Aetna Better Health Premier Plan MMAI 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 MMAI.

B16. ¿Cuál es mi copago?

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

B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?

Los niveles son grupos de medicamentos en nuestra Lista 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.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan MMAI al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

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 MMAI. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página 114. En el índice se encuentran todos los medicamentos cubiertos por Aetna Better Health Premier Plan MMAI 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 *amoxicillin*).

La información incluida en la columna de acciones necesarias, restricciones o límites de uso indica si Aetna Better Health Premier Plan MMAI 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”. El monto que paga cuando obtiene uno de estos medicamentos con receta no se tiene en cuenta en sus costos totales de medicamentos (es decir, el monto que usted paga no lo ayuda a calificar para la cobertura en situaciones catastróficas).

- Además, si recibe Ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta, no recibirá ninguna Ayuda adicional para pagar estos medicamentos. Para obtener más información sobre la Ayuda adicional, consulte el siguiente recuadro.

Ayuda adicional es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda adicional también se llama “subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

- Estos medicamentos también 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.
- Si usted o su médico 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 **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. También puede leer el Capítulo 9 del Manual para miembros 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		

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

N.º de identificación del formulario: 00024074 v10

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> LIQD 160mg/5ml; SOLN 160mg/5ml, 325mg/10.15ml, 650mg/20.3ml; SUPP 120mg; SUSP 160mg/5ml, 650mg/20.3ml; TABS 325mg, 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>acetaminophen extra stren</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>adult aspirin regimen</i> TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>aspirin</i> CHEW 81mg; TABS 325mg; TBEC 325mg	\$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>childrens silapap</i> LIQD 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>ed-apap</i> LIQD 160mg/5ml	\$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 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, 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp aspirin low dose</i> TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp headache relief extra</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>gnp infants pain/fever</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp migraine relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pain & fever children</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pain & fever infants</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 aspirin</i> CHEW 81mg; TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense aspirin adults</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense migraine formul</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense pain & fever ch</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<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>headache relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>headache relief/extra str</i>	\$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>liquid acetaminophen</i> LIQD 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>m-pap</i> LIQD 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>mapap childrens</i> CHEW 80mg	\$0(3)	NM; *
<i>migraine relief</i>	\$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>pain reliever plus</i>	\$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; *

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>qc enteric aspirin</i> TBEC 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc headache relief</i>	\$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 migraine relief</i>	\$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; *
<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>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>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)	

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>flurbiprofen</i> TABS 100mg	\$0(1)	
<i>gnp ibuprofen</i> TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp naproxen</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense ibuprofen</i> TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense naproxen sodium</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm ibuprofen</i> TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>ibu</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	\$0(1)	
<i>ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml; TABS 400mg, 600mg, 800mg	\$0(1)	
<i>ibuprofen</i> TABS 200mg	\$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> 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> TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm ibuprofen ib</i> TABS 200mg	\$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
<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

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
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
<i>hydrocodone-acetaminophen soln</i> 7.5-325 mg/15ml	\$0(1)	QL (2700 mL / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab</i> 5-325 mg	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab</i> 7.5-325 mg	\$0(1)	QL (180 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>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)
<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)

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
ANESTHETICS - DRUGS FOR NUMBING		
LOCAL ANESTHETICS		
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> SOLN .5%, 1%, 1.5%, 2%	\$0(1)	B/D
ANTI-INFECTIVES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
ANTI-INFECTIVES - MISCELLANEOUS		
<i>albendazole</i> TABS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (672 tabs / year), PA
<i>amikacin sulfate</i> SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml	\$0(1)	
<i>atovaquone</i> SUSP 750mg/5ml	\$0(1)	
<i>aztreonam</i> SOLR 1gm, 2gm	\$0(1)	
CAYSTON SOLR 75mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>clindamycin hcl</i> CAPS 75mg, 150mg, 300mg	\$0(1)	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> SOLR 75mg/5ml	\$0(1)	
<i>clindamycin phosphate</i> SOLN 600mg/4ml, 900mg/6ml, 9000mg/60ml	\$0(1)	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 300 mg/50ml	\$0(1)	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 600 mg/50ml	\$0(1)	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 900 mg/50ml	\$0(1)	
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	\$0(2)	
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	\$0(2)	
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	\$0(2)	
<i>colistimethate sodium</i> SOLR 150mg	\$0(1)	
<i>cvs pinworm treatment</i> SUSP 144mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>dapsone</i> TABS 25mg, 100mg	\$0(1)	
DAPTOMYCIN SOLR 350mg	\$0(2)	NDS
<i>daptomycin</i> SOLR 350mg, 500mg	\$0(2)	NDS
EMVERM CHEW 100mg	\$0(2)	NDS, QL (12 tabs / year)
<i>ertapenem sodium</i> SOLR 1gm	\$0(1)	
<i>gentamicin in saline inj</i> 0.8 mg/ml	\$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>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 SOLN 10mg/ml, 40mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>ivermectin TABS 3mg</i>	\$0(1)	QL (12 tabs / 90 days), PA
<i>linezolid SOLN 600mg/300ml</i>	\$0(1)	
<i>linezolid SUSR 100mg/5ml</i>	\$0(2)	NDS, QL (1800 mL / 30 days)
<i>linezolid TABS 600mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
LINEZOLID INJ 2MG/ML	\$0(1)	
<i>meropenem SOLR 1gm, 500mg</i>	\$0(1)	
<i>methenamine hippurate TABS 1gm</i>	\$0(1)	
<i>metronidazole SOLN 500mg/100ml; TABS 250mg, 500mg</i>	\$0(1)	
<i>neomycin sulfate TABS 500mg</i>	\$0(1)	
<i>nitazoxanide TABS 500mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (6 tabs / 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal CAPS 50mg, 100mg</i>	\$0(2)	
<i>nitrofurantoin monohyd macro CAPS 100mg</i>	\$0(2)	
<i>pentamidine isethionate inh SOLR 300mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>pentamidine isethionate inj SOLR 300mg</i>	\$0(1)	
<i>pin-away SUSP 144mg/ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>praziquantel TABS 600mg</i>	\$0(1)	
<i>reeses pinworm medicine SUSP 144mg/ml</i>	\$0(3)	NM; *
SIVEXTRO SOLR 200mg; TABS 200mg	\$0(2)	NDS
<i>streptomycin sulfate SOLR 1gm</i>	\$0(2)	NDS
<i>sulfadiazine TABS 500mg</i>	\$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>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)
<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)	

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>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>micafungin 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
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</i> TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
COARTEM TAB 20-120MG	\$0(2)	
<i>mefloquine hcl</i> TABS 250mg	\$0(1)	
<i>primaquine phosphate</i> TABS 26.3mg	\$0(1)	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg	\$0(2)	
<i>quinine sulfate</i> CAPS 324mg	\$0(1)	PA
ANTIRETROVIRAL AGENTS - DRUGS TO SUPPRESS HIV/AIDS INFECTION		
<i>abacavir sulfate</i> SOLN 20mg/ml; TABS 300mg	\$0(1)	NM
APTIVUS CAPS 250mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>atazanavir sulfate</i> CAPS 150mg, 200mg, 300mg	\$0(1)	NM
<i>darunavir</i> TABS 600mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>darunavir</i> TABS 800mg	\$0(2)	NDS, QL (30 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
EDURANT TABS 25mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>efavirenz</i> CAPS 50mg, 200mg; TABS 600mg	\$0(1)	NM
<i>emtricitabine</i> CAPS 200mg	\$0(1)	NM
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	\$0(2)	NM
<i>etravirine</i> TABS 100mg, 200mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>fosamprenavir calcium</i> TABS 700mg	\$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</i> SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	\$0(1)	NM
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

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
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
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

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>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
TRIUMEQ TAB	\$0(2)	NDS, NM
TRIZIVIR TAB	\$0(2)	NDS, NM
ANTITUBERCULAR AGENTS - DRUGS TO TREAT TUBERCULOSIS		
<i>cycloserine CAPS 250mg</i>	\$0(2)	NDS
<i>ethambutol hcl TABS 100mg, 400mg</i>	\$0(1)	
<i>isoniazid SYRP 50mg/5ml; TABS 100mg, 300mg</i>	\$0(1)	
PRIFTIN TABS 150mg	\$0(2)	
<i>pyrazinamide TABS 500mg</i>	\$0(1)	
<i>rifabutin CAPS 150mg</i>	\$0(1)	
<i>rifampin CAPS 150mg, 300mg; SOLR 600mg</i>	\$0(1)	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
TRECATOR TABS 250mg	\$0(2)	
ANTIVIRALS - DRUGS TO TREAT VIRAL INFECTIONS		
<i>acyclovir CAPS 200mg; SUSP 200mg/5ml; TABS 400mg, 800mg</i>	\$0(1)	
<i>acyclovir sodium SOLN 50mg/ml</i>	\$0(1)	B/D
<i>adefovir dipivoxil TABS 10mg</i>	\$0(1)	NM
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	\$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
<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
<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)

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
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, 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)	
<i>cefixime</i> CAPS 400mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	\$0(1)	
<i>cefoxitin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	\$0(1)	
<i>cefpodoxime 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)	

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>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)	
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</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg	\$0(1)	
<i>levofloxacin</i> SOLN 25mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg	\$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</i> TABS 400mg	\$0(1)	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i>	\$0(1)	
PENICILLINS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>amoxicillin</i> CAPS 250mg, 500mg; CHEW 125mg, 250mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-28.5 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 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)	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin CAPS 500mg</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg</i>	\$0(1)	
BICILLIN L-A SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml	\$0(2)	
<i>dicloxacillin sodium CAPS 250mg, 500mg</i>	\$0(1)	
<i>nafcillin sodium SOLR 1gm, 2gm</i>	\$0(1)	
<i>nafcillin sodium SOLR 10gm</i>	\$0(2)	NDS
<i>oxacillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm</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
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	\$0(2)	
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	\$0(2)	
<i>penicillin g potassium</i> SOLR 5000000unit, 20000000unit	\$0(1)	
<i>penicillin g sodium</i> SOLR 5000000unit	\$0(1)	
<i>penicillin v potassium</i> SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>pfizerpen</i> SOLR 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)	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 4.5 gm (4-0.5 gm)	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 13.5 gm (12-1.5 gm)	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 40.5 gm (36-4.5 gm)	\$0(1)	
TETRACYCLINES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>doxy 100</i> SOLR 100mg	\$0(1)	
<i>doxycycline (monohydrate)</i> CAPS 50mg, 100mg; SUSR 25mg/5ml; TABS 50mg, 75mg, 100mg	\$0(1)	
<i>doxycycline hyclate</i> CAPS 50mg, 100mg; SOLR 100mg; TABS 20mg, 100mg	\$0(1)	
<i>minocycline hcl</i> CAPS 50mg, 75mg, 100mg	\$0(1)	
NUZYRA SOLR 100mg; TABS 150mg	\$0(2)	NDS, NM, LA
<i>tetracycline hcl</i> CAPS 250mg, 500mg	\$0(1)	PA
<i>tigecycline</i> SOLR 50mg	\$0(2)	NDS
ANTINEOPLASTIC AGENTS - DRUGS TO TREAT CANCER		
ALKYLATING AGENTS		
BENDEKA SOLN 100mg/4ml	\$0(2)	NDS, B/D, NM, LA
<i>carboplatin</i> SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml	\$0(1)	B/D

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>cisplatin</i> SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml	\$0(1)	B/D
<i>cyclophosphamide</i> CAPS 25mg, 50mg; SOLR 1gm, 500mg	\$0(1)	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml, 500mg/ml	\$0(2)	NDS, B/D
<i>cyclophosphamide</i> SOLR 2gm	\$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
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
ELLEENCE 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

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
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)	
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
EMCYT CAPS 140mg	\$0(2)	NDS
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)	

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>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
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

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
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
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

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>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
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

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
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
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

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>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
<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

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
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
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

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 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
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

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
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
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

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
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
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

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
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
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

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
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
VOTRIENT TABS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
XALKORI CAPS 200mg, 250mg; CPSP 50mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
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

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
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
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)	

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>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg</i>	\$0(1)	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</i>	\$0(1)	
<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)	

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>lisinopril</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(1)	
<i>moexipril hcl</i> TABS 7.5mg, 15mg	\$0(1)	
<i>perindopril erbumine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg	\$0(1)	
<i>quinapril hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	
<i>ramipril</i> CAPS 1.25mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>trandolapril</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg	\$0(1)	
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)

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>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)
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)

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>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)
<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)

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
ANTIARRHYTHMICS - DRUGS TO CONTROL HEART RHYTHM		
<i>amiodarone hcl</i> SOLN 50mg/ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 200mg, 400mg	\$0(1)	
<i>disopyramide phosphate</i> CAPS 100mg, 150mg	\$0(2)	
<i>dofetilide</i> CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg	\$0(1)	NM
<i>flecainide acetate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	\$0(1)	
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)

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>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)	
<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)	

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>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 CAPS 200mg, 400mg</i>	\$0(1)	
<i>atenolol TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	\$0(1)	
<i>betaxolol hcl TABS 10mg, 20mg</i>	\$0(1)	
<i>bisoprolol fumarate TABS 5mg, 10mg</i>	\$0(1)	
<i>carvedilol TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg</i>	\$0(1)	
<i>labetalol hcl TABS 100mg, 200mg, 300mg</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol succinate TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol tartrate SOLN 5mg/5ml; TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	\$0(1)	
<i>nadolol TABS 20mg, 40mg, 80mg</i>	\$0(1)	
<i>nebivolol hcl TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>nebivolol hcl TABS 20mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pindolol TABS 5mg, 10mg</i>	\$0(1)	
<i>propranolol hcl CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg; SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>	\$0(1)	
<i>timolol maleate TABS 5mg, 10mg, 20mg</i>	\$0(1)	
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS		
<i>amlodipine besylate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</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>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)	
<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>tiadyt 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)	

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>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</i> 25-25 mg	\$0(1)	
<i>toremide</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	\$0(1)	
<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)	

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>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)	
<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		
ANTIANXIETY - DRUGS TO TREAT ANXIETY		
<i>alprazolam</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	\$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
<i>buspirone hcl</i> TABS 5mg, 7.5mg, 10mg, 15mg, 30mg	\$0(1)	
<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 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>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)
ANTIDEMENTIA - 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)
<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)	

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>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
<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)	

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>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)
<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)	

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 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)	
<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)

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
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</i> SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days)
<i>chlorpromazine hcl</i> CONC 30mg/ml, 100mg/ml; SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	\$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)

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
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)
<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)
RISPERDAL CONSTA SRER 12.5mg, 25mg	\$0(2)	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
RISPERDAL CONSTA SRER 37.5mg, 50mg	\$0(2)	NDS, QL (2 injections / 28 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)
<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)

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
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; TBDP 2mg	\$0(1)	QL (300 tabs / 30 days)
<i>clonazepam</i> TABS .5mg, 1mg; TBDP .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)	

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>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)	
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)

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>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)	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	\$0(2)	
<i>oxcarbazepine</i> SUSP 300mg/5ml; TABS 150mg, 300mg, 600mg	\$0(1)	
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml	\$0(2)	QL (1500 mL / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>phenobarbital</i> 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
<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>phenytek</i> CAPS 200mg, 300mg	\$0(1)	
<i>phenytoin</i> CHEW 50mg; SUSP 125mg/5ml	\$0(1)	
<i>phenytoin sodium</i> SOLN 50mg/ml	\$0(1)	
<i>phenytoin sodium extended</i> CAPS 100mg, 200mg, 300mg	\$0(1)	
<i>pregabalin</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin</i> CAPS 200mg	\$0(1)	QL (90 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin</i> CAPS 225mg, 300mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin</i> SOLN 20mg/ml	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>primidone</i> TABS 50mg, 125mg, 250mg	\$0(1)	
<i>roweepra</i> TABS 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>rufinamide</i> SUSP 40mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (2400 mL / 30 days), PA
<i>rufinamide</i> TABS 200mg	\$0(1)	QL (480 tabs / 30 days), PA
<i>rufinamide</i> 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)
<i>subvenite</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	\$0(1)	
SYMPAZAN FILM 5mg, 10mg, 20mg	\$0(2)	NDS, QL (60 films / 30 days), PA
<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
XCOPRI TABS 50mg, 100mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
XCOPRI TABS 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, 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
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
zonisamide CAPS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
ZTALMY SUSP 50mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (1100 mL / 30 days), NM, LA, PA
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

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>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
<i>guanfacine hcl (adhd) TB24 3mg</i>	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>methylphenidate hcl SOLN 5mg/5ml</i>	\$0(1)	QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl SOLN 10mg/5ml</i>	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl TABS 5mg, 10mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl TABS 20mg; TBCR 10mg, 20mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
HYPNOTICS - DRUGS TO TREAT INSOMNIA		
<i>DAYVIGO TABS 5mg, 10mg</i>	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl (sleep) TABS 3mg, 6mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>eszopiclone TABS 1mg, 2mg, 3mg</i>	\$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 CAPS 20mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>temazepam CAPS 7.5mg, 30mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>temazepam CAPS 15mg</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>zaleplon CAPS 5mg</i>	\$0(2)	QL (30 caps / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 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>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
<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

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
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
LITHIUM SOLN 8meq/5ml	\$0(2)	
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg; TABS 300mg; TBCR 300mg, 450mg	\$0(1)	
NUDEXTA CAP 20-10MG	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pyridostigmine bromide</i> TABS 60mg	\$0(1)	
<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

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
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
<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</i> 2-0.5 mg (base equiv)	\$0(1)	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 4-1 mg (base equiv)	\$0(1)	QL (90 films / 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>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) TB12 150mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>disulfiram TABS 250mg, 500mg</i>	\$0(1)	
<i>gnp nicotine gum GUM 4mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nicotine mini lozenge LOZG 2mg, 4mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nicotine polacrilex GUM 2mg, 4mg; LOZG 2mg, 4mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nicotine polacrilex m LOZG 4mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nicotine transdermal PT24 7mg/24hr, 14mg/24hr, 21mg/24hr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense nicotine LOZG 2mg, 4mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense nicotine gum GUM 4mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense nicotine polacr GUM 2mg, 4mg; LOZG 4mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm nicotine polacrilex GUM 2mg, 4mg; LOZG 2mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm nicotine transdermal s PT24 7mg/24hr, 21mg/24hr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>naloxone hcl LIQD 4mg/0.1ml; SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY 2mg/2ml</i>	\$0(1)	
<i>naltrexone hcl TABS 50mg</i>	\$0(1)	
<i>nicotine PT24 7mg/24hr, 14mg/24hr, 21mg/24hr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nicotine mini lozenge LOZG 2mg, 4mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nicotine polacrilex GUM 2mg, 4mg; LOZG 2mg, 4mg</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>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; *
<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)

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>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)
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)

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
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)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>repaglinide</i> TABS 2mg	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>repaglinide</i> TABS .5mg, 1mg	\$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

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
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)	
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

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
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)
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)
CALCIUM REGULATORS		
<i>alendronate sodium</i> SOLN 70mg/75ml; TABS 10mg, 35mg, 70mg	\$0(1)	
<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

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>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)	
<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)	

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>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</i> TABS .35mg	\$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</i> TABS .35mg	\$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</i> TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>econtra one-step</i> TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>elinest</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)	

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>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 0.120-0.015 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 TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>iclevia</i>	\$0(1)	
<i>incassia TABS .35mg</i>	\$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)	
<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)	

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>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)	
<i>luttera</i>	\$0(1)	
<i>lyleq TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>lyza TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>marlissa</i>	\$0(1)	
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>mibelas 24 fe</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>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-linyah</i>	\$0(1)	
<i>my choice TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>my way TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>necon 0.5/35-28</i>	\$0(1)	
<i>new day TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nikki</i>	\$0(1)	
<i>nora-be TABS .35mg</i>	\$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) TABS .35mg</i>	\$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)	
<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)	

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>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)	
<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)	

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>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</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	\$0(1)	
SYNAREL SOLN 2mg/ml	\$0(2)	NDS, PA
ESTROGENS - DRUGS TO REGULATE FEMALE HORMONES		
<i>amabelz tab</i> 0.5-0.1mg	\$0(2)	
<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)	

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>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 CREA .1mg/gm; TABS 10mcg</i>	\$0(1)	
<i>estradiol valerate OIL 10mg/ml, 20mg/ml, 40mg/ml</i>	\$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 PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr</i>	\$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 TABS 10mcg</i>	\$0(1)	
GLUCOCORTICOIDS - DRUGS TO TREAT INFLAMMATORY RESPONSE		
<i>dexamethasone ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg</i>	\$0(1)	B/D
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml	\$0(2)	B/D
<i>dexamethasone sodium phosphate SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml</i>	\$0(1)	
<i>fludrocortisone acetate TABS .1mg</i>	\$0(1)	
<i>hydrocortisone TABS 5mg, 10mg, 20mg</i>	\$0(1)	
<i>methylprednisolone TABS 4mg, 8mg, 16mg, 32mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>methylprednisolone TBPK 4mg</i>	\$0(1)	
<i>methylprednisolone acetate SUSP 40mg/ml, 80mg/ml</i>	\$0(1)	B/D

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>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
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

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
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
javygtor PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
KORLYM TABS 300mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
levocarnitine (metabolic modifiers) 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
mifepristone (hyperglycemia) TABS 300mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
miglustat CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
nitisinone CAPS 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
octreotide acetate SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml	\$0(1)	NM, PA
octreotide acetate SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
raloxifene hcl TABS 60mg	\$0(1)	
sapropterin dihydrochloride PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
sodium phenylbutyrate POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	\$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
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
yargesa 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>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)	
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)	

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>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; *
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/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; *

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>calcium carbonate (antacid) SUSP</i> 1250mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid</i> CHEW 500mg	\$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> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm antacid anti-gas extra</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm antacid extra strength</i> CHEW 750mg	\$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>mintox plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc antacid extra strength</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc antacid/anti-gas</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc antacid/anti-gas maxim</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc heartburn antacid</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; *
<i>sm antacid maximum streng</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium antacid extra</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>smooth antacid extra stre</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>sodium bicarbonate (antacid) TABS</i> 325mg, 650mg	\$0(3)	NM; *
SODIUM POW BICARBON	\$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
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> CHEW 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; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc anti-diarrheal</i> CAPS 2mg; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc pink bismuth</i> SUSP 525mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc stomach relief</i> CHEW 262mg; SUSP 525mg/30ml; TABS 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc stomach relief ultra</i> SUSP 525mg/15ml	\$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; TABS 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; TABS 262mg	\$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>anti-nausea</i>	\$0(3)	NM; *
<i>aprepitant</i> CAPS 40mg, 80mg, 125mg	\$0(1)	B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	\$0(1)	B/D

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>compro</i> SUPP 25mg	\$0(1)	
<i>driminate</i> TABS 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>dronabinol</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	B/D, QL (60 caps / 30 days)
<i>gnp motion sickness relie</i> TABS 25mg, 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nausea relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>granisetron hcl</i> SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml	\$0(1)	
<i>granisetron hcl</i> TABS 1mg	\$0(1)	B/D
<i>hm motion sickness</i> TABS 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>meclizine hcl</i> CHEW 25mg; TABS 12.5mg	\$0(3)	NM; *
<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>motion sickness relief</i> TABS 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>motion sickness relief/le</i> TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>motion-time</i> CHEW 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>nausea relief</i>	\$0(3)	NM; *
<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 25mg/ml, 50mg/ml; SYRP 6.25mg/5ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>qc motion sickness relief</i> TABS 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc travel ease</i> CHEW 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>scopolamine</i> PT72 1mg/3days	\$0(2)	QL (10 patches / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>sm motion sickness</i> TABS 25mg, 50mg	\$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
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 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	\$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)
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln</i> 20 mg/50ml	\$0(1)	
<i>famotidine original stren</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp acid reducer</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>heartburn relief</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	\$0(1)	
<i>qc famotidine acid reduce</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm acid reducer</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
<i>balsalazide disodium</i> CAPS 750mg	\$0(1)	
<i>budesonide</i> CPEP 3mg	\$0(1)	QL (90 caps / 30 days), PA
<i>budesonide</i> TB24 9mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> ENEM 100mg/60ml	\$0(1)	
<i>mesalamine</i> CP24 .375gm	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> CPDR 400mg	\$0(1)	QL (180 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm; SUPP 1000mg	\$0(1)	
<i>mesalamine</i> TBEC 1.2gm	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>mesalamine w/ cleanser</i> KIT 4gm	\$0(1)	
<i>sulfasalazine</i> TABS 500mg; TBEC 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
LAXATIVES		
<i>bisacodyl</i> SUPP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>bisacodyl ec</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium polycarbophil</i> TABS 625mg	\$0(3)	NM; *
<i>chocolated laxative regul</i> CHEW 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>clearlax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>colace 2-in-1</i>	\$0(3)	NM; *
COLACE CLEAR CAPS 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>docusate calcium</i> CAPS 240mg	\$0(3)	NM; *
<i>docusate mini</i> ENEM 283mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>docusate sodium</i> CAPS 100mg, 250mg; LIQD 50mg/5ml, 100mg/10ml	\$0(3)	NM; *
DOCUSOL KIDS ENEM 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>docusol mini</i> ENEM 283mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>docusol plus mini-enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dok</i> TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>enema ready-to-use</i>	\$0(3)	NM; *
<i>enemeez mini</i> ENEM 283mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>enemeez plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>fiber laxative</i> TABS 625mg	\$0(3)	NM; *
<i>fiber-lax</i> TABS 625mg	\$0(3)	NM; *
FLEET ENE PED	\$0(3)	NM; *
<i>gavilax</i> POWD 17gm/scoop	\$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>glycerin (laxative)</i> SUPP 2gm	\$0(3)	NM; *
<i>glycerin childrens</i> SUPP 1gm	\$0(3)	NM; *
<i>gnp clearlax</i> PACK 17gm; POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>gnp fiber therapy</i> TABS 500mg	\$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>gnp gentle laxative</i> SUPP 10mg; TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp milk of magnesia</i> SUSP 1200mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp natural fiber</i> CAPS .52gm	\$0(3)	NM; *
<i>gnp senna lax</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp senna plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp stool softener</i> CAPS 100mg, 240mg, 250mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp stool softener/stimul</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp womens gentle laxativ</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense clearlax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>healthylax</i> PACK 17gm	\$0(3)	NM; *
<i>hm clearlax</i> POWD 17gm/scoop	\$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 milk of magnesia</i> SUSP 1200mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm senna</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm stool softener</i> CAPS 100mg, 250mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm stool softener/stimula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>laxative maximum strength</i> TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>laxative regular strength</i> TABS 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>milk of magnesia</i> SUSP 7.75%, 400mg/5ml, 1200mg/15ml, 2400mg/30ml	\$0(3)	NM; *
MILK OF MAGNESIA CONCENTR SUSP 2400mg/10ml	\$0(3)	NM; *
PEDIA-LAX LIQD 50mg/15ml; SUPP 2.8gm	\$0(3)	NM; *
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfat</i> e for soln 236 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>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	\$0(1)	
PLENVU SOL	\$0(2)	
<i>polyethylene glycol 3350 PACK 17gm; POWD 17gm/scoop</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc chocolated laxative CHEW 15mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc fiber TABS 625mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc fiber therapy POWD 25%, 51.7%; TABS 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc gentle laxative SUPP 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc gentle laxative womens TBEC 5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc laxative TBEC 5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc milk of magnesia SUSP 400mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc natura-lax POWD 17gm/scoop</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc stool softener CAPS 100mg, 250mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc stool softener plus la</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc stool softener plus st</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc vegetable laxative TABS 8.6mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>senexon-s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>senna plus</i>	\$0(3)	NM; *
SENNAPLUS CAP 8.6-50MG	\$0(3)	NM; *
<i>senna regular strength TABS 8.6mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>senna-lax TABS 8.6mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>senna-time TABS 8.6mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>senna-time s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sennosides CAPS 8.6mg; LIQD 8.8mg/5ml; SYRP 8.8mg/5ml; TABS 8.6mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sennosides-docusate sodium tab 8.6-50 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>senokot extra strength TABS 17.2mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm clearlax POWD 17gm/scoop</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm fiber TABS 625mg</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>sm fiber laxative</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm gentle laxative</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm milk of magnesia</i> SUSP 1200mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm stool softener</i> CAPS 100mg; TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm stool softener/stimula</i>	\$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; *
<i>soluble fiber</i>	\$0(3)	NM; *
SORBITOL SOLN 70%	\$0(3)	NM; *
<i>stimulant laxative</i>	\$0(3)	NM; *
STL SOFT/LAX CAP 8.6-50MG	\$0(3)	NM; *
<i>stool softener</i> CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>stool softener + stimulan</i>	\$0(3)	NM; *
MISCELLANEOUS		
<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
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)	

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
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)	
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>lansoprazole</i> CPDR 15mg, 30mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	
<i>pantoprazole sodium</i> SOLR 40mg; TBEC 20mg, 40mg	\$0(1)	
<i>rabeprazole sodium</i> TBEC 20mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
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)	

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>bethanechol chloride</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	\$0(1)	
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	\$0(1)	
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%; SUPP 100mg	\$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; *

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 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)	
<i>tioconazole 1</i> OINT 6.5%	\$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)

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
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
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
ZIEXTENZO 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)	

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
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)	
<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

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 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
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

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
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
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

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
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
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
azathioprine 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
cyclosporine CAPS 25mg, 100mg; SOLN 50mg/ml	\$0(1)	B/D, NM
cyclosporine modified (for microemulsion) CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	\$0(1)	B/D, NM
everolimus (immunosuppressant) TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	\$0(2)	NDS, B/D, NM
gengraf CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	\$0(1)	B/D, NM
mycophenolate mofetil CAPS 250mg; TABS 500mg	\$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
<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
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)	
IXIARO INJ	\$0(1)	
JYNNEOS SUSP .5ml	\$0(1)	B/D
KINRIX 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
M-M-R II INJ	\$0(1)	
MENACTRA INJ	\$0(1)	
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)	
PREHEVBRIIO 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)	

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
D5W/LYTES INJ #48	\$0(2)	
D10W/NACL INJ 0.2%	\$0(2)	
<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)	

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
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	\$0(2)	
<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 1 gm/100ml</i>	\$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)	

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</i> CPCR 8meq, 10meq; PACK 20meq; SOLN 10%, 20%; TBCR 8meq, 10meq, 20meq	\$0(1)	
<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		
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 15%</i>	\$0(1)	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	\$0(2)	B/D
<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
VITAMINS		
<i>ergocalciferol</i> CAPS 1.25mg, 50000unit; SOLN 8000unit/ml	\$0(3)	NM; *
<i>phytonadione</i> SOLN 10mg/ml; TABS 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>pyridoxine hcl</i> SOLN 100mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>thiamine hcl</i> SOLN 100mg/ml	\$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
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)	
<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)	

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>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)	
ZIRGAN GEL .15%	\$0(2)	
ANTI-INFLAMMATORIES - DRUGS TO TREAT INFLAMMATION		
ALREX SUSP .2%	\$0(2)	
<i>bromfenac sodium (ophth) SOLN .07%, .075%</i>	\$0(1)	
BROMSITE SOLN .075%	\$0(2)	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%</i>	\$0(1)	
<i>diclofenac sodium (ophth) SOLN .1%</i>	\$0(1)	
EYSUVIS SUSP .25%	\$0(2)	
FLAREX SUSP .1%	\$0(2)	
<i>fluorometholone (ophth) SUSP .1%</i>	\$0(1)	
<i>flurbiprofen sodium SOLN .03%</i>	\$0(1)	
<i>ketorolac tromethamine (ophth) SOLN .4%, .5%</i>	\$0(1)	
LOTEMAX OINT .5%	\$0(2)	
<i>prednisolone acetate (ophth) SUSP 1%</i>	\$0(1)	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	\$0(2)	
PROLENSA SOLN .07%	\$0(2)	
ANTIALLERGICS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
<i>azelastine hcl (ophth) SOLN .05%</i>	\$0(1)	
<i>cromolyn sodium (ophth) SOLN 4%</i>	\$0(1)	
ZERVIAE SOLN .24%	\$0(2)	
ANTIGLAUCOMA - DRUGS TO TREAT GLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl (ophth) SOLN .5%</i>	\$0(1)	
BETOPTIC-S SUSP .25%	\$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>brimonidine tartrate</i> SOLN .15%, .2%	\$0(1)	
<i>brinzolamide</i> SUSP 1%	\$0(1)	
<i>carteolol hcl (ophth)</i> SOLN 1%	\$0(1)	
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	\$0(2)	
<i>dorzolamide hcl</i> SOLN 2%	\$0(1)	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln</i> 2-0.5%	\$0(1)	
<i>latanoprost</i> SOLN .005%	\$0(1)	
<i>levobunolol hcl</i> SOLN .5%	\$0(1)	
LUMIGAN SOLN .01%	\$0(2)	
<i>pilocarpine hcl</i> SOLN 1%, 2%, 4%	\$0(1)	
RHOPRESSA SOLN .02%	\$0(2)	
ROCKLATAN DRO	\$0(2)	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	\$0(2)	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLG .25%, .5%; SOLN .25%, .5%	\$0(1)	
VYZULTA SOLN .024%	\$0(2)	
MISCELLANEOUS		
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	\$0(2)	
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i> SOLN 1%	\$0(1)	
CYSTADROPS SOLN .37%	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
CYSTARAN SOLN .44%	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>proparacaine hcl</i> SOLN .5%	\$0(1)	
RESTASIS EMUL .05%	\$0(2)	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	\$0(2)	
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)	

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-hc otic soln 1%</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	\$0(1)	
<i>ofloxacin (otic) SOLN .3%</i>	\$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 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	\$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)
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 SOLN .02%</i>	\$0(1)	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal) SOLN .03%, .06%</i>	\$0(1)	
ANTI-HISTAMINES - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
<i>all day allergy TABS 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>all day allergy childrens SOLN 5mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy childrens LIQD 12.5mg/5ml; SOLN 5mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief CAPS 25mg; CHEW 25mg; TABS 5mg, 10mg, 25mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief childrens LIQD 12.5mg/5ml; SOLN 1mg/ml, 5mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief/indoor/out TABS 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>azelastine hcl SOLN .1%</i>	\$0(1)	
<i>banophen CAPS 25mg, 50mg; TABS 25mg</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>cetirizine hcl</i> CHEW 5mg, 10mg; TABS 5mg, 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hcl</i> SOLN 1mg/ml	\$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
<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>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 all day allergy relie</i> CAPS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy</i> TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy relief</i> CAPS 25mg; CHEW 12.5mg; TABS 25mg	\$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 allergy relief</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm all day allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm all day allergy childr</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm allergy relief</i> CAPS 25mg; TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm cetirizine hydrochlori</i> TABS 10mg	\$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>hm loratadine</i> TABS 10mg	\$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
<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> CAPS 10mg; SOLN 5mg/5ml; TABS 10mg; TBP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>loratadine childrens</i> CHEW 5mg; SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>m-dryl</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc all day allergy relief</i> CAPS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc allergy childrens</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc allergy relief</i> CAPS 10mg, 25mg; TABS 10mg, 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc loratadine allergy rel</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>siladryl allergy</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm all day allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm all day allergy child</i> SOLN 1mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm all day allergy childr</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm all day allergy relief</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy childrens</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy relief</i> TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy relief childre</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm loratadine</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 10mg	\$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)

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>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)	
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)
COUGH AND COLD		
<i>chest congestion relief</i> LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>chest congestion relief d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dextromethorphan-guaifenesin syrup</i> 10-100 mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mucus dm maximum stre</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mucus er</i> TB12 600mg, 1200mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mucus relief er maxim</i> TB12 1200mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal decongestant</i> TABS 30mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal decongestant/ma</i> TABS 30mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tussin dm cough</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tussin mucus & chest</i> LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense mucus dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense mucus er</i> TB12 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense mucus er maximu</i> TB12 1200mg	\$0(3)	NM; *
<i>guaifenesin</i> LIQD 100mg/5ml; TB12 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm mucus relief dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief</i> TB12 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief dm maximum s</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>mucus relief er</i> TB12 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief maximum stre</i> TB12 1200mg	\$0(3)	NM; *
<i>nasal decongestant</i> TABS 30mg	\$0(3)	NM; *
<i>promethazine w/ codeine syrup</i> 6.25-10 mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>pseudoephedrine hcl</i> TABS 30mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc mucus relief 12 hour</i> TB12 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc mucus relief childrens</i> LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc mucus relief dm max</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc mucus relief er 12 hou</i> TB12 1200mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc nasal decongestant max</i> TABS 30mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc tussin dm cough & ches</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc tussin expectorant adu</i> LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>robafen mucus/chest conge</i> LIQD 200mg/10ml	\$0(3)	NM; *
<i>siltussin sa</i> LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>siltussin-dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sinus congestion maximum</i> TABS 30mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm mucus relief</i> TB12 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm mucus relief maximum s</i> TB12 1200mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm mucus relief/12 hour</i> TB12 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal decongestant max</i> TABS 30mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm tussin dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm tussin dm cough/chest</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm tussin mucus + chest c</i> LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sudogest</i> TABS 30mg	\$0(3)	NM; *
<i>sudogest maximum strength</i> TABS 30mg	\$0(3)	NM; *
<i>tusnel diabetic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tusnel-ex</i> LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>tussin dm</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>tussin mucus & chest cong</i> LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>tussin mucus + chest cong</i> LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
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>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 SOLR 150mg; SOSY 75mg/0.5ml, 150mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg, 4000mg, 5000mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
NASAL STEROIDS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
<i>flunisolide (nasal)</i> SOLN .025%	\$0(1)	QL (3 bottles / 30 days)
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act	\$0(1)	QL (1 bottle / 30 days)
XHANCE EXHU 93mcg/act	\$0(2)	QL (32 mL / 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
STEROID INHALANTS - DRUGS TO TREAT ASTHMA		
ARNUIITY 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)
TOPICAL - DRUGS TO TREAT EAR AND SKIN CONDITIONS		
DERMATOLOGY, ACNE		
<i>accutane CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	\$0(1)	PA
<i>amnestem CAPS 10mg, 20mg, 40mg</i>	\$0(1)	PA
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i>	\$0(1)	QL (46.6 gm / 30 days)
<i>claravis CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	\$0(1)	PA
<i>clindamycin phosphate (topical) GEL 1%</i>	\$0(1)	QL (75 gm / 30 days)
<i>clindamycin phosphate (topical) LOTN 1%; SOLN 1%</i>	\$0(1)	QL (60 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>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>mupirocin</i> OINT 2%	\$0(1)	QL (220 gm / 30 days)
<i>silver sulfadiazine</i> CREA 1%	\$0(1)	
<i>ssd</i> CREA 1%	\$0(1)	
SULFAMYLON CREA 85mg/gm	\$0(2)	QL (453.6 gm / 30 days)
DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS		
<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> SOLN 1%	\$0(1)	QL (30 mL / 30 days)
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i> 1-0.05%	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
<i>ketoconazole (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>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)
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

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>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>ketoconazole (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>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)
<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)

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</i> CREA .05%; OINT .005%	\$0(1)	
<i>halobetasol propionate</i> CREA .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (50 gm / 30 days)
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 1%, 2.5%; LOTN 2.5%; OINT 2.5%	\$0(1)	
<i>mometasone furoate</i> CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	\$0(1)	
<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
<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 2.5-2.5%</i>	\$0(1)	B/D, QL (30 gm / 30 days)
<i>lidocan iii</i> PTCH 5%	\$0(1)	QL (3 patches / 1 day), PA
DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE		
<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)
<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>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)
PANRETIN GEL .1%	\$0(2)	NDS, QL (60 gm / 30 days), PA
<i>podofilox</i> SOLN .5%	\$0(1)	QL (7 mL / 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>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)	
RECTIV OINT .4%	\$0(2)	QL (30 gm / 30 days)
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1%	\$0(1)	QL (100 gm / 30 days)
VALCHLOR GEL .016%	\$0(2)	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, LA, PA
DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES		
<i>malathion</i> LOTN .5%	\$0(1)	QL (59 mL / 30 days)
<i>permethrin</i> CREA 5%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
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 acetoneide (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

D. Índice de medicamentos cubiertos

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
*		<i>adult aspirin regimen</i>	2
*sodium phosphates - enema***	85	ADVAIR HFA AER 45/21	109
3		ADVAIR HFA AER 115/21	109
<i>3 day vaginal</i>	87	ADVAIR HFA AER 230/21	109
A		<i>afirmelle</i>	66
<i>abacavir sulfate</i>	11	AIMOVIG	57
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-</i> <i>300 mg</i>	13	AKEEGA TAB 50/500MG.....	21
ABELCET	10	AKEEGA TAB 100/500	21
ABILIFY MAINTENA.....	47	<i>ala-cort</i>	111
<i>abiraterone acetate</i>	21	<i>albendazole</i>	8
ABRYSVO	94	<i>albuterol sulfate</i>	104, 105
<i>acamprosate calcium</i>	59	<i>alclometasone dipropionate</i>	111
<i>acarbose</i>	61	ALDURAZYME.....	74
<i>accutane</i>	109	ALECENSA.....	24
<i>acebutolol hcl</i>	40	<i>alendronate sodium</i>	65
<i>acetaminophen</i>	2	<i>alfuzosin hcl</i>	86
<i>acetaminophen extra stren</i>	2	<i>aliskiren fumarate</i>	42
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-</i> <i>12 mg/5ml</i>	6	<i>all day allergy</i>	102
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i> ..	6	<i>all day allergy childrens</i>	102
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i> ..	6	<i>all day pain relief</i>	4
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i> ..	6	<i>all day relief</i>	4
<i>acetazolamide</i>	41	<i>allergy childrens</i>	102
<i>acetic acid</i>	86	<i>allergy relief</i>	102
<i>acetic acid (otic)</i>	101	<i>allergy relief childrens</i>	102
<i>acetylcysteine</i>	107	<i>allergy relief/indoor/out</i>	102
<i>acid gone</i>	77	<i>allopurinol</i>	2
<i>acid reducer</i>	81	<i>almacone double strength</i>	77
<i>acid reducer original str</i>	81	<i>alosetron hcl</i>	85
<i>acitretin</i>	110	<i>alprazolam</i>	43
ACTHIB INJ.....	94	ALREX	100
ACTIMMUNE	93	<i>altavera</i>	66
<i>acyclovir</i>	14	ALUMINUM HYDROXIDE	77
<i>acyclovir sodium</i>	14	ALUNBRIG	24
ADACEL INJ.....	94	ALUNBRIG PAK	24
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN)	90	<i>alyacen 1/35</i>	66
<i>adefovir dipivoxil</i>	14	<i>alyacen 7/7/7</i>	66
ADEMPAS	43	<i>amabelz tab 0.5-0.1mg</i>	72
ADMELOG.....	64	<i>amantadine hcl</i>	46
ADMELOG SOLOSTAR	64	<i>ambrisentan</i>	43
		<i>amethia</i>	66
		<i>amikacin sulfate</i>	8
		<i>amiloride hcl</i>	41
		<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab</i> <i>5-50 mg</i>	41

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>amiodarone hcl</i>	38	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i> ..	18
<i>amitriptyline hcl</i>	44	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i> ...	18
<i>amlodipine besylate</i>	40	<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-</i>	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-</i>		<i>62.5 mg</i>	18
<i>10 mg</i>	33	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i>	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i>		<i>24hr 5 mg</i>	55
<i>5-10 mg</i>	33	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i>	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i>		<i>24hr 10 mg</i>	55
<i>5-20 mg</i>	33	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i>	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i>		<i>24hr 15 mg</i>	55
<i>5-40 mg</i>	33	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i>	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-</i>		<i>24hr 20 mg</i>	55
<i>20 mg</i>	33	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i>	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-</i>		<i>24hr 25 mg</i>	55
<i>40 mg</i>	33	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i>	
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>		<i>24hr 30 mg</i>	55
<i>tab 5-20 mg</i>	35	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>	
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>		<i>5 mg</i>	55
<i>tab 5-40 mg</i>	35	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>	
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>		<i>7.5 mg</i>	55
<i>tab 10-20 mg</i>	35	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>	
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>		<i>10 mg</i>	55
<i>tab 10-40 mg</i>	35	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>	
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i>	35	<i>12.5 mg</i>	55
<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i>		<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>	
<i>5-320 mg</i>	35	<i>15 mg</i>	55
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-</i>		<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>	
<i>160 mg</i>	35	<i>20 mg</i>	55
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-</i>		<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>	
<i>320 mg</i>	36	<i>30 mg</i>	56
<i>amnestem</i>	109	<i>amphotericin b</i>	10
<i>amoxapine</i>	44	<i>amphotericin b liposome</i>	10
<i>amoxicillin</i>	17	<i>ampicillin</i>	18
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-</i>		<i>ampicillin sodium</i>	18
<i>28.5 mg</i>	17	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-</i>	
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-</i>		<i>0.5) gm</i>	18
<i>57 mg</i>	18	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1)</i>	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-</i>		<i>gm</i>	18
<i>28.5 mg/5ml</i>	18	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5</i>	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-</i>		<i>(1-0.5) gm</i>	18
<i>62.5 mg/5ml</i>	18	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3</i>	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-</i>		<i>(2-1) gm</i>	18
<i>57 mg/5ml</i>	18	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15</i>	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-</i>		<i>(10-5) gm</i>	18
<i>42.9 mg/5ml</i>	18	<i>anagrelide hcl</i>	89
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i> ..	18	<i>anastrozole</i>	21

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
ANORO ELLIPT AER 62.5-25.....	102	ATROVENT HFA	102
<i>antacid</i>	77	<i>aubra eq</i>	66
<i>antacid/antigas liquid</i>	77	AUGTYRO	24
<i>antacid calcium regular s</i>	77	<i>aurovela 1/20</i>	66
<i>antacid extra strength</i>	77	<i>aurovela 24 fe</i>	66
<i>antacid maximum strength</i>	77	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	66
<i>antacid regular strength</i>	77	<i>aurovela fe 1/20</i>	66
<i>anti-diarrheal</i>	79	AUSTEDO.....	57
<i>anti-gas/ and gnp antacid</i>	78	AUSTEDO XR.....	57, 58
<i>anti-nausea</i>	79	AUSTEDO XR TAB TITR KIT	58
<i>aprepitant</i>	79	AUVELITY TAB 45-105MG	44
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 &</i> <i>125 mg</i>	79	<i>aviane</i>	66
<i>apri</i>	66	<i>ayuna</i>	66
APTIOM.....	50	AYVAKIT	24
APTIVUS.....	11	<i>azacitidine</i>	20
ARALAST NP.....	107	<i>azathioprine</i>	93
<i>aranelle</i>	66	<i>azelastine hcl</i>	102
ARCALYST	93	<i>azelastine hcl (ophth)</i>	100
AREXVY	94	<i>azithromycin</i>	16
<i>aripiprazole</i>	47	<i>aztreonam</i>	8
ARISTADA	48	<i>azurette</i>	66
ARISTADA INITIO	48	B	
<i>armodafinil</i>	59	<i>bacitracin (ophthalmic)</i>	99
ARNUITY ELLIPTA.....	109	<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	99
<i>asenapine maleate</i>	48	<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth</i> <i>oint 1%</i>	99
<i>ashlyna</i>	66	<i>baclofen</i>	59
<i>aspirin</i>	2	BAFIERTAM.....	58
<i>aspirin adult low dose</i>	2	<i>balsalazide disodium</i>	81
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-</i> <i>200 mg</i>	90	BALVERSA	24
<i>aspirin low dose</i>	2	<i>balziva</i>	67
<i>aspirin low strength</i>	2	<i>banophen</i>	102
<i>aspirin regimen</i>	2	BARACLUDGE.....	14
ASTAGRAF XL	93	BASAGLAR KWIKPEN	64
<i>atazanavir sulfate</i>	11	BCG VACCINE	94
<i>atenolol</i>	40	BD ALCOHOL SWABS.....	64
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	39	<i>benazepril hcl</i>	34
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	39	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i> <i>5-6.25mg</i>	33
<i>atomoxetine hcl</i>	56	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-</i> <i>12.5 mg</i>	33
<i>atorvastatin calcium</i>	38	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-</i> <i>12.5 mg</i>	34
<i>atovaquone</i>	8	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-</i> <i>25 mg</i>	34
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i>	11		
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i> ...	11		
ATROPINE SULFATE	101		
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i>	101		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
BENDEKA.....	19	BREO ELLIPTA INH 200-25	109
BENLYSTA.....	93	BREZTRI AERO AER SPHERE	102
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3% ..</i>	109	BREZTRI AERO AER SPHERE	
<i>benztropine mesylate.....</i>	46	(INSTITUTIONAL PACK)	102
BERINERT	89	<i>briellyn.....</i>	67
BESIVANCE.....	99	BRILINTA.....	90
BESREMI	23	<i>brimonidine tartrate.....</i>	101
<i>betaine powder for oral solution</i>	74	<i>brinzolamide.....</i>	101
<i>betamethasone dipropionate augmented....</i>	111	BRIVIACT	51
<i>betamethasone dipropionate (topical).....</i>	111	<i>bromfenac sodium (ophth).....</i>	100
<i>betamethasone valerate</i>	111	<i>bromocriptine mesylate.....</i>	46
BETASERON	58	BROMSITE	100
<i>betaxolol hcl</i>	40	BRONCHITOL.....	107
<i>betaxolol hcl (ophth).....</i>	100	BRUKINSA	24
<i>bethanechol chloride.....</i>	87	<i>budesonide.....</i>	81
BETOPTIC-S	100	<i>budesonide (inhalation)</i>	109
BEVESPI AER 9-4.8MCG	102	<i>bumetanide</i>	41
<i>bexarotene.....</i>	23	<i>buprenorphine.....</i>	5
<i>bexarotene (topical).....</i>	112	<i>buprenorphine hcl</i>	59
BEXSERO INJ	94	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	
<i>bicalutamide.....</i>	21	2-0.5 mg (base equiv)	59
BICILLIN L-A	18	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG.....	13	4-1 mg (base equiv).....	59
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG.....	13	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	
<i>bisacodyl.....</i>	82	8-2 mg (base equiv).....	60
<i>bisacodyl ec.....</i>	82	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	
<i>bismatrol.....</i>	79	12-3 mg (base equiv)	60
<i>bismuth subsalicylate.....</i>	79	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i>	
<i>bisoprolol fumarate</i>	40	2-0.5 mg (base equiv)	60
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-</i>		<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i>	
6.25 mg	39	8-2 mg (base equiv).....	60
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab</i>		<i>bupropion hcl</i>	44, 45
5-6.25 mg	39	<i>bupropion hcl (smoking deterrent).....</i>	60
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-</i>		<i>buspirone hcl.....</i>	43
6.25 mg	40	<i>butorphanol tartrate</i>	6
BIVIGAM	92	BYDUREON BCISE.....	61
<i>blisovi 24 fe.....</i>	67	BYETTA	61
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	67		
BOOSTRIX INJ.....	94	C	
<i>bortezomib</i>	24	<i>cabergoline.....</i>	74
BORTEZOMIB.....	24	CABOMETYX.....	25
<i>bosentan</i>	43	<i>calcipotriene.....</i>	110
BOSULIF.....	24	<i>calcitonin (salmon) spray</i>	65
BRAFTOVI	24	<i>calcitrene</i>	111
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG.....	109	<i>calcitriol.....</i>	77
BREO ELLIPTA INH 100-25	109	<i>calcitriol (oral).....</i>	77

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i>	76	<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-</i>	
<i>calcium antacid</i>	77	<i>100mg</i>	46
<i>calcium antacid extra str</i>	77	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-</i>	
<i>calcium carbonate (antacid)</i>	78	<i>100mg</i>	46
<i>calcium polycarbophil</i>	82	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-</i>	
<i>cal-gest antacid</i>	77	<i>250mg</i>	46
CALQUENCE.....	25	<i>carboplatin</i>	19
<i>camila</i>	67	<i>carglumic acid</i>	74
<i>camrese</i>	67	<i>carisoprodol</i>	59
<i>camrese lo</i>	67	<i>carteolol hcl (ophth)</i>	101
<i>candesartan cilexetil</i>	37	<i>cartia xt</i>	41
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i>		<i>carvedilol</i>	40
<i>tab 16-12.5 mg</i>	36	<i>caspofungin acetate</i>	10
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i>		CAYSTON	8
<i>tab 32-12.5 mg</i>	36	<i>cefactor</i>	16
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i>		CEFACTOR ER	16
<i>tab 32-25 mg</i>	36	<i>cefadroxil</i>	16
CAPLYTA.....	48	CEFAZOLIN	16
CAPRELSA	25	CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	16
<i>captopril</i>	34	<i>cefazolin sodium</i>	16
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-</i>		CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%.....	16
<i>15 mg</i>	34	<i>cefdinir</i>	16
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-</i>		<i>cefepime hcl</i>	16
<i>25 mg</i>	34	<i>cefixime</i>	16
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-</i>		<i>cefoxitin sodium</i>	16
<i>15 mg</i>	34	<i>cefpodoxime proxetil</i>	16
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-</i>		<i>cefprozil</i>	16
<i>25 mg</i>	34	<i>ceftazidime</i>	16
<i>carbamazepine</i>	51	<i>ceftriaxone sodium</i>	16
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-</i>		<i>cefuroxime axetil</i>	16
<i>50-200 mg</i>	47	<i>cefuroxime sodium</i>	16
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-</i>		<i>celecoxib</i>	4
<i>75-200 mg</i>	47	<i>cephalexin</i>	16
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-</i>		CERDELGA.....	74
<i>100-200 mg</i>	47	CEREZYME	74
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-</i>		<i>cetirizine hcl</i>	103
<i>125-200 mg</i>	47	<i>cetirizine hcl allergy ch</i>	103
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-</i>		<i>cetirizine hcl childrens</i>	103
<i>150-200 mg</i>	47	<i>cetirizine hydrochloride</i>	103
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-</i>		<i>cevimeline hcl</i>	113
<i>200-200 mg</i>	47	<i>chateal eq</i>	67
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	46	CHEMET	66
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	46	<i>chest congestion relief</i>	105
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	46	<i>chest congestion relief d</i>	105
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	46	<i>childrens acetaminophen</i>	2
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	47	<i>childrens loratadine</i>	103

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>childrens silapap</i>	2	<i>clinisol sf 15%</i>	98
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>	113	CLINOLIPID EMU 20%	98
<i>chloroquine phosphate</i>	11	<i>clobazam</i>	51
<i>chlorpromazine hcl</i>	48	<i>clobetasol propionate</i>	111
<i>chlorthalidone</i>	41	<i>clobetasol propionate e</i>	111
<i>chocolated laxative regul</i>	82	<i>clomipramine hcl</i>	45
<i>cholestyramine</i>	39	<i>clonazepam</i>	51
<i>cholestyramine light</i>	39	<i>clonidine</i>	42
<i>ciclopirox olamine</i>	110	<i>clonidine hcl</i>	42
<i>cilostazol</i>	89	<i>clopidogrel bisulfate</i>	90
CILOXAN	99	<i>clorazepate dipotassium</i>	51
CIMDUO TAB 300-300	13	<i>clotrimazole</i>	113
<i>cinacalcet hcl</i>	74	<i>clotrimazole (topical)</i>	110
CIPRO	17	<i>clotrimazole vaginal</i>	87
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	17	<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i> 1-0.05%	110
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	17	<i>clozapine</i>	48
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	101	COARTEM TAB 20-120MG.....	11
<i>ciprofloxacin hcl</i>	17	<i>colace 2-in-1</i>	82
<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i>	99	COLACE CLEAR	82
<i>cisplatin</i>	20	<i>colchicine</i>	2
<i>citalopram hydrobromide</i>	45	<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	2
<i>claravis</i>	109	<i>colesevelam hcl</i>	39
<i>clarithromycin</i>	17	<i>colestipol hcl</i>	39
<i>clearlax</i>	82	<i>colistimethate sodium</i>	8
<i>clindamycin hcl</i>	8	COMBIGAN SOL 0.2/0.5%.....	101
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	8	COMBIVENT AER 20-100	102
<i>clindamycin phosphate</i>	8	COMETRIQ (60MG DOSE).....	25
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	8	COMETRIQ KIT 100MG	25
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i>	8	COMETRIQ KIT 140MG	25
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i>	8	COMPLERA TAB	13
<i>clindamycin phosphate (topical)</i>	109	<i>complete allergy medicine</i>	103
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	87	<i>compro</i>	80
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML.....	8	<i>constulose</i>	82
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML.....	8	COPIKTRA	25
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML.....	8	CORLANOR	42
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	98	COTELLIC	25
CLINIMIX INJ 4.25/D10	98	CREON CAP 3000UNIT	86
CLINIMIX INJ 5%/D15W	98	CREON CAP 6000UNIT	86
CLINIMIX INJ 5%/D20W	98	CREON CAP 12000UNT	86
CLINIMIX INJ 6/5.....	98	CREON CAP 24000UNT	86
CLINIMIX INJ 8/10	98	CREON CAP 36000UNT	86
CLINIMIX INJ 8/14	98	<i>cromolyn sodium</i>	107
		<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i>	85
		<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	100
		<i>cryselle-28</i>	67

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>cvs pinworm treatment</i>	8	<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-</i>	
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	59	30 mcg	67
<i>cyclophosphamide</i>	20	<i>desvenlafaxine succinate</i>	45
CYCLOPHOSPHAMIDE	20	<i>dexamethasone</i>	73
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR	20	DEXAMETHASONE INTENSOL	73
<i>cycloserine</i>	14	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	73
<i>cyclosporine</i>	93	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> ..	93	(<i>ophth</i>)	100
<i>cyproheptadine hcl</i>	103	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	56
<i>cyred eq</i>	67	<i>dextromethorphan-guaifenesin syrup 10-</i>	
CYSTADROPS.....	101	100 mg/5ml	105
CYSTAGON	74	<i>dextrose</i>	98
CYSTARAN	101	<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i> ...96	
<i>cytarabine</i>	20	<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>96	
D		<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	96
D2.5W/NACL INJ 0.45%	95	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	96
D5W/LYTES INJ #48.....	96	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	96
D10W/NACL INJ 0.2%	96	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	96
<i>dalfampridine</i>	58	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i> ...96	
<i>danazol</i>	72	<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i> ...96	
<i>dantrolene sodium</i>	59	DIACOMIT	51
<i>dapsone</i>	8	<i>diazepam</i>	51
DAPTACEL INJ	94	<i>diazepam (anticonvulsant)</i>	51
<i>daptomycin</i>	8	<i>diazepam inj</i>	51
DAPTOMYCIN	8	<i>diazepam intensol</i>	52
<i>darunavir</i>	11	<i>diazoxide</i>	74
<i>dasetta 1/35</i>	67	<i>diclofenac potassium</i>	4
<i>dasetta 7/7/7</i>	67	<i>diclofenac sodium</i>	4
DAURISMO	25	<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	100
<i>daysee</i>	67	<i>diclofenac sodium (topical)</i>	112
DAYVIGO.....	56	<i>dicloxacillin sodium</i>	18
<i>deblitane</i>	67	<i>dicyclomine hcl</i>	81
<i>deferasirox</i>	66	DIFICID	17
DELSTRIGO TAB.....	13	<i>diflunisal</i>	4
DENGVAXIA SUS.....	94	<i>digoxin</i>	42
DEPO-SUBQ PROVERA 104	67	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	57
<i>depo-testosterone</i>	61	DILANTIN.....	52
DESCOVY TAB 120-15MG	13	DILANTIN-125.....	52
DESCOVY TAB 200/25MG	13	DILANTIN INFATABS	52
<i>desipramine hcl</i>	45	<i>diltiazem hcl</i>	41
<i>desmopressin acetate</i>	74	<i>diltiazem hcl coated beads</i>	41
<i>desmopressin acetate spray</i>	74	<i>diltiazem hcl extended release beads</i>	41
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i>	74	<i>dilt-xr</i>	41
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-</i>		<i>diphenhydramine hcl</i>	103
0.02/0.01 mg(21/5)	67	<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-</i>	
		0.025 mg/5ml.....	85

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i>	85	DUPIXENT.....	90
DIP/TET PED INJ 25-5LFU.....	94	<i>dutasteride</i>	86
<i>dipyridamole</i>	90	<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i>	86
<i>disopyramide phosphate</i>	38	E	
<i>disulfiram</i>	60	<i>ec-naproxen</i>	4
<i>divalproex sodium</i>	52	<i>econtra ez</i>	67
<i>docetaxel</i>	23	<i>econtra one-step</i>	67
DOCETAXEL.....	23	<i>ed-apap</i>	2
<i>docusate calcium</i>	82	EDURANT.....	12
<i>docusate mini</i>	82	<i>e.e.s. 400</i>	17
<i>docusate sodium</i>	82	<i>efavirenz</i>	12
DOCUSOL KIDS.....	82	<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	13
<i>docusol mini</i>	82	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	13
<i>docusol plus mini-enema</i>	82	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	13
<i>dofetilide</i>	38	ELIGARD.....	21
<i>dok</i>	82	<i>elinest</i>	67
<i>donepezil hydrochloride</i>	44	ELIQUIS.....	88
DOPTELET.....	89	ELIQUIS STARTER PACK.....	88
<i>dorzolamide hcl</i>	101	ELLENCE.....	20
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 2-0.5%</i>	101	<i>eluryng</i>	67
<i>dotti</i>	72	EMCYT.....	21
DOVATO TAB 50-300MG.....	13	EMSAM.....	45
<i>doxazosin mesylate</i>	35	<i>emtricitabine</i>	12
<i>doxepin hcl</i>	45	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	13
<i>doxepin hcl (sleep)</i>	56	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	13
<i>doxorubicin hcl</i>	20	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	13
<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	20	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	14
<i>doxy 100</i>	19	EMTRIVA.....	12
<i>doxycycline hyclate</i>	19	EMVERM.....	8
<i>doxycycline (monohydrate)</i>	19	<i>enalapril maleate</i>	34
<i>driminate</i>	80	<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	34
<i>dronabinol</i>	80	<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	34
<i>drosiprenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	67	ENBREL.....	90
<i>drosiprenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	67	ENBREL MINI.....	90
<i>drosiprenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.03-0.451 mg</i>	67	ENBREL SURECLICK.....	90
DROXIA.....	89	ENDARI.....	89
<i>droxidopa</i>	42		
DULERA AER 50-5MCG.....	109		
DULERA AER 100-5MCG.....	109		
DULERA AER 200-5MCG.....	109		
<i>duloxetine hcl</i>	45		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	6	<i>estarylla</i>	67
<i>endocet tab 5-325mg</i>	6	<i>estradiol</i>	72
<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	6	<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-</i>	
<i>endocet tab 10-325mg</i>	6	<i>0.1 mg</i>	73
<i>enema ready-to-use</i>	82	<i>estradiol & norethindrone acetate tab</i>	
<i>enemeez mini</i>	82	<i>1-0.5 mg</i>	73
<i>enemeez plus</i>	82	<i>estradiol vaginal</i>	73
ENGERIX-B.....	94	<i>estradiol valerate</i>	73
<i>enilloring</i>	67	<i>eszopiclone</i>	56
<i>enoxaparin sodium</i>	88	<i>ethambutol hcl</i>	14
<i>enpresse-28</i>	67	<i>ethosuximide</i>	52
<i>enskyce</i>	67	<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab</i>	
ENSTILAR AER	111	<i>1 mg-35 mcg</i>	68
<i>entacapone</i>	47	<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab</i>	
<i>entecavir</i>	15	<i>1 mg-50 mcg</i>	68
ENTRESTO TAB 24-26MG.....	36	<i>etodolac</i>	4
ENTRESTO TAB 49-51MG	36	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.120-</i>	
ENTRESTO TAB 97-103MG	36	<i>0.015 mg/24hr</i>	68
<i>enulose</i>	82	<i>etoposide</i>	23
EPCLUSA PAK 150-37.5	15	<i>etravirine</i>	12
EPCLUSA PAK 200-50MG	15	EULEXIN.....	21
EPCLUSA TAB 200-50MG.....	15	<i>euthyrox</i>	76
EPCLUSA TAB 400-100	15	<i>everolimus</i>	25, 26
EPIDIOLEX	52	<i>everolimus (immunosuppressant)</i>	93
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	42, 107	EVOTAZ TAB 300-150	14
<i>epitol</i>	52	<i>exemestane</i>	21
<i>eplerenone</i>	35	EXKIVITY	26
EPRONTIA.....	52	EYSUVIS	100
<i>ergocalciferol</i>	98	<i>ezetimibe</i>	39
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	57	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	39
ERIVEDGE	25	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	39
ERLEADA.....	21	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	39
<i>erlotinib hcl</i>	25	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	39
<i>errin</i>	67	F	
<i>ertapenem sodium</i>	8	FABRAZYME.....	74
<i>ery</i>	110	<i>falmina</i>	68
<i>ery-tab</i>	17	<i>famciclovir</i>	15
ERYTHROCIN LACTOBIONATE.....	17	<i>famotidine</i>	81
<i>erythrocine stearate</i>	17	<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i>	81
<i>erythromycin (acne aid)</i>	110	<i>famotidine original stren</i>	81
<i>erythromycin base</i>	17	FANAPT	48
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	17	FANAPT PAK	48
<i>erythromycin lactobionate</i>	17	FARXIGA	61
<i>erythromycin (ophth)</i>	99	FASENRA	107
<i>escitalopram oxalate</i>	45	FASENRA PEN.....	107
<i>esomeprazole magnesium</i>	86		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>felbamate</i>	52	<i>fluticasone propionate (nasal)</i>	108
<i>felodipine</i>	41	<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-</i> <i>50 mcg/act</i>	109
<i>fenofibrate</i>	38	<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-</i> <i>50 mcg/act</i>	109
<i>fenofibrate micronized</i>	38	<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-</i> <i>50 mcg/act</i>	109
<i>fentanyl</i>	5	<i>fluvoxamine maleate</i>	43
<i>fentanyl citrate</i>	6	<i>fondaparinux sodium</i>	88
FETZIMA	45	<i>fosamprenavir calcium</i>	12
FETZIMA CAP TITRATIO	45	<i>fosinopril sodium</i>	34
<i>feverall childrens</i>	2	<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab</i> <i>10-12.5 mg</i>	34
FEVERALL INFANTS	2	<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab</i> <i>20-12.5 mg</i>	34
FEVERALL JUNIOR STRENGTH.....	2	FOTIVDA.....	26
FIASP	64	FRUZAQLA.....	26
FIASP FLEXTOUCH.....	64	<i>fulvestrant</i>	21
FIASP PENFILL	64	<i>furosemide</i>	42
FIASP PUMPCART	64	<i>furosemide inj</i>	42
<i>fiber-lax</i>	82	FUZEON.....	12
<i>fiber laxative</i>	82	<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	73
<i>finasteride</i>	86	<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	73
<i>finngolimod hcl</i>	58	FYCOMPA	52
FINTEPLA.....	52	G	
<i>finzala</i>	68	<i>gabapentin</i>	52
FIRMAGON	21	<i>galantamine hydrobromide</i>	44
<i>flac</i>	101	GAMASTAN INJ	92
FLAREX	100	GAMMAGARD LIQUID	92
FLEBOGAMMA DIF.....	92	GAMMAGARD S/D IGA LESS TH.....	92
<i>flecainide acetate</i>	38	GAMMAKED	92
FLEET ENE PED	82	GAMMAPLEX	93
<i>fluconazole</i>	10	GAMUNEX-C	93
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml</i> . 10		<i>ganciclovir sodium</i>	15
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i> 10		GARDASIL 9 INJ.....	94
<i>flucytosine</i>	10	<i>gatifloxacin (ophth)</i>	99
<i>fludrocortisone acetate</i>	73	GATTEX	85
<i>flunisolide (nasal)</i>	108	GAUZE PADS 2	64
<i>fluocinolone acetonide</i>	111	<i>gavilax</i>	82
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i>	101	<i>gavilyte-c</i>	82
<i>fluocinonide</i>	111	<i>gavilyte-g</i>	82
<i>fluocinonide emulsified base</i>	111	GAVRETO	26
<i>fluorometholone (ophth)</i>	100	<i>gefitinib</i>	26
<i>fluorouracil</i>	20	<i>gemcitabine hcl</i>	20
<i>fluorouracil (topical)</i>	112	<i>gemfibrozil</i>	38
<i>fluoxetine hcl</i>	45		
<i>fluphenazine decanoate</i>	48		
<i>fluphenazine hcl</i>	48		
<i>flurbiprofen</i>	5		
<i>flurbiprofen sodium</i>	100		
<i>fluticasone propionate</i>	112		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
GEMTESA.....	87	<i>gnp antacid/regular stren</i>	78
<i>generlac</i>	82	<i>gnp anti-diarrheal</i>	79
<i>gengraf</i>	93	<i>gnp aspirin</i>	2
GENOTROPIN.....	75	<i>gnp aspirin low dose</i>	2
GENOTROPIN MINIQUICK.....	75	<i>gnp childrens allergy</i>	103
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	8	<i>gnp clearlax</i>	82
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	9	<i>gnp clotrimazole 3</i>	87
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	9	<i>gnp fiber therapy</i>	82
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	9	<i>gnp gentle laxative</i>	83
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	9	<i>gnp headache relief extra</i>	2
<i>gentamicin sulfate</i>	9	<i>gnp ibuprofen</i>	5
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>	99	<i>gnp infants pain/fever</i>	3
<i>gentamicin sulfate (topical)</i>	110	<i>gnp loperamide hydrochlor</i>	79
<i>gentle laxative</i>	82	<i>gnp loratadine</i>	103
GENVOYA TAB.....	14	<i>gnp loratadine childrens</i>	103
GILOTRIF	26	<i>gnp miconazole 1 combinat</i>	87
<i>glatiramer acetate</i>	58	<i>gnp miconazole 3</i>	87
<i>glatopa</i>	58	<i>gnp miconazole 7</i>	87
GLEOSTINE.....	20	<i>gnp migraine relief</i>	3
<i>glimepiride</i>	61, 62	<i>gnp milk of magnesia</i>	83
<i>glipizide</i>	62	<i>gnp motion sickness relie</i>	80
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	62	<i>gnp mucus dm maximum stre</i>	105
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	62	<i>gnp mucus er</i>	105
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	62	<i>gnp mucus relief er maxim</i>	105
<i>glipizide xl</i>	62	<i>gnp naproxen</i>	5
<i>glycerin childrens</i>	82	<i>gnp nasal decongestant</i>	105
<i>glycerin (laxative)</i>	82	<i>gnp nasal decongestant/ma</i>	105
<i>glycopyrrolate</i>	81	<i>gnp natural fiber</i>	83
<i>glydo</i>	112	<i>gnp nausea relief</i>	80
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	62	<i>gnp nicotine gum</i>	60
GLYXAMBI TAB 25-5 MG.....	62	<i>gnp nicotine mini lozenge</i>	60
<i>gnp acetaminophen</i>	2	<i>gnp nicotine polacrilex</i>	60
<i>gnp acid reducer</i>	81	<i>gnp nicotine polacrilex m</i>	60
<i>gnp adult aspirin low str</i>	2	<i>gnp nicotine transdermal</i>	60
<i>gnp all day allergy</i>	103	<i>gnp pain & fever children</i>	3
<i>gnp all day allergy child</i>	103	<i>gnp pain & fever infants</i>	3
<i>gnp all day allergy relie</i>	103	<i>gnp pain relief</i>	3
<i>gnp allergy</i>	103	<i>gnp pain relief extra str</i>	3
<i>gnp allergy relief</i>	103	<i>gnp pink bismuth</i>	79
<i>gnp allergy relief maximu</i>	103	<i>gnp senna lax</i>	83
<i>gnp antacid</i>	78	<i>gnp senna plus</i>	83
<i>and anti-gas/</i> 78		<i>gnp stomach relief</i>	79
<i>gnp antacid anti-gas/maxi</i>	78	<i>gnp stool softener</i>	83
<i>gnp antacid & anti-gas/re</i>	78	<i>gnp stool softener/stimul</i>	83
<i>gnp antacid extra strengt</i>	78	<i>gnp tussin dm cough</i>	105
		<i>gnp tussin mucus & chest</i>	105

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>gnp womens gentle laxativ</i>	83	<i>healthylax</i>	83
<i>goodsense all day allergy</i>	103	<i>heartburn relief</i>	81
<i>goodsense allergy relief</i>	103	<i>heartburn relief extra st</i>	78
<i>goodsense anti-diarrheal</i>	79	<i>heather</i>	68
<i>goodsense aspirin</i>	3	HEPARIN/NACL INJ 25000UNT	88
<i>goodsense aspirin adults</i>	3	<i>heparin sodium (porcine)</i>	88
<i>goodsense clearlax</i>	83	HEPLISAV-B.....	94
<i>goodsense ibuprofen</i>	5	HEP SOD/D5W INJ 20000UNT	88
<i>goodsense migraine formul</i>	3	HEP SOD/D5W INJ 25000UNT	88
<i>goodsense mucus dm</i>	105	HEP SOD/NACL INJ 12500UNT	88
<i>goodsense mucus er</i>	105	HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	88
<i>goodsense mucus er maximu</i>	105	HERCEP HYLEC SOL 60-10000.....	26
<i>goodsense naproxen sodium</i>	5	HERCEPTIN	26
<i>goodsense nicotine</i>	60	HERZUMA	26
<i>goodsense nicotine gum</i>	60	HIBERIX.....	94
<i>goodsense nicotine polacr</i>	60	<i>hm adult aspirin</i>	3
<i>goodsense pain & fever ch</i>	3	<i>hm all day allergy</i>	103
<i>goodsense pain & fever in</i>	3	<i>hm all day allergy childr</i>	103
<i>goodsense pain relief</i>	3	<i>hm allergy relief</i>	103
<i>goodsense pain relief ext</i>	3	<i>hm antacid</i>	78
<i>granisetron hcl</i>	80	<i>hm antacid anti-gas extra</i>	78
<i>griseofulvin microsize</i>	10	<i>hm antacid extra strength</i>	78
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	11	<i>hm aspirin</i>	3
<i>guaifenesin</i>	105	<i>hm aspirin ec low dose</i>	3
<i>guanfacine hcl</i>	42	<i>hm cetirizine hydrochlori</i>	103
<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	56	<i>hm clearlax</i>	83
GVOKE HYPOPEN 2-PACK.....	74	<i>hm enema saline laxative</i>	83
GVOKE KIT	74	<i>hm gentle laxative</i>	83
GVOKE PFS.....	74	<i>hm ibuprofen</i>	5
H		<i>hm laxative</i>	83
HAEGARDA.....	89	<i>hm loratadine</i>	104
<i>hailey 1.5/30</i>	68	<i>hm milk of magnesia</i>	83
<i>hailey 24 fe</i>	68	<i>hm motion sickness</i>	80
<i>halobetasol propionate</i>	112	<i>hm mucus relief dm</i>	105
<i>haloette</i>	68	<i>hm nicotine polacrilex</i>	60
<i>haloperidol</i>	48	<i>hm nicotine transdermal s</i>	60
<i>haloperidol decanoate</i>	48	<i>hm pain reliever</i>	3
<i>haloperidol lactate</i>	48	<i>hm senna</i>	83
HARVONI PAK 33.75-150MG.....	15	<i>hm stool softener</i>	83
HARVONI PAK 45-200MG.....	15	<i>hm stool softener/stimula</i>	83
HARVONI TAB 45-200MG	15	HUMIRA	90
HARVONI TAB 90-400MG	15	HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	90
HAVRIX.....	94	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D	90
<i>headache relief</i>	3	HUMIRA PEN	90
<i>headache relief/extra str</i>	3	HUMIRA PEN-CD/UC/HS START	91
		HUMIRA PEN KIT PS/UV	91

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S.....	91	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	94
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	91	INBRIJA	47
HUMULIN R U-500 (CONCENTR.....)	64	<i>incassia</i>	68
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	64	INCRELEX	75
<i>hydralazine hcl</i>	42	INCRUSE ELLIPTA.....	102
<i>hydrochlorothiazide</i>	42	<i>indapamide</i>	42
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-</i> <i>325 mg/15ml</i>	6	INFANRIX INJ	94
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i> .6		INFLIXIMAB	91
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-</i> <i>325 mg</i>	6	INLYTA.....	27
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg</i> 7		INQOVI TAB 35-100MG.....	20
<i>hydrocodone bitartrate</i>	5	INREBIC.....	27
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	7	INSULIN PEN NEEDLES\ BD/NOVO	64
<i>hydrocortisone</i>	73	INSULIN SAFETY NEEDLES	64
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	81	INSULIN SYRINGES\ BD	64
<i>hydrocortisone (rectal)</i>	112	INTELENCE	12
<i>hydrocortisone (topical)</i>	112	INTRALIPID	98
<i>hydromorphone hcl</i>	7	<i>introvale</i>	68
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	92	INVEGA HAFYERA	48
<i>hydroxyurea</i>	23	INVEGA SUSTENNA	48
<i>hydroxyzine hcl</i>	104	INVEGA TRINZA	49
<i>hydroxyzine pamoate</i>	104	IPOL INJ INACTIVE	94
HYSINGLA ER.....	6	<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3)</i> <i>mg/3ml</i>	102
I		<i>ipratropium bromide</i>	102
<i>ibandronate sodium</i>	65	<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	102
IBRANCE	26	<i>irbesartan</i>	37
<i>ibu</i>	5	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-</i> <i>12.5 mg</i>	36
<i>ibuprofen</i>	5	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-</i> <i>12.5 mg</i>	36
<i>icatibant acetate</i>	89	<i>irinotecan hcl</i>	23
<i>iclevia</i>	68	ISENTRESS	12
ICLUSIG.....	26	ISENTRESS HD.....	12
IDACIO (2 PEN).....	91	<i>isibloom</i>	68
IDACIO (2 SYRINGE)	91	ISOLYTE-P INJ /D5W	96
IDACIO CROHN INJ DISEASE	91	ISOLYTE-S INJ.....	96
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS.....	91	ISOLYTE-S INJ PH 7.4.....	96
IDHIFA	26	<i>isoniazid</i>	14
<i>imatinib mesylate</i>	26	<i>isosorbide dinitrate</i>	43
IMBRUVICA.....	26, 27	<i>isosorbide mononitrate</i>	43
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> <i>250 mg</i>	9	<i>isotretinoin</i>	110
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> <i>500 mg</i>	9	<i>isradipine</i>	41
<i>imipramine hcl</i>	45	<i>itraconazole</i>	11
<i>imiquimod</i>	112	<i>ivermectin</i>	9
		IWILFIN.....	23
		IXIARO INJ	94

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
J			
JAKAFI	27	<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i>	96
<i>jantoven</i>	88	<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	96
JANUMET TAB 50-500MG.....	62	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	96
JANUMET TAB 50-1000	62	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	96
JANUMET XR TAB 50-500MG.....	62	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	96
JANUMET XR TAB 50-1000	62	KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%.....	96
JANUMET XR TAB 100-1000.....	62	<i>kelnor 1/35</i>	68
JANUVIA	62	<i>kelnor 1/50</i>	68
JARDIANCE	62	KERENDIA.....	35
<i>jasmiel</i>	68	KESIMPTA.....	58
<i>javygtor</i>	75	<i>ketoconazole</i>	11
JAYPIRCA	27	<i>ketoconazole (topical)</i>	110, 111
JENTADUETO TAB 2.5-500.....	62	<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>	100
JENTADUETO TAB 2.5-850.....	62	KEVZARA.....	91
JENTADUETO TAB 2.5-1000	62	KEYTRUDA	27
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	62	KINRIX INJ	94
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	62	KISQALI 200 DOSE.....	27
<i>jinteli</i>	73	KISQALI 200 PAK FEMARA	23
<i>jolessa</i>	68	KISQALI 400 DOSE.....	27
<i>juleber</i>	68	KISQALI 400 PAK FEMARA	23
JULUCA TAB 50-25MG.....	14	KISQALI 600 DOSE.....	27
<i>junel 1.5/30</i>	68	KISQALI 600 PAK FEMARA	23
<i>junel 1/20</i>	68	<i>klayesta</i>	110
<i>junel fe 1.5/30</i>	68	<i>klor-con</i>	97
<i>junel fe 1/20</i>	68	<i>klor-con 8</i>	97
<i>junel fe 24</i>	68	<i>klor-con 10</i>	97
JYNNEOS.....	94	<i>klor-con m10</i>	97
K		<i>klor-con m15</i>	97
KADCYLA	27	<i>klor-con m20</i>	97
<i>kaitlib fe</i>	68	KORLYM.....	75
KALYDECO	107	KOSELUGO	27
KANJINTI	27	<i>kourzeq</i>	113
<i>kariva</i>	68	KRAZATI.....	27
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	96	<i>kurvelo</i>	68
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	96	L	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	96	<i>labetalol hcl</i>	40
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	96	<i>lacosamide</i>	52
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	96	<i>lacosamide oral</i>	52
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	96	<i>lactated ringer's solution</i>	96
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	96	<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	112
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	96	<i>lactulose</i>	83
		<i>lactulose (encephalopathy)</i>	83

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>lamivudine</i>	12	<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	17
<i>lamivudine (hbv)</i>	15	<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	17
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	14	<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	17
<i>lamotrigine</i>	53	<i>levonest</i>	69
<i>lansoprazole</i>	86	<i>levonor-eth est tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg</i> ð est 0.01 mg	69
LANTUS.....	64	<i>levonorgestrel (emergency oc)</i>	69
LANTUS SOLOSTAR.....	64	<i>levonorgestrel-eth estra tab</i> 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg	69
<i>lapatinib ditosylate</i>	27	<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day)</i> tab 0.15-0.03 mg	69
<i>larin 1.5/30</i>	68	<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-</i> 20 mcg	69
<i>larin 1/20</i>	68	<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab</i> 0.15 mg-30 mcg	69
<i>larin 24 fe</i>	68	<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth</i> est tab 0.01mg(7)	69
<i>larin fe 1.5/30</i>	68	<i>levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) & eth</i> est tab 0.01mg(7)	69
<i>larin fe 1/20</i>	68	<i>levora 0.15/30-28</i>	69
<i>latanoprost</i>	101	<i>levo-t</i>	76
<i>laxative maximum strength</i>	83	<i>levothyroxine sodium</i>	76
<i>laxative regular strength</i>	83	<i>levoxyl</i>	77
<i>layolis fe</i>	69	LEXIVA.....	12
<i>leena</i>	69	<i>lidocaine</i>	112
<i>leflunomide</i>	92	<i>lidocaine hcl</i>	112
<i>lenalidomide</i>	22	<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	8
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE.....	27	<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	113
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE.....	28	<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>	112
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	28	<i>lidocan iii</i>	112
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	28	<i>linezolid</i>	9
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	28	LINEZOLID INJ 2MG/ML.....	9
LENVIMA CAP 14 MG	28	LINZESS	85
LENVIMA CAP 18 MG	28	<i>liothyronine sodium</i>	77
LENVIMA CAP 24 MG	28	<i>liquid acetaminophen</i>	3
<i>lessina</i>	69	<i>lisinopril</i>	35
<i>letrozole</i>	21	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-</i> 12.5 mg	34
<i>leucovorin calcium</i>	33	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-</i> 12.5 mg	34
LEUKERAN.....	20	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-</i> 25 mg.....	34
<i>leuprolide acetate</i>	22	LITHIUM	58
<i>levalbuterol hcl</i>	105	<i>lithium carbonate</i>	58
<i>levalbuterol tartrate</i>	105	<i>loestrin 1.5/30-21</i>	69
<i>levetiracetam</i>	53	<i>loestrin 1/20-21</i>	69
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 500 mg/100ml.....	53		
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1000 mg/100ml.....	53		
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1500 mg/100ml	53		
<i>levobunolol hcl</i>	101		
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>	75		
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	104		
<i>levofloxacin</i>	17		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	69	M	
<i>loestrin fe 1/20</i>	69	<i>mag-al plus</i>	78
LOKELMA.....	66	<i>mag-al plus xs</i>	78
LONSURF TAB 15-6.14	20	<i>magnesium oxide</i>	78
LONSURF TAB 20-8.19	21	<i>magnesium sulfate</i>	97
<i>loperamide hcl</i>	79, 85	MAGNESIUM SULFATE	97
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80- 20 mg/ml)</i>	14	<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>	97
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	14	<i>malathion</i>	113
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	14	<i>mapap childrens</i>	3
<i>loratadine</i>	104	<i>maraviroc</i>	12
<i>loratadine childrens</i>	104	<i>marlissa</i>	69
<i>lorazepam</i>	44	MARPLAN.....	45
<i>lorazepam intensol</i>	44	MATULANE.....	23
LORBRENA	28	MAVYRET PAK 50-20MG	15
<i>loryna</i>	69	MAVYRET TAB 100-40MG	15
<i>losartan potassium</i>	37	<i>m-dryl</i>	104
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	36	<i>meclizine hcl</i>	80
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	36	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	76
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	36	<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i>	69
LOTEMAX	100	<i>mefloquine hcl</i>	11
<i>lovastatin</i>	38	<i>megestrol acetate</i>	22, 76
<i>low-ogestrel</i>	69	<i>megestrol acetate (appetite)</i>	76
<i>loxapine succinate</i>	49	MEKINIST	28
LUMAKRAS.....	28	MEKTOVI.....	29
LUMIGAN	101	<i>meloxicam</i>	5
LUMIZYME.....	75	<i>memantine hcl</i>	44
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	22	<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg titration pack</i>	44
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	22	MENACTRA INJ	95
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....	75	MENQUADFI INJ	95
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....	75	MENVEO INJ	95
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH).....	75	MENVEO SOL	95
<i>lurasidone hcl</i>	49	<i>mercaptopurine</i>	21
<i>lutea</i>	69	<i>meropenem</i>	9
<i>lyleq</i>	69	<i>mesalamine</i>	81
<i>lyllana</i>	73	<i>mesalamine w/ cleanser</i>	81
LYNPARZA	28	MESNEX.....	33
LYSODREN.....	22	<i>metformin hcl</i>	62
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	28	<i>methadone hcl</i>	6
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	28	<i>methadone hydrochloride i</i>	6
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	28	<i>methazolamide</i>	42
<i>lyza</i>	69	<i>methenamine hippurate</i>	9
		<i>methimazole</i>	77

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>methocarbamol</i>	59	<i>mirtazapine</i>	45
<i>methotrexate sodium</i>	21, 92	<i>misoprostol</i>	85
<i>methsuximide</i>	53	MITIGARE.....	2
<i>methylphenidate hcl</i>	56	M-M-R II INJ	95
<i>methylprednisolone</i>	73	M-NATAL PLUS TAB	97
<i>methylprednisolone acetate</i>	73	<i>modafinil</i>	59
<i>methylprednisolone sod succ</i>	74	<i>moexipril hcl</i>	35
<i>methyltestosterone</i>	61	<i>molindone hcl</i>	49
<i>metoclopramide hcl</i>	80	<i>mometasone furoate</i>	112
<i>metolazone</i>	42	MONJUVI.....	29
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-</i> <i>25 mg</i>	40	<i>mono-lynyah</i>	70
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-</i> <i>25 mg</i>	40	<i>montelukast sodium</i>	107
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-</i> <i>50 mg</i>	40	<i>morphine sulfate</i>	6, 7
<i>metoprolol succinate</i>	40	MORPHINE SULFATE	7
<i>metoprolol tartrate</i>	40	MORPHINE SULFATE/SODIUM C.....	7
<i>metronidazole</i>	9	<i>motion sickness relief</i>	80
<i>metronidazole (topical)</i>	112	<i>motion sickness relief/le</i>	80
<i>metronidazole vaginal</i>	87	<i>motion-time</i>	80
<i>metyrosine</i>	43	MOUNJARO.....	63
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML.....	97	MOVANTIK.....	85
<i>mibelas 24 fe</i>	69	<i>moxifloxacin hcl</i>	17
<i>micafungin sodium</i>	11	<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium</i> <i>chloride 0.8% inj</i>	17
<i>miconazole 3 combination</i>	87	<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	99
<i>miconazole 3 combo pack</i>	87	<i>m-pap</i>	3
<i>miconazole 7</i>	87	<i>mucus relief</i>	105
<i>miconazole nitrate vaginal</i>	87	<i>mucus relief dm</i>	105
<i>microgestin 1.5/30</i>	70	<i>mucus relief dm maximum s</i>	105
<i>microgestin 1/20</i>	70	<i>mucus relief er</i>	106
<i>microgestin 24 fe</i>	70	<i>mucus relief maximum stre</i>	106
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	70	MULTAQ	38
<i>microgestin fe 1/20</i>	70	<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	97
<i>midodrine hcl</i>	43	<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	97
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i>	75	<i>mupirocin</i>	110
<i>miglustat</i>	75	<i>my choice</i>	70
<i>migraine relief</i>	3	<i>mycophenolate mofetil</i>	93, 94
<i>mili</i>	70	<i>mycophenolate sodium</i>	94
<i>milk of magnesia</i>	83	MYRBETRIQ.....	87
MILK OF MAGNESIA CONCENTR.....	83	<i>my way</i>	70
<i>mimvey</i>	73	N	
<i>minocycline hcl</i>	19	<i>nabumetone</i>	5
<i>minoxidil</i>	43	<i>nadolol</i>	40
<i>mintox maximum strength</i>	78	<i>nafcillin sodium</i>	18
<i>mintox plus</i>	78	NAGLAZYME.....	75
		<i>nalbuphine hcl</i>	7

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>naloxone hcl</i>	60	NICOTINE SYS KIT TRANSDER.....	61
<i>naltrexone hcl</i>	60	<i>nicotine transdermal syst</i>	61
NAMZARIC CAP 7-10MG	44	NICOTROL INHALER	61
NAMZARIC CAP 14-10MG	44	NICOTROL NS	61
NAMZARIC CAP 21-10MG.....	44	<i>nifedipine</i>	41
NAMZARIC CAP 28-10MG.....	44	<i>nikki</i>	70
NAMZARIC CAP PACK.....	44	<i>nilutamide</i>	22
<i>naproxen</i>	5	<i>nimodipine</i>	41
<i>naproxen sodium</i>	5	NINLARO.....	29
<i>naratriptan hcl</i>	57	<i>nitazoxanide</i>	9
<i>nasal decongestant</i>	106	<i>nitisinone</i>	75
NATACYN	99	NITRO-BID	43
<i>nateglinide</i>	63	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	9
NATPARA	65	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	9
<i>nausea relief</i>	80	<i>nitroglycerin</i>	43
NAYZILAM	53	<i>nizatidine</i>	81
<i>nebivolol hcl</i>	40	<i>nora-be</i>	70
<i>necon 0.5/35-28</i>	70	<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk</i> 150-35 mcg/24hr	70
<i>nefazodone hcl</i>	45	<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab</i> 1 mg-20 mcg (24)	70
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-</i> 400unt-10000unt op oin	99	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab</i> 1 mg-20 mcg.....	70
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol</i> 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml	99	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab</i> 1.5 mg-30 mcg	70
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth</i> oint 0.1%.....	99	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab</i> 1 mg-20 mcg.....	70
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth</i> susp 0.1%	99	<i>norethindrone acetate</i>	76
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	99	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab</i> 0.5 mg-2.5 mcg.....	73
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	102	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab</i> 1 mg-5 mcg	73
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp</i> 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%	102	<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab</i> 1-20/1-30/1-35 mg-mcg	70
<i>neomycin sulfate</i>	9	<i>norethindrone (contraceptive)</i>	70
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op</i> oin	99	<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew</i> tab 0.4 mg-35 mcg	70
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	99	<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew</i> tab 0.8 mg-25 mcg	70
NERLYNX	29	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-</i> 25/0.25-25 mg-mcg	70
NEUPRO	47	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-</i> 35/0.25-35 mg-mcg.....	71
<i>nevirapine</i>	12	<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab</i> 0.25 mg-35 mcg	70
<i>new day</i>	70	<i>norlyroc</i>	71
NEXAVAR.....	29		
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	39		
<i>nicardipine hcl</i>	41		
<i>nicotine</i>	60		
<i>nicotine mini lozenge</i>	60		
<i>nicotine polacrilex</i>	60		
<i>nicotine polacrilex mini</i>	61		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
NORPACE CR	38	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i>	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	71	<i>tab 20-5-12.5 mg</i>	36
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	71	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i>	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	71	<i>tab 40-5-12.5 mg</i>	36
<i>nortrel 7/7/7</i>	71	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i>	
<i>nortriptyline hcl</i>	45	<i>tab 40-5-25 mg</i>	36
NORVIR	12	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i>	
NOVOLIN INJ 70/30	64	<i>tab 40-10-12.5 mg</i>	36
NOVOLIN INJ 70/30 FP	64	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i>	
NOVOLIN N.....	64	<i>tab 40-10-25 mg</i>	37
NOVOLIN N FLEXPEN	64	<i>olmesartan medoxomil</i>	37
NOVOLIN R	64	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i>	
NOVOLIN R FLEXPEN.....	64	<i>tab 20-12.5 mg</i>	36
NOVOLOG MIX INJ 70/30	64	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i>	
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN.....	64	<i>tab 40-12.5 mg</i>	36
NUBEQA	22	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i>	
NUDEXTA CAP 20-10MG.....	58	<i>tab 40-25 mg</i>	36
NULOJIX	94	<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	39
NUPLAZID.....	49	<i>omeprazole</i>	86
NURTEC	57	OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO.....	64
NUTRILIPID.....	98	OMNIPOD 5 G6 MIS PODS.....	64
NUZYRA	19	OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO	65
<i>nyamyc</i>	110	OMNIPOD 5 G7 MIS PODS.....	65
<i>nylia 1/35</i>	71	OMNIPOD DASH KIT INTRO.....	65
<i>nylia 7/7/7</i>	71	OMNIPOD DASH MIS PODS.....	65
NYMALIZE.....	41	OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY.....	65
<i>nymyo</i>	71	OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY.....	65
<i>nystatin</i>	11	OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	65
<i>nystatin (mouth-throat)</i>	113	OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY	65
<i>nystatin (topical)</i>	110	OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY	65
<i>nystop</i>	110	OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY	65
O		OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY.....	65
<i>ocella</i>	71	OMNIPOD MIS CLASSIC	65
OCTAGAM	93	<i>ondansetron</i>	80
<i>octreotide acetate</i>	75	<i>ondansetron hcl</i>	80
ODEFSEY TAB	14	ONTRUZANT	29
ODOMZO	29	ONUREG.....	21
OFEV.....	107	<i>opcicon one-step</i>	71
<i>ofloxacin (ophth)</i>	100	OPSUMIT	43
<i>ofloxacin (otic)</i>	102	<i>option 2</i>	71
OGIVRI.....	29	ORGOVYX.....	22
OGIVRI INJ 420MG.....	29	ORKAMBI GRA 75-94MG.....	107
OGSIVEO.....	29	ORKAMBI GRA 100-125	107
OJJAARA.....	29	ORKAMBI GRA 150-188	107
<i>olanzapine</i>	49	ORKAMBI TAB 100-125	107
		ORKAMBI TAB 200-125.....	107

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
ORSERDU.....	22	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>	83
<i>oseltamivir phosphate</i>	15	<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	84
OTEZLA.....	91	PEGASYS.....	15
OTEZLA TAB 10/20/30.....	91	PEMAZYRE.....	29
<i>oxacillin sodium</i>	18	<i>pemetrexed disodium</i>	21
<i>oxaliplatin</i>	20	PENBRAYA INJ.....	95
<i>oxcarbazepine</i>	53	PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML.....	19
<i>oxybutynin chloride</i>	87	PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML.....	19
<i>oxycodone hcl</i>	7	<i>penicillamine</i>	66
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg</i>	7	<i>penicillin g potassium</i>	19
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i>	7	<i>penicillin g sodium</i>	19
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	7	<i>penicillin v potassium</i>	19
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg</i>	7	PENTACEL INJ.....	95
OXYCONTIN.....	6	<i>pentamidine isethionate inh</i>	9
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	63	<i>pentamidine isethionate inj</i>	9
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE).....	63	<i>pentoxifylline</i>	89
OZEMPIC (1MG/DOSE).....	63	<i>perindopril erbumine</i>	35
OZEMPIC (2MG/DOSE).....	63	<i>periogard</i>	113
P		<i>permethrin</i>	113
<i>pacerone</i>	38	<i>perphenazine</i>	49
<i>paclitaxel</i>	23	PERSERIS.....	49
<i>paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg</i>	23	<i>pfizerpen</i>	19
<i>pain & fever childrens</i>	3	<i>phenelzine sulfate</i>	45
<i>pain & fever infants</i>	3	<i>phenobarbital</i>	53
<i>pain reliever plus</i>	3	<i>phenobarbital sodium</i>	53
<i>paliperidone</i>	49	<i>phenytek</i>	53
<i>pamidronate disodium</i>	65	<i>phenytoin</i>	53
PAMIDRONATE DISODIUM.....	65	<i>phenytoin sodium</i>	53
PANRETIN.....	112	<i>phenytoin sodium extended</i>	53
<i>pantoprazole sodium</i>	86	PHESGO SOL.....	29
PANZYGA.....	93	<i>philith</i>	71
<i>paraplatin</i>	20	<i>phytonadione</i>	98
<i>paricalcitol</i>	77	PIFELTRO.....	12
<i>paroxetine hcl</i>	45	<i>pilocarpine hcl</i>	101
PAXLOVID TAB 150-100.....	15	<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	113
PAXLOVID TAB 300-100.....	15	<i>pimozide</i>	49
<i>pazopanib hcl</i>	29	<i>pimtrea</i>	71
PEDIA-LAX.....	83	<i>pin-away</i>	9
PEDIARIX INJ 0.5ML.....	95	<i>pindolol</i>	40
PEDVAX HIB.....	95	<i>pioglitazone hcl</i>	63
		<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-500 mg</i>	63
		<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg</i>	63

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	19	<i>prednisone</i>	74
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	19	PREDNISON INTENSOL.....	74
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	19	<i>pregabalin</i>	53
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	19	PREHEVBRIO.....	95
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	19	PREMASOL SOL 10%	98
PIQRAY 200MG DAILY DOSE.....	29	PRENATAL TAB 27-1MG.....	98
PIQRAY 250MG TAB DOSE.....	29	PRENATAL TAB PLUS	98
PIQRAY 300MG DAILY DOSE.....	29	<i>prevalite</i>	39
<i>pirfenidone</i>	108	PREVYMIS	15
<i>piroxicam</i>	5	PREZCOBIX TAB 800-150.....	14
PLASMA-LYTE INJ -148	97	PREZISTA	12
PLASMA-LYTE INJ -A.....	97	PRIFTIN	14
<i>plenamine</i>	98	<i>primaquine phosphate</i>	11
PLENVU SOL	84	PRIMAQUINE PHOSPHATE	11
<i>podofilox</i>	112	<i>primidone</i>	53
<i>polycin ophth oint</i>	100	PRIORIX INJ.....	95
<i>polyethylene glycol 3350</i>	84	PRIVIGEN	93
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	100	<i>probenecid</i>	2
POMALYST	22	<i>prochlorperazine</i>	80
<i>portia-28</i>	71	<i>prochlorperazine edisylate</i>	80
<i>posaconazole</i>	11	<i>prochlorperazine maleate</i>	80
<i>potassium chloride</i>	97, 98	PROCRIT	89
POTASSIUM CHLORIDE.....	97	<i>procto-med hc</i>	113
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	97	<i>proctosol hc</i>	113
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i>	98	<i>proctozone-hc</i>	113
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i>	87	<i>progesterone</i>	76
POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ	97	PROGRAF	94
POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.45% INJ	97	PROLASTIN-C	108
POT CHL 40MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ	97	PROLENSA.....	100
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	47	PROLIA	65
<i>prasugrel hcl</i>	90	PROMACTA	89
<i>pravastatin sodium</i>	38	<i>promethazine hcl</i>	80
<i>praziquantel</i>	9	<i>promethazine w/ codeine syrup 6.25-10 mg/5ml</i>	106
<i>prazosin hcl</i>	35	<i>propafenone hcl</i>	38
<i>prednisolone</i>	74	<i>proparacaine hcl</i>	101
<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	100	<i>propranolol hcl</i>	40
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP	100	<i>propylthiouracil</i>	77
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	74	PROQUAD INJ.....	95
		PROSOL INJ 20%	98
		<i>protriptyline hcl</i>	45
		<i>pseudoephedrine hcl</i>	106
		PULMOZYME.....	108
		PURIXAN.....	21
		<i>pyrazinamide</i>	14
		<i>pyridostigmine bromide</i>	58

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>pyridoxine hcl</i>	98	<i>qc stool softener plus la</i>	84
Q		<i>qc stool softener plus st</i>	84
<i>qc acetaminophen infants</i>	3	<i>qc travel ease</i>	80
<i>qc all day allergy relief</i>	104	<i>qc tussin dm cough & ches</i>	106
<i>qc allergy childrens</i>	104	<i>qc tussin expectorant adu</i>	106
<i>qc allergy relief</i>	104	<i>qc vegetable laxative</i>	84
<i>qc antacid</i>	78	QINLOCK	29
<i>qc antacid/anti-gas</i>	78	QUADRACEL INJ	95
<i>qc antacid/anti-gas maxim</i>	78	QUADRACEL INJ 0.5ML	95
<i>qc antacid extra strength</i>	78	<i>quetiapine fumarate</i>	49
<i>qc anti-diarrheal</i>	79	<i>quinapril hcl</i>	35
<i>qc aspirin</i>	3	<i>quinidine sulfate</i>	38
<i>qc aspirin low dose</i>	3	<i>quinine sulfate</i>	11
<i>qc chocolate laxative</i>	84	QULIPTA	57
<i>qc clotrimazole</i>	87	R	
<i>qc enema</i>	84	RABAVERT INJ	95
<i>qc enteric aspirin</i>	4	<i>rabeprazole sodium</i>	86
<i>qc famotidine acid reduce</i>	81	<i>raloxifene hcl</i>	75
<i>qc fiber</i>	84	<i>ramipril</i>	35
<i>qc fiber therapy</i>	84	<i>ranolazine</i>	43
<i>qc gentle laxative</i>	84	<i>rasagiline mesylate</i>	47
<i>qc gentle laxative womens</i>	84	RAYALDEE	77
<i>qc headache relief</i>	4	<i>reclipsen</i>	71
<i>qc heartburn antacid</i>	78	RECOMBIVAX HB	95
<i>qc ibuprofen</i>	5	RECTIV	113
<i>qc laxative</i>	84	<i>reeses pinworm medicine</i>	9
<i>qc loratadine allergy rel</i>	104	REGANEX	113
<i>qc miconazole 7</i>	87	RELENZA DISKHALER	15
<i>qc milk of magnesia</i>	84	RELISTOR	85
<i>qc motion sickness relief</i>	80	REMICADE	91
<i>qc mucus relief 12 hour</i>	106	RENFLEXIS	91
<i>qc mucus relief childrens</i>	106	<i>repaglinide</i>	63
<i>qc mucus relief dm max</i>	106	REPATHA	39
<i>qc mucus relief er 12 hou</i>	106	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	39
<i>qc naproxen sodium</i>	5	REPATHA SURECLICK	39
<i>qc nasal decongestant max</i>	106	RESTASIS	101
<i>qc natura-lax</i>	84	RESTASIS MULTIDOSE	101
<i>qc non-aspirin extra stre</i>	4	RETEVMO	29
<i>qc pain relief</i>	4	REVLIMID	22
<i>qc pain relief childrens</i>	4	REXULTI	49
<i>qc pain relief extra stre</i>	4	REYATAZ	12
<i>qc pink bismuth</i>	79	REZLIDHIA	30
<i>qc stomach relief</i>	79	REZUROCK	94
<i>qc stomach relief ultra</i>	79	RHOPRESSA	101
<i>qc stool softener</i>	84	<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	15

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>rifabutin</i>	14	<i>senna-time s</i>	84
<i>rifampin</i>	14	<i>sennosides</i>	84
<i>riluzole</i>	58	<i>sennosides-docusate sodium tab 8.6-</i> <i>50 mg</i>	84
<i>rimantadine hydrochloride</i>	15	<i>senokot extra strength</i>	84
RINVOQ	91	SEREVENT DISKUS	105
<i>risedronate sodium</i>	66	<i>sertraline hcl</i>	46
RISPERDAL CONSTA	49, 50	<i>setlakin</i>	71
<i>risperidone</i>	50	<i>sevelamer carbonate</i>	76
<i>risperidone microspheres</i>	50	<i>sharobel</i>	71
<i>ritonavir</i>	12	SHINGRIX	95
<i>rivastigmine</i>	44	SIGNIFOR	75
<i>rivastigmine tartrate</i>	44	<i>siladryl allergy</i>	104
<i>rivelsa</i>	71	<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> ..	43
<i>rizatriptan benzoate</i>	57	<i>siltussin-dm</i>	106
<i>robafen mucus/chest conge</i>	106	<i>siltussin sa</i>	106
ROCKLATAN DRO	101	<i>silver sulfadiazine</i>	110
<i>roflumilast</i>	108	SIMBRINZA SUS 1-0.2%	101
<i>ropinirole hydrochloride</i>	47	<i>simliya</i>	71
<i>rosuvastatin calcium</i>	39	<i>simpesse</i>	71
ROTARIX SUS	95	<i>simvastatin</i>	39
ROTATEQ SOL	95	<i>sinus congestion maximum</i>	106
<i>roweepa</i>	53	<i>sirolimus</i>	94
ROZLYTREK	30	SIRTURO	14
RUBRACA	30	SIVEXTRO	9
<i>rufinamide</i>	54	SKYRIZI	91, 92
RUKOBIA	12	SKYRIZI PEN	92
RYBELSUS	63	<i>sm 3-day vaginal</i>	87
RYDAPT	30	<i>sm acid reducer</i>	81
S		<i>sm adult aspirin</i>	4
<i>sajazir</i>	89	<i>sm all day allergy</i>	104
SANDIMMUNE	94	<i>sm all day allergy child</i>	104
SANTYL	113	<i>sm all day allergy childr</i>	104
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	75	<i>sm all day allergy relief</i>	104
SCEMBLIX	30	<i>sm allergy childrens</i>	104
<i>scopolamine</i>	80	<i>sm allergy relief</i>	104
SECUADO	50	<i>sm allergy relief childre</i>	104
<i>selegiline hcl</i>	47	<i>sm antacid</i>	78
<i>selenium sulfide</i>	111	<i>sm antacid advanced</i>	78
SELZENTRY	12	<i>sm antacid advanced maxi</i>	78
<i>senexon-s</i>	84	<i>sm antacid extra strength</i>	78
<i>senna-lax</i>	84	<i>sm antacid maximum streng</i>	78
<i>senna plus</i>	84	<i>sm anti-diarrheal</i>	79
SENNALAX PLUS CAP 8.6-50MG	84	<i>sm aspirin adult low stre</i>	4
<i>senna regular strength</i>	84	<i>sm aspirin enteric coated</i>	4
<i>senna-time</i>	84	<i>sm aspirin low dose</i>	4

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>sm calcium antacid extra</i>	78	SODIUM POW BICARBON.....	78
<i>sm clearlax</i>	84	<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	85
<i>sm clotrimazole vaginal</i>	87	<i>solifenacin succinate</i>	87
<i>sm enema</i>	84	SOLIQUA INJ 100/33.....	65
<i>sm fiber</i>	84	SOLTAMOX	22
<i>sm fiber laxative</i>	85	<i>soluble fiber</i>	85
<i>sm gentle laxative</i>	85	SOLU-CORTEF	74
<i>sm ibuprofen</i>	5	SOMATULINE DEPOT	76
<i>sm ibuprofen ib</i>	5	SOMAVERT	76
<i>sm loratadine</i>	104	<i>sorafenib tosylate</i>	30
<i>sm miconazole 3</i>	87	SORBITOL.....	85
<i>sm miconazole 7</i>	88	<i>sorine</i>	38
<i>sm migraine relief</i>	4	<i>sotalol hcl</i>	38
<i>sm milk of magnesia</i>	85	<i>sotalol hcl (afib/af)</i>	38
<i>sm motion sickness</i>	80	<i>spironolactone</i>	35
<i>sm mucus relief</i>	106	<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	42
<i>sm mucus relief/12 hour</i>	106	<i>sprintec 28</i>	71
<i>sm mucus relief maximum s</i>	106	SPRITAM	54
<i>sm naproxen sodium</i>	5	SPRYCEL.....	30
<i>sm nasal decongestant max</i>	106	<i>sps</i>	66
<i>sm nicotine</i>	61	<i>sronyx</i>	71
<i>sm nicotine polacrilex</i>	61	<i>ssd</i>	110
<i>sm nicotine transdermal s</i>	61	STELARA.....	92
<i>smooth antacid extra stre</i>	78	<i>stimulant laxative</i>	85
<i>sm pain & fever childrens</i>	4	STIVARGA	30
<i>sm pain & fever infants</i>	4	STL SOFT/LAX CAP 8.6-50MG.....	85
<i>sm pain relief extra stre</i>	4	<i>stomach relief</i>	79
<i>sm pain reliever</i>	4	<i>stomach relief extra stre</i>	79
<i>sm pain reliever children</i>	4	<i>stomach relief ultra</i>	79
<i>sm pain reliever extra st</i>	4	<i>stool softener</i>	85
<i>sm stomach relief</i>	79	<i>stool softener + stimulan</i>	85
<i>sm stomach relief liquid</i>	79	<i>streptomycin sulfate</i>	9
<i>sm stool softener</i>	85	STRIBILD TAB.....	14
<i>sm stool softener/stimula</i>	85	<i>subvenite</i>	54
<i>sm tioconazole-1</i>	88	<i>sucralfate</i>	85
<i>sm tussin dm</i>	106	<i>sudogest</i>	106
<i>sm tussin dm cough/chest</i>	106	<i>sudogest maximum strength</i>	106
<i>sm tussin mucus + chest c</i>	106	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	110
<i>sodium bicarbonate (antacid)</i>	78	<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i>	100
<i>sodium chloride</i>	97	<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	99
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i>	113	<i>sulfadiazine</i>	9
<i>sodium fluoride chew\; tab\; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	98	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml</i>	10
SODIUM OXYBATE	59		
<i>sodium phenylbutyrate</i>	75		
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	66		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml</i>	10	TAZORAC.....	111
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg</i>	10	<i>taztia xt</i>	41
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg</i>	10	TAZVERIK.....	31
SULFAMYLON.....	110	TDVAX INJ 2-2 LF.....	95
<i>sulfasalazine</i>	81	TECENTRIQ.....	31
<i>sulindac</i>	5	TEFLARO.....	16
<i>sumatriptan</i>	57	<i>telmisartan</i>	37
<i>sumatriptan succinate</i>	57	<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i>	37
<i>sunitinib malate</i>	30	<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i>	37
SUNLENCA.....	12	<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i>	37
<i>syeda</i>	71	<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i>	37
SYMDEKO TAB 50-75MG.....	108	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	37
SYMDEKO TAB 100-150.....	108	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	37
SYMPAZAN.....	54	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-25 mg</i>	37
SYMTUZA TAB.....	14	<i>temazepam</i>	56
SYNAREL.....	72	TENIVAC INJ 5-2LF.....	95
SYNJARDY TAB 5-500MG.....	63	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	12
SYNJARDY TAB 5-1000MG.....	63	TEPMETKO.....	31
SYNJARDY TAB 12.5-500.....	63	<i>terazosin hcl</i>	35
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG.....	63	<i>terbinafine hcl</i>	11
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG.....	63	<i>terbutaline sulfate</i>	105
SYNJARDY XR TAB 10-1000.....	63	<i>terconazole vaginal</i>	88
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000.....	63	TERIPARATIDE.....	66
SYNJARDY XR TAB 25-1000.....	63	<i>testosterone</i>	61
SYNTHROID.....	77	<i>testosterone cypionate</i>	61
T		<i>testosterone enanthate</i>	61
TABLOID.....	21	<i>tetrabenazine</i>	58
TABRECTA.....	30	<i>tetracycline hcl</i>	19
<i>tacrolimus</i>	94	THALOMID.....	22, 23
<i>tacrolimus (topical)</i>	113	<i>theophylline</i>	108
TAFINLAR.....	30	<i>thiamine hcl</i>	98
TAGRISSE.....	30	<i>thioridazine hcl</i>	50
TALTZ.....	92	<i>thiothixene</i>	50
TALZENNA.....	30, 31	<i>tiadylt er</i>	41
<i>tamoxifen citrate</i>	22	<i>tiagabine hcl</i>	54
<i>tamsulosin hcl</i>	86	TIBSOVO.....	31
<i>tarina 24 fe</i>	71	TICOVAC.....	95
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	71	<i>tigecycline</i>	19
TASIGNA.....	31	<i>tilia fe</i>	71
<i>tasimelteon</i>	56	<i>timolol maleate</i>	40
<i>tazarotene</i>	111	<i>timolol maleate (ophth)</i>	101
<i>tazicef</i>	16	<i>tinidazole</i>	10
		<i>tioconazole 1</i>	88

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
TIVICAY	12, 13	<i>trifluridine</i>	100
TIVICAY PD	13	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	47
<i>tizanidine hcl</i>	59	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG..63	
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	99	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG ..63	
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	99	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5- 1000MG	63
<i>tobramycin</i>	10	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG..63	
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3- 0.1%</i>	99	TRIKAFTA PAK 59.5MG	108
<i>tobramycin (ophth)</i>	100	TRIKAFTA PAK 75MG.....	108
<i>tobramycin sulfate</i>	10	TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG.....	108
<i>tolterodine tartrate</i>	87	TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG.....	108
<i>topiramate</i>	54	<i>tri-legest fe</i>	71
<i>toremifene citrate</i>	22	<i>tri-lynyah</i>	71
<i>torse mide</i>	42	<i>tri-lo-estarylla</i>	71
TOUJEO MAX SOLOSTAR	65	<i>tri-lo-marzia</i>	71
TOUJEO SOLOSTAR.....	65	<i>tri-lo-mili</i>	71
TPN ELECTROL INJ	97	<i>tri-lo-sprintec</i>	72
TRADJENTA	63	<i>trimethoprim</i>	10
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	7	<i>tri-mili</i>	72
<i>tramadol hcl</i>	7	<i>trimipramine maleate</i>	46
<i>trandolapril</i>	35	TRINTELLIX.....	46
<i>tranexamic acid</i>	89	<i>tri-nymyo</i>	72
<i>tranylcypramine sulfate</i>	46	<i>tri-sprintec</i>	72
TRAVASOL INJ 10%.....	98	TRIUMEQ PD TAB	14
TRAZIMERA.....	31	TRIUMEQ TAB	14
<i>trazodone hcl</i>	46	<i>trivora-28</i>	72
TRECTOR	14	<i>tri-vylibra</i>	72
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG .	102	<i>tri-vylibra lo</i>	72
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	102	TRIZIVIR TAB	14
<i>treprostinil</i>	43	TROGARZO.....	13
TRESIBA	65	TROPHAMINE INJ 10%	98
TRESIBA FLEXTOUCH.....	65	<i>trospium chloride</i>	87
<i>tretinoin</i>	110	TRULICITY	63
<i>tretinoin (chemotherapy)</i>	23	TRUMENBA INJ.....	95
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i>	113	TRUQAP	31
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i>	112	TRUXIMA.....	31
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5- 25 mg</i>	42	TUKYSA.....	31
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5- 25 mg</i>	42	TURALIO	31
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75- 50 mg</i>	42	<i>turqoz</i>	72
<i>tri-buffered aspirin</i>	4	<i>tusnel diabetic</i>	106
<i>trientine hcl</i>	66	<i>tusnel-ex</i>	106
<i>tri-estarylla</i>	71	<i>tussin dm</i>	106
<i>trifluoperazine hcl</i>	50	<i>tussin mucus + chest cong</i>	107
		<i>tussin mucus & chest cong</i>	107
		TWINRIX INJ.....	95
		TYBOST	13

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>tydemy</i>	72	VENCLEXTA TAB START PK	31
TYPHIM VI	95	<i>venlafaxine hcl</i>	46
TYRVAYA	101	VENTAVIS	43
U		VENTOLIN HFA	105
UBRELVY	57	VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK)	105
<i>unithroid</i>	77	<i>verapamil hcl</i>	41
<i>ursodiol</i>	85	VERQUVO	43
V		VERSACLOZ	50
<i>valacyclovir hcl</i>	15	VERZENIO	31
VALCHLOR	113	<i>vestura</i>	72
<i>valganciclovir hcl</i>	15	V-GO 20 KIT	65
<i>valproate sodium</i>	54	V-GO 30 KIT	65
<i>valproic acid</i>	54	V-GO 40 KIT	65
<i>valsartan</i>	37	<i>vienva</i>	72
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	37	<i>vigabatrin</i>	54
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i>	37	<i>vigadrone</i>	54
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i>	37	<i>vilazodone hcl</i>	46
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i>	37	<i>vincristine sulfate</i>	24
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	37	<i>vinorelbine tartrate</i>	24
VALTOCO 5 MG DOSE	54	<i>viorele</i>	72
VALTOCO 10 MG DOSE	54	VIRACEPT	13
VALTOCO 15 MG DOSE	54	VIREAD	13
VALTOCO 20 MG DOSE	54	VITRAKVI	32
<i>vancomycin hcl</i>	10	VIVITROL	61
VANCOMYCIN INJ 1 GM	10	VIZIMPRO	32
VANCOMYCIN INJ 500MG	10	VONJO	32
VANCOMYCIN INJ 750MG	10	<i>voriconazole</i>	11
VANFLYTA	31	VOSEVI TAB	15
VAQTA	95	VOTRIENT	32
<i>varenicline tartrate</i>	61	VRAYLAR	50
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack</i>	61	VRAYLAR CAP 1.5-3MG	50
VARIVAX	95	<i>vyfemla</i>	72
VASCEPA	39	<i>vylibra</i>	72
<i>velivet</i>	72	VYZULTA	101
VELPHORO	76	W	
VELTASSA	66	<i>warfarin sodium</i>	88
VEMLIDY	15	<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	113
VENCLEXTA	31	WELIREG	23
		<i>wera</i>	72
		<i>wixela inhub</i>	109
		<i>wymzya fe</i>	72
		X	
		XALKORI	32
		XARELTO	88

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
XARELTO STAR TAB 15/20MG	88	ZEMAIRA.....	108
XATMEP	92	<i>zenatane</i>	110
XCOPRI.....	54	ZENPEP CAP 3000UNIT	86
XCOPRI PAK 12.5-25.....	55	ZENPEP CAP 5000UNIT	86
XCOPRI PAK 50-100MG	55	ZENPEP CAP 10000UNT	86
XCOPRI PAK 100-150	55	ZENPEP CAP 15000UNT.....	86
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE) 55		ZENPEP CAP 20000UNT.....	86
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	55	ZENPEP CAP 25000UNT	86
XELJANZ.....	92	ZENPEP CAP 40000UNT.....	86
XELJANZ XR.....	92	ZENPEP CAP 60000UNT.....	86
XERMELO.....	86	ZERVIAE	100
XGEVA	66	<i>zidovudine</i>	13
XHANCE.....	108	ZIEXTENZO	89
XIFAXAN	86	<i>ziprasidone hcl</i>	50
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	64	<i>ziprasidone mesylate</i>	50
XIGDUO XR TAB 5-500MG.....	64	ZIRABEV	33
XIGDUO XR TAB 5-1000MG	64	ZIRGAN	100
XIGDUO XR TAB 10-500MG.....	64	<i>zoledronic acid</i>	66
XIGDUO XR TAB 10-1000.....	64	ZOLINZA.....	33
XIIDRA	101	<i>zolpidem tartrate</i>	57
XOFLUZA.....	15	ZONISADE.....	55
XOLAIR.....	108	<i>zonisamide</i>	55
XOSPATA.....	32	<i>zovia 1/35</i>	72
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	32	ZTALMY.....	55
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	32	<i>zumandimine</i>	72
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	32	ZURZUVAE	46
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	32	ZYDELIG.....	33
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	32	ZYKADIA	33
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	32	ZYLET SUS 0.5-0.3%	99
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	32	ZYPREXA RELPREVV	50
XTANDI.....	22		
<i>xulane</i>	72		
XULTOPHY INJ 100/3.6.....	65		
Y			
<i>yargesa</i>	76		
YF-VAX INJ	95		
<i>yuvaferm</i>	73		
Z			
<i>zafemy</i>	72		
<i>zafirlukast</i>	107		
<i>zaleplon</i>	56, 57		
ZARXIO.....	89		
ZEJULA	32, 33		
ZELBORAF	33		

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 **1-866-600-2139 (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 **1-866-600-2139 (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**1-866-600-2139 (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**1-866-600-2139 (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 **1-866-600-2139 (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 **1-866-600-2139 (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 **1-866-600-2139 (TTY: 711)** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmeterscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-866-600-2139 (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 **1-866-600-2139 (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 **1-866-600-2139 (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 **1-866-600-2139 (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 **1-866-600-2139 (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 **1-866-600-2139 (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 **1-866-600-2139 (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 **1-866-600-2139 (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 **1-866-600-2139 (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、**1-866-600-2139 (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 **1-866-600-2139 (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)

Aetna Better Health Premier Plan MMA es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Illinois para brindar los beneficios de los dos programas a sus inscritos.

Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, o visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetna.com/betterhealth/illinois)**.



©2024 Aetna Inc.

IL-23-09-08 (SP) D (04/24)

Sin cambios realizados desde el 04/01/2024