

# 2025 Lista de medicamentos cubiertos/ Formulario

## Aetna Better Health® Premier Plan

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

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



# Aetna Better Health Premier Plan | *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) 2025*

## Introducción

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

## Índice

A. Descargos de responsabilidad.....	III
B. Preguntas frecuentes (FAQ).....	IV
B1. ¿Qué medicamentos con receta figuran en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> ? (Para abreviarla, denominamos a la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> “Lista de medicamentos”). .....	IV
B2. ¿Se modifica la Lista de medicamentos en algún momento? .....	IV
B3. ¿Qué sucede cuando la Lista de medicamentos cambia?.....	V
B4. ¿Hay alguna restricción o límite en la cobertura de medicamentos? ¿O se debe tomar alguna medida para obtener ciertos medicamentos?.....	VII
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si debo tomar alguna medida para obtener el medicamento? .....	VIII
B6. ¿Qué sucede si Aetna Better Health Premier Plan modifica sus normas sobre algunos medicamentos (por ejemplo, autorizaciones previas [PA] o aprobaciones, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado)? .....	VIII
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos? .....	VIII
B8. ¿Qué sucede si el medicamento que deseo tomar no figura en la Lista de medicamentos? .....	IX
B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo de Aetna Better Health Premier Plan y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos, o si tengo algún problema para obtener mi medicamento? .....	IX
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento? .....	X

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

Actualizado el 10/01/2024



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 productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares? .....	XII
B15. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)? .....	XII
B16. ¿Aetna Better Health Premier Plan cubre productos OTC que no sean medicamentos? .....	XII
B17. ¿Cuál es mi copago?.....	XII
B18. ¿Qué son los niveles de medicamentos?.....	XIII
C. Resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> .....	XIII
C1. Medicamentos agrupados según la afección médica.....	1
D. Índice de medicamentos cubiertos.....	138



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

## A. Descargos de responsabilidad

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

- ❖ Aetna Better Health Premier Plan es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Michigan para brindarles los beneficios de ambos programas a sus inscritos.
- ❖ El formulario podría cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.
- ❖ Consulte el Manual para miembros para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura del plan.
- ❖ We have free interpreter services to answer any questions that you may have about our health or drug plan. To get an interpreter just call us at **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. Someone that speaks Spanish and Arabic can help you. This is a free service.
- ❖ Tenemos servicios gratuitos de interpretación para responder a cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, llámenos al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Alguien que hable español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

إننا نقدم خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالخطة الصحية أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-855-676-5772 (TTY: 711)**، على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.. يمكن لأي شخص يتحدث العربية مساعدتك. هذه هي خدمة مجانية.

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

---

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

Actualizado el 10/01/2024



## B. Preguntas frecuentes (FAQ)

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

---

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

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

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

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

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

---

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

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

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

- Decidir solicitar o no solicitar la autorización previa (PA) para un medicamento; (la autorización previa es una autorización por parte de Aetna Better Health Premier Plan antes de que pueda obtener un medicamento).

**Esta sección continúa en la siguiente página.**



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

- Incorporar o modificar la cantidad de 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:

- Aparece 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 enteramos de que el medicamento no es seguro; **o bien**
- Un medicamento se elimina 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 en línea en **AetnaBetterHealth.com/Michigan-mmp**. Las actualizaciones de la *Lista de medicamentos* se publican en nuestro sitio web todos los meses.
- También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para consultar la Lista de medicamentos actual al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

---

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

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

- **Sustituciones de ciertas nuevas versiones de medicamentos.** Es posible que eliminemos de inmediato los medicamentos de la Lista de medicamentos si los reemplazamos con ciertas versiones nuevas de ese medicamento, pero el costo del nuevo medicamento será el mismo. *Cuando agreguemos la nueva versión de un medicamento, también podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original 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.
- Podemos realizar estos cambios solo si el medicamento que estamos agregando cumple con las siguientes condiciones:

**Esta sección continúa en la siguiente página.**

---

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



- Es una nueva versión genérica de un medicamento de marca; o
- Se trata de una nueva versión biosimilar determinada de productos biológicos originales que figuran en la *Lista de medicamentos* (por ejemplo, agregar un biosimilar intercambiable que se puede sustituir por un producto biológico original sin una receta nueva).  
Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la Sección B14.
- 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.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) indica que el medicamento que usted está tomando no es seguro o eficaz, o si el fabricante retira el medicamento del mercado, lo eliminaremos de la Lista de medicamentos de inmediato. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de que realicemos el cambio. Debe comunicarse con la persona autorizada a dar recetas después de recibir un aviso. 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.
- Eliminamos un medicamento de marca de la Lista de medicamentos al agregar otro medicamento genérico que no es nuevo en el mercado. O bien
- Eliminamos un producto biológico original al agregar un biosimilar. O bien
- Cambiamos las normas o límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando estos cambios tengan lugar, haremos lo siguiente:

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

**Esta sección continúa en la siguiente página.**



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

Esto le dará tiempo para consultar con su médico u otra persona autorizada a dar recetas. Pueden ayudarlo a decidir lo siguiente:

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

---

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

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

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

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos adicionales o límites consultando las tablas en la sección C1. También puede obtener más información en nuestro sitio web en **[AetnaBetterHealth.com/Michigan-mmp](https://www.aetna.com/betterhealth/michigan-mmp)**. Hemos publicado documentos en Internet que explican nuestras restricciones de tratamiento escalonado y autorización previa. También puede pedirnos que le enviemos una copia.

También puede solicitar una excepción de estas limitaciones. Esto le dará tiempo para consultar con su médico u otra 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.

---

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

Actualizado el 10/01/2024





---

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

La tabla de medicamentos de la sección D1 tiene una columna titulada “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”.

---

## **B6. ¿Qué sucede si Aetna Better Health Premier Plan modifica sus normas sobre algunos medicamentos (por ejemplo, autorizaciones previas [PA] 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, que son las siguientes:

- 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. Puede encontrarlo en la sección D, página 138. El Índice proporciona un listado alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos se encuentran en el Índice. Busque su medicamento en el índice. Junto al medicamento, verá el número de página en el que puede encontrar la información de cobertura.

Para buscar **por afección médica**, busque la sección titulada “Medicamentos agrupados según la afección médica” en la sección C1. 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.



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

---

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

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

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

---

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

Nosotros podemos ayudarle. Podemos cubrir un suministro temporal de su medicamento para 30 días en un entorno para pacientes externos y un suministro de su medicamento para 31 días en un centro de atención a largo plazo durante los primeros 90 días como miembro de Aetna Better Health Premier Plan. Esto le dará tiempo para consultar con su médico u otra persona autorizada a dar recetas. Ellos pueden ayudarle 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; **o**
- Si las normas del plan de salud no le permiten obtener la cantidad solicitada por la persona autorizada a dar recetas; **o bien**
- Si el medicamento requiere la autorización previa de Aetna Better Health Premier Plan; **o bien**
- Si toma un medicamento que forma parte de una restricción de tratamiento escalonado.

**Esta sección continúa en la siguiente página.**

---

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

Actualizado el 10/01/2024



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

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

### **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
  - 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 en las siguientes situaciones:
  - Necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos; o
  - Su capacidad para obtener el medicamento es limitada.

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

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

---

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

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

**Esta sección continúa en la siguiente página.**



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

También puede solicitarnos que cambiemos las normas para su medicamento.

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

---

## **B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?**

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

---

## **B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?**

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

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

---

## **B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?**

Los medicamentos genéricos están compuestos por los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. En general, funcionan tan bien como los medicamentos de marca y suelen costar menos. Generalmente, no tienen nombres conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Hay medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Generalmente, los medicamentos genéricos se pueden sustituir por medicamentos de marca en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, con sujeción a las leyes estatales.

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

---

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

Actualizado el 10/01/2024



---

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

Cuando nos referimos a “medicamentos”, esto podría referirse a un medicamento o a un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos habituales. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos habituales, en lugar de tener una forma genérica, tienen formas que se llaman biosimilares. Generalmente, los biosimilares funcionan igual de bien que el producto biológico original y es posible que cuesten menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, de acuerdo con las leyes estatales, se pueden sustituir por el producto biológico original en la farmacia sin la necesidad de una receta nueva, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

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

---

## **B15. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?**

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

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

---

## **B16. ¿Aetna Better Health Premier Plan cubre productos OTC que no sean medicamentos?**

Aetna Better Health Premier Plan cubre algunos productos OTC que no son 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 son medicamentos están cubiertos, puede leer la Lista de medicamentos de Aetna Better Health Premier Plan.

---

## **B17. ¿Cuál es mi copago?**

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



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

---

## B18. ¿Qué son los niveles de medicamentos?

Los niveles son grupos de medicamentos.

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

Ningún nivel tiene copago.

## C. Resumen de la *Lista de medicamentos cubiertos*

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

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

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

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

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

---

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

Actualizado el 10/01/2024



## 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.

<b>Aquí están los significados de los códigos utilizados en la columna “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”:</b>		
* = 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	NDS = Suministro no extendido

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<b>ANALGESICS - DRUGS TO TREAT PAIN AND INFLAMMATION</b>		
<b>GOUT - DRUGS TO TREAT GOUT</b>		
<i>allopurinol</i> TABS 100mg, 300mg	\$0(1)	
<i>colchicine</i> CAPS .6mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<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)	

**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    **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>MISCELLANEOUS</b>		
<i>acetaminophen</i> SOLN 160mg/5ml, 325mg/10.15ml, 650mg/20.3ml; SUPP 120mg, 650mg; SUSP 80mg/2.5ml, 160mg/5ml, 650mg/20.3ml; TABS 325mg, 500mg; TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>arthritis pain relief</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>aspirin</i> CHEW 81mg; TABS 325mg; TBEC 325mg	\$0(3)	NM; *
ASPIRIN SUPP 300mg	\$0(3)	NM; *
<i>aspirin adult low dose</i> TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>aspirin low dose</i> CHEW 81mg; TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>aspirin low strength</i> CHEW 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>aspirin regimen</i> TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>childrens acetaminophen</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>ed-apap</i> LIQD 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>feverall adults</i> SUPP 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>feverall childrens</i> SUPP 120mg	\$0(3)	NM; *
FEVERALL INFANTS SUPP 80mg	\$0(3)	NM; *
FEVERALL JUNIOR STRENGTH SUPP 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft 8 hour pain relief</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft pain relief</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft pain relief adult extr</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp 8 hour arthritis reli</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp 8 hour pain relief</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp 8 hour pain reliever</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *

**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    **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: 00025123 v8



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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 infants pain/fever</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pain &amp; fever children</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pain &amp; 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 arthritis pain</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense aspirin</i> CHEW 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense aspirin adults</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense pain &amp; fever ch</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense pain &amp; 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>lidocaine hcl (local anesth.)</i> SOLN .5%, 1%, 1.5%, 2%	\$0(1)	B/D
<i>m-pap</i> LIQD 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>mapap</i> CAPS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>mapap childrens</i> CHEW 80mg	\$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    **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: 00025123 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>pain &amp; fever childrens</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>pain &amp; fever infants</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm 8 hour pain relief</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm arthritis pain relieve</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm aspirin adult low stre</i> TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm aspirin low dose</i> CHEW 81mg; TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain &amp; fever childrens</i> SUSP 80mg/2.5ml, 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain &amp; fever infants</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain reliever</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain reliever extra st</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>tension headache</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tri-buffered aspirin</i>	\$0(3)	NM; *
<b>NSAIDS - DRUGS TO TREAT PAIN AND INFLAMMATION</b>		
<i>all day pain relief</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>all day relief</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>celecoxib</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>celecoxib</i> CAPS 400mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>childrens ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml, 200mg/10ml	\$0(3)	NM; *
<i>diclofenac potassium</i> TABS 50mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>diclofenac sodium</i> TB24 100mg; TBEC 25mg, 50mg, 75mg	\$0(1)	
<i>diflunisal</i> TABS 500mg	\$0(1)	

**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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>etodolac</i> CAPS 200mg, 300mg; TABS 400mg, 500mg; TB24 400mg, 500mg, 600mg	\$0(1)	
<i>flurbiprofen</i> TABS 100mg	\$0(1)	
<i>ft ibuprofen childrens</i> SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>ft naproxen sodium</i> CAPS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp childrens ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp ibuprofen</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp ibuprofen childrens</i> CHEW 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp ibuprofen infants</i> SUSP 50mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp naproxen</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp naproxen sodium</i> CAPS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense ibuprofen</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense ibuprofen child</i> CHEW 100mg; SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense ibuprofen infan</i> SUSP 50mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense naproxen sodium</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>ibu</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	\$0(1)	
<i>ibuprofen</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml; TABS 400mg, 600mg, 800mg	\$0(1)	
<i>ibuprofen childrens</i> SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *

**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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ibuprofen infants</i> SUSP 50mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>ibuprofen junior strength</i> CHEW 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>infants ibuprofen</i> SUSP 50mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>meloxicam</i> TABS 7.5mg, 15mg	\$0(1)	
<i>nabumetone</i> TABS 500mg, 750mg	\$0(1)	
<i>naproxen</i> TABS 250mg, 375mg, 500mg	\$0(1)	
<i>naproxen</i> TBEC 375mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>naproxen dr</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>sm childrens ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm ibuprofen</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm ibuprofen ib childrens</i> CHEW 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm infants ibuprofen</i> SUSP 50mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm naproxen sodium</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>sulindac</i> TABS 150mg, 200mg	\$0(1)	
<b>OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING</b>		
<i>buprenorphine</i> PTWK 5mcg/hr, 7.5mcg/hr, 10mcg/hr, 15mcg/hr, 20mcg/hr	\$0(1)	QL (4 patches / 28 days), PA

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **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: 00025123 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<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, 80mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 100mg, 120mg	\$0(2)	NDS, 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
<b>OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING</b>		
<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)

**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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab</i> 10-325 mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen tab</i> 7.5-200 mg	\$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
<i>hydromorphone hcl</i> LIQD 1mg/ml	\$0(1)	QL (600 mL / 30 days)
<i>hydromorphone hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> SOLN 4mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml	\$0(2)	B/D
<i>morphine sulfate</i> SOLN 10mg/5ml, 20mg/5ml	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> SOLN 100mg/5ml	\$0(1)	QL (180 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> TABS 15mg, 30mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>nalbuphine hcl</i> SOLN 10mg/ml, 20mg/ml	\$0(2)	
<i>oxycodone hcl</i> CONC 100mg/5ml	\$0(1)	QL (180 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab</i> 2.5-325 mg	\$0(1)	QL (360 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 **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: 00025123 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<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)
<b>ANTI-INFECTIVES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS</b>		
<b>ANTI-INFECTIVES - MISCELLANEOUS</b>		
<i>albendazole TABS 200mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (672 tabs / year), PA
<i>amikacin sulfate SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	\$0(1)	
ARIKAYCE SUSP 590mg/8.4ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>atovaquone SUSP 750mg/5ml</i>	\$0(1)	QL (300 mL / 30 days), PA
<i>aztreonam SOLR 1gm, 2gm</i>	\$0(1)	
CAYSTON SOLR 75mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>clindamycin hcl CAPS 75mg, 150mg, 300mg</i>	\$0(1)	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride SOLR 75mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>clindamycin phosphate SOLN 900mg/6ml, 9000mg/60ml</i>	\$0(1)	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	\$0(1)	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i>	\$0(1)	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i>	\$0(1)	
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	\$0(2)	
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	\$0(2)	

**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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	\$0(2)	
<i>colistimethate sodium</i> SOLR 150mg	\$0(1)	
<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 0.8 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin sulfate</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/ml	\$0(1)	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i>	\$0(1)	
IMPAVIDO CAPS 50mg	\$0(2)	NDS, PA
<i>ivermectin</i> TABS 3mg	\$0(1)	QL (12 tabs / 90 days), PA
<i>linezolid</i> SOLN 600mg/300ml	\$0(1)	
<i>linezolid</i> SUSR 100mg/5ml	\$0(2)	NDS, QL (1800 mL / 30 days)
<i>linezolid</i> TABS 600mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
LINEZOLID INJ 2MG/ML	\$0(2)	
<i>meropenem</i> SOLR 1gm, 500mg	\$0(1)	
<i>methenamine hippurate</i> TABS 1gm	\$0(1)	
<i>metronidazole</i> SOLN 500mg/100ml; TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>neomycin sulfate</i> TABS 500mg	\$0(1)	
<i>nitazoxanide</i> TABS 500mg	\$0(2)	NDS, QL (6 tabs / 30 days)

**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 **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: 00025123 v8



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> CAPS 50mg, 100mg	\$0(2)	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> CAPS 100mg	\$0(2)	
<i>pentamidine isethionate inh</i> SOLR 300mg	\$0(1)	B/D
<i>pentamidine isethionate inj</i> SOLR 300mg	\$0(1)	
<i>polymyxin b sulfate</i> SOLR 500000unit	\$0(1)	
<i>praziquantel</i> TABS 600mg	\$0(1)	
<i>pyrimethamine</i> TABS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>streptomycin sulfate</i> SOLR 1gm	\$0(2)	NDS
<i>sulfadiazine</i> TABS 500mg	\$0(2)	NDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln</i> 400-80 mg/5ml	\$0(1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp</i> 200-40 mg/5ml	\$0(1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 400-80 mg	\$0(1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 800-160 mg	\$0(1)	
<i>tinidazole</i> TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
TOBI PODHALER CAPS 28mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>tobramycin</i> NEBU 300mg/5ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>tobramycin sulfate</i> SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml	\$0(1)	
<i>trimethoprim</i> TABS 100mg	\$0(1)	
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 125mg	\$0(1)	QL (80 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 250mg	\$0(1)	QL (160 caps / 180 days)

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>vancomycin hcl</i> SOLR 1gm, 1.25gm, 1.5gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg	\$0(1)	
VANCOMYCIN INJ 1 GM	\$0(2)	
VANCOMYCIN INJ 500MG	\$0(2)	
VANCOMYCIN INJ 750MG	\$0(2)	
<b>ANTIFUNGALS - DRUGS TO TREAT FUNGAL INFECTIONS</b>		
ABELCET SUSP 5mg/ml	\$0(2)	B/D
<i>amphotericin b</i> SOLR 50mg	\$0(1)	B/D
<i>amphotericin b liposome</i> SUSR 50mg	\$0(2)	NDS, B/D
<i>caspofungin acetate</i> SOLR 50mg, 70mg	\$0(1)	
<i>fluconazole</i> SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	\$0(1)	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 200 mg/100ml	\$0(1)	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 400 mg/200ml	\$0(1)	
<i>flucytosine</i> CAPS 250mg, 500mg	\$0(2)	NDS, PA
<i>griseofulvin microsize</i> SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	\$0(1)	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> TABS 125mg, 250mg	\$0(1)	
<i>itraconazole</i> CAPS 100mg	\$0(1)	PA
<i>ketoconazole</i> TABS 200mg	\$0(1)	PA
<i>micafungin sodium</i> SOLR 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>nystatin</i> TABS 500000unit	\$0(1)	
<i>posaconazole</i> SUSP 40mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (630 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    **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: 00025123 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>posaconazole</i> TBEC 100mg	\$0(2)	NDS, QL (93 tabs / 30 days), PA
<i>terbinafine hcl</i> TABS 250mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies after a 90 day supply in a calendar year
<i>voriconazole</i> SOLR 200mg	\$0(1)	PA
<i>voriconazole</i> SUSR 40mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (600 mL / 28 days), PA
<i>voriconazole</i> TABS 50mg	\$0(1)	QL (480 tabs / 30 days)
<i>voriconazole</i> TABS 200mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<b>ANTIMALARIALS - DRUGS TO TREAT MALARIA</b>		
<i>atovaquone-proguanil hcl tab</i> 62.5-25 mg	\$0(1)	
<i>atovaquone-proguanil hcl tab</i> 250-100 mg	\$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
<b>ANTIRETROVIRAL AGENTS - DRUGS TO SUPPRESS HIV/AIDS INFECTION</b>		
<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

**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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>darunavir</i> TABS 800mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
EDURANT TABS 25mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>efavirenz</i> 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
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
<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

**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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SELZENTRY SOLN 20mg/ml; TABS 75mg	\$0(2)	NDS, NM
SELZENTRY TABS 25mg	\$0(2)	NM
SUNLENCA TBPK 300mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> TABS 300mg	\$0(1)	NM
TIVICAY TABS 10mg	\$0(2)	NM
TIVICAY TABS 25mg, 50mg	\$0(2)	NDS, NM
TIVICAY PD TBSO 5mg	\$0(2)	NDS, NM
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	\$0(2)	NDS, NM
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
<b>ANTIRETROVIRAL COMBINATION AGENTS - DRUGS TO SUPPRESS HIV/AIDS INFECTION</b>		
<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

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 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: 00025123 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), NM
EVOTAZ TAB 300-150	\$0(2)	NDS, NM
GENVOYA TAB	\$0(2)	NDS, NM
JULUCA TAB 50-25MG	\$0(2)	NDS, NM
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	\$0(1)	NM
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	\$0(1)	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	\$0(1)	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	\$0(1)	NM
ODEFSEY TAB	\$0(2)	NDS, NM
PREZCOBIX TAB 800-150	\$0(2)	NDS, NM
STRIBILD TAB	\$0(2)	NDS, NM
SYMTUZA TAB	\$0(2)	NDS, NM
TRIUMEQ PD TAB	\$0(2)	NM
TRIUMEQ TAB	\$0(2)	NDS, NM
<b>ANTITUBERCULAR AGENTS - DRUGS TO TREAT TUBERCULOSIS</b>		
<i>cycloserine CAPS 250mg</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 **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: 00025123 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>ethambutol hcl</i> TABS 100mg, 400mg	\$0(1)	
<i>isoniazid</i> SYRP 50mg/5ml; TABS 100mg, 300mg	\$0(1)	
PRIFTIN TABS 150mg	\$0(2)	
<i>pyrazinamide</i> TABS 500mg	\$0(1)	
<i>rifabutin</i> CAPS 150mg	\$0(1)	
<i>rifampin</i> CAPS 150mg, 300mg; SOLR 600mg	\$0(1)	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
TRECTOR TABS 250mg	\$0(2)	
<b>ANTIVIRALS - DRUGS TO TREAT VIRAL INFECTIONS</b>		
<i>acyclovir</i> CAPS 200mg; SUSP 200mg/5ml; TABS 400mg, 800mg	\$0(1)	
<i>acyclovir sodium</i> SOLN 50mg/ml	\$0(1)	B/D
<i>adefovir dipivoxil</i> TABS 10mg	\$0(1)	NM
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, ST
<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

**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 **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: 00025123 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
LIVTENCITY TABS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (336 tabs / 28 days), NM, PA
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)	NDS, QL (40 tabs / 90 days)
PAXLOVID TAB 300-100	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 90 days)
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)	
VOSEVI TAB	\$0(2)	NDS, NM, PA
XOFLUZA TBPK 40mg, 80mg	\$0(2)	QL (1 tab / 180 days)
<b>CEPHALOSPORINS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS</b>		
<i>cefaclor</i> CAPS 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>cefadroxil</i> CAPS 500mg; SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	\$0(1)	
CEFAZOLIN SOLR 2gm, 3gm	\$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 **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: 00025123 v8



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	\$0(2)	
<i>cefazolin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 3gm, 10gm, 500mg	\$0(1)	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	\$0(2)	
<i>cefdinir</i> CAPS 300mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	\$0(1)	
<i>cefepime hcl</i> SOLR 1gm, 2gm	\$0(1)	
<i>cefixime</i> CAPS 400mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	\$0(1)	
<i>cefotetan disodium</i> SOLR 1gm, 2gm	\$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

**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    **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>ERYTHROMYCINS/MACROLIDES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS</b>		
<i>azithromycin</i> PACK 1gm; SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 600mg	\$0(1)	
<i>clarithromycin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg; TB24 500mg	\$0(1)	
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	\$0(2)	NDS
<i>e.e.s. 400</i> TABS 400mg	\$0(1)	
<i>ery-tab</i> TBEC 250mg, 333mg, 500mg	\$0(1)	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	\$0(2)	
<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)	
<b>FLUOROQUINOLONES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS</b>		
<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)	

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 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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	\$0(1)	
<i>moxifloxacin hcl TABS 400mg</i>	\$0(1)	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i>	\$0(1)	
<b>PENICILLINS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS</b>		
<i>amoxicillin CAPS 250mg, 500mg; CHEW 125mg, 250mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate chew tab 400-57 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab 250-125 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab 500-125 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab 875-125 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin CAPS 500mg</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</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 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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin &amp; 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)	
<i>penicillin g potassium SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	\$0(1)	
<i>penicillin g sodium SOLR 5000000unit</i>	\$0(1)	
<i>penicillin v potassium SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg</i>	\$0(1)	
<i>pfizerpen SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</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    **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: 00025123 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	\$0(1)	
<b>TETRACYCLINES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS</b>		
<i>doxy 100 SOLR 100mg</i>	\$0(1)	
<i>doxycycline (monohydrate) CAPS 50mg, 100mg; SUSR 25mg/5ml; TABS 50mg, 75mg, 100mg</i>	\$0(1)	
<i>doxycycline hyclate CAPS 50mg, 100mg; SOLR 100mg; TABS 20mg, 100mg</i>	\$0(1)	
<i>minocycline hcl CAPS 50mg, 75mg, 100mg</i>	\$0(1)	
NUZYRA SOLR 100mg	\$0(2)	NDS, NM
NUZYRA TABS 150mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 14 days), NM
<i>tetracycline hcl CAPS 250mg, 500mg</i>	\$0(1)	
<i>tigecycline SOLR 50mg</i>	\$0(2)	NDS
<b>ANTINEOPLASTIC AGENTS - DRUGS TO TREAT CANCER</b>		
<b>ALKYLATING AGENTS</b>		
BENDAMUSTINE HYDROCHLORID SOLN 100mg/4ml	\$0(2)	NDS, B/D, NM
BENDEKA SOLN 100mg/4ml	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>carboplatin SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml</i>	\$0(1)	B/D
<i>cisplatin SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml</i>	\$0(1)	B/D
<i>cyclophosphamide CAPS 25mg, 50mg; SOLR 1gm, 500mg</i>	\$0(1)	B/D

**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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml, 500mg/5ml, 1000mg/10ml, 2000mg/20ml	\$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
<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
<b>ANTIMETABOLITES</b>		
<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, PA
LONSURF TAB 15-6.14	\$0(2)	NDS, QL (100 tabs / 28 days), NM, PA
LONSURF TAB 20-8.19	\$0(2)	NDS, QL (80 tabs / 28 days), NM, PA
<i>mercaptopurine</i> TABS 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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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, PA
<i>pemetrexed disodium</i> SOLR 100mg, 500mg, 750mg, 1000mg	\$0(2)	NDS, B/D
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	\$0(2)	NDS, NM
<b>HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS</b>		
<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, PA
AKEEGA TAB 100/500	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>anastrozole</i> TABS 1mg	\$0(1)	
<i>bicalutamide</i> TABS 50mg	\$0(1)	
ELIGARD KIT 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg	\$0(2)	NM, PA
ERLEADA TABS 60mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
ERLEADA TABS 240mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
EULEXIN CAPS 125mg	\$0(2)	NDS
<i>exemestane</i> TABS 25mg	\$0(1)	
FIRMAGON SOLR 80mg	\$0(2)	NM, PA
FIRMAGON SOLR 120mg/vial	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>fulvestrant</i> SOSY 250mg/5ml	\$0(2)	NDS, B/D
<i>letrozole</i> TABS 2.5mg	\$0(1)	
<i>leuprolide acetate</i> KIT 1mg/0.2ml	\$0(1)	NM, PA

**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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
<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, PA
ORGOVYX TABS 120mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
ORSERDU TABS 86mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
ORSERDU TABS 345mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, 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)	PA
XTANDI CAPS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
XTANDI TABS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
XTANDI TABS 80mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<b>IMMUNOMODULATORS</b>		
<i>lenalidomide</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	\$0(2)	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, PA
<i>lenalidomide</i> CAPS 20mg, 25mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
POMALYST CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA

**PA** - Autorización previa    **QL** - Límites de cantidad    **ST** - Tratamiento escalonado    **NM** - No disponible para pedido por correo    **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare    **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: 00025123 v8



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
THALOMID CAPS 50mg	\$0(2)	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
THALOMID CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
THALOMID CAPS 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA
<b>MISCELLANEOUS</b>		
BESREMI SOSY 500mcg/ml	\$0(2)	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
<i>bexarotene</i> CAPS 75mg	\$0(2)	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, PA
<i>doxorubicin hcl</i> SOLN 2mg/ml	\$0(1)	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> INJ 2mg/ml	\$0(2)	NDS, B/D
<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, PA
MATULANE CAPS 50mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> CAPS 10mg	\$0(2)	NDS
WELIREG TABS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<b>MITOTIC INHIBITORS</b>		
<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

**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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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>vincristine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	\$0(1)	B/D
<i>vinorelbine tartrate</i> SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	\$0(1)	B/D
<b>MOLECULAR TARGET AGENTS</b>		
ALECENSA CAPS 150mg	\$0(2)	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
ALUNBRIG TABS 30mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
ALUNBRIG TABS 90mg, 180mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ALUNBRIG PAK	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
AUGTYRO CAPS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
BALVERSA TABS 3mg	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
BALVERSA TABS 4mg	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
BALVERSA TABS 5mg	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
BORTEZOMIB SOLR 1mg, 2.5mg	\$0(2)	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

**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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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, PA
BRUKINSA CAPS 80mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
CALQUENCE CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
CALQUENCE TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
CAPRELSA TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
CAPRELSA TABS 300mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg	\$0(2)	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
COMETRIQ KIT 100MG	\$0(2)	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA
COMETRIQ KIT 140MG	\$0(2)	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg	\$0(2)	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA
COTELLIC TABS 20mg	\$0(2)	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, PA
DAURISMO TABS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
DAURISMO TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (30 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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ERIVEDGE CAPS 150mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 100mg, 150mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 2mg	\$0(2)	NDS, QL (150 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 3mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 5mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
FRUZAQLA CAPS 1mg	\$0(2)	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
FRUZAQLA CAPS 5mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
GAVRETO CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
<i>gefitinib</i> TABS 250mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	\$0(2)	NDS, NM, PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg	\$0(2)	NDS, QL (21 tabs / 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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ICLUSIG TABS 10mg, 15mg, 30mg, 45mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
IDHIFA TABS 50mg, 100mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, 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, PA
IMBRUVICA CAPS 140mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA SUSP 70mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (216 mL / 27 days), NM, PA
IMBRUVICA TABS 140mg, 280mg, 420mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
INLYTA TABS 1mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
INLYTA TABS 5mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
INREBIC CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
JAYPIRCA TABS 50mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
JAYPIRCA TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	\$0(2)	NDS, B/D, NM
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg	\$0(2)	NDS, QL (21 tabs / 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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
KISQALI 200 PAK FEMARA	\$0(2)	NDS, QL (49 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 400 DOSE TBPK 200mg	\$0(2)	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 400 PAK FEMARA	\$0(2)	NDS, QL (70 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 DOSE TBPK 200mg	\$0(2)	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 PAK FEMARA	\$0(2)	NDS, QL (91 tabs / 28 days), NM, PA
KOSELUGO CAPS 10mg	\$0(2)	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
KOSELUGO CAPS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
KRAZATI TABS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, 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, PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA CAP 14 MG	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA CAP 18 MG	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 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    **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LENVIMA CAP 24 MG	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
LORBRENA TABS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
LORBRENA TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
LUMAKRAS TABS 120mg	\$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
LUMAKRAS TABS 320mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	\$0(2)	NDS, QL (140 tabs / 28 days), NM, PA
MEKINIST SOLR .05mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (1260 mL / 30 days), NM, PA
MEKINIST TABS 2mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
MEKINIST TABS .5mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
MEKTOVI TABS 15mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
MONJUVI SOLR 200mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
NERLYNX TABS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, 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, 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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OGIVRI SOLR 150mg, 420mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
OGSIVEO TABS 50mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
OGSIVEO TABS 100mg, 150mg	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
OJEMDA SUSR 25mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (96 mL / 28 days), NM, PA
OJEMDA TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (24 tabs / 28 days), NM, PA
OJJAARA TABS 100mg, 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	\$0(2)	NDS, NM, 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, PA
PHESGO SOL	\$0(2)	NDS, NM, 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, PA
RETEVMO CAPS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
RETEVMO CAPS 80mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
RETEVMO TABS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
RETEVMO TABS 80mg, 120mg, 160mg	\$0(2)	NDS, QL (60 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 **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: 00025123 v8



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
REZLIDHIA CAPS 150mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
ROZLYTREK CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
ROZLYTREK CAPS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
ROZLYTREK PACK 50mg	\$0(2)	NDS, QL (336 packets / 28 days), NM, PA
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, 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
SCEMBLIX TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (120 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, 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, 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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TAFINLAR TBSO 10mg	\$0(2)	NDS, QL (900 tabs / 30 days), NM, PA
TAGRISSO TABS 40mg, 80mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
TALZENNA CAPS .1mg, .35mg, .5mg, .75mg, 1mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
TALZENNA CAPS .25mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, 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, PA
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
TEPMETKO TABS 225mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
TIBSOVO TABS 250mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>torpenz</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
TRUQAP TABS 160mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (64 tabs / 28 days), NM, 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, PA
TURALIO CAPS 125mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
VANFLYTA TABS 17.7mg, 26.5mg	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VENCLEXTA TABS 10mg	\$0(2)	QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
VENCLEXTA TABS 50mg	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
VENCLEXTA TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
VENCLEXTA TAB START PK	\$0(2)	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, PA
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
VITRAKVI CAPS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
VITRAKVI CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
VITRAKVI SOLN 20mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (300 mL / 30 days), NM, PA
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
VONJO CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
XALKORI CAPS 200mg, 250mg; CPSP 50mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
XALKORI CPSP 20mg	\$0(2)	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
XALKORI CPSP 150mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
XOSPATA TABS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) TBPK 40mg	\$0(2)	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY) TBPK 40mg	\$0(2)	NDS, QL (8 tabs / 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 **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: 00025123 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
XPOVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY) TBPK 60mg	\$0(2)	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (60 MG TWICE WEEKLY) TBPK 20mg	\$0(2)	NDS, QL (24 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY) TBPK 40mg	\$0(2)	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (80 MG TWICE WEEKLY) TBPK 20mg	\$0(2)	NDS, QL (32 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY) TBPK 50mg	\$0(2)	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA
ZEJULA TABS 100mg, 200mg, 300mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ZELBORAF TABS 240mg	\$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	\$0(2)	NDS, NM, 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, PA
ZYKADIA TABS 150mg	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
<b>PROTECTIVE AGENTS</b>		
<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
<b>CARDIOVASCULAR - DRUGS TO TREAT HEART AND CIRCULATION CONDITIONS</b>		
<b>ACE INHIBITOR COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>	\$0(1)	
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 25-15 mg</i>	\$0(1)	
<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</i>	\$0(1)	
<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>enalapril maleate &amp; hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>enalapril maleate &amp; hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>fosinopril sodium &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 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    **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: 00025123 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>fosinopril sodium &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	\$0(1)	
<b>ACE INHIBITORS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>benazepril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg</i>	\$0(1)	
<i>captopril TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg</i>	\$0(1)	
<i>enalapril maleate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg</i>	\$0(1)	
<i>fosinopril sodium TABS 10mg, 20mg, 40mg</i>	\$0(1)	
<i>lisinopril TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	\$0(1)	
<i>moexipril hcl TABS 7.5mg, 15mg</i>	\$0(1)	
<i>perindopril erbumine TABS 2mg, 4mg, 8mg</i>	\$0(1)	
<i>quinapril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg</i>	\$0(1)	
<i>ramipril CAPS 1.25mg, 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	\$0(1)	
<i>trandolapril TABS 1mg, 2mg, 4mg</i>	\$0(1)	
<b>ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>eplerenone TABS 25mg, 50mg</i>	\$0(1)	
KERENDIA TABS 10mg, 20mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>spironolactone</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<b>ALPHA BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<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)	
<b>ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab</i> 5-20 mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab</i> 5-40 mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab</i> 10-20 mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab</i> 10-40 mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i> 5-160 mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i> 5-320 mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i> 10-160 mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i> 10-320 mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab</i> 16-12.5 mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab</i> 32-12.5 mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab</i> 32-25 mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ENTRESTO CAP 6-6MG	\$0(2)	QL (240 caps / 30 days)

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare 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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ENTRESTO CAP 15-16MG	\$0(2)	QL (240 caps / 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 &amp; hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)

**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    **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: 00025123 v8



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<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)
<b>ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<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)

**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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>telmisartan</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan</i> TABS 40mg, 80mg, 160mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>valsartan</i> TABS 320mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<b>ANTIARRHYTHMICS - DRUGS TO CONTROL HEART RHYTHM</b>		
<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)	QL (60 tabs / 30 days)
<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>sotalol hcl</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	\$0(1)	
<i>sotalol hcl (afib/af)</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg	\$0(1)	
<b>ANTILIPEMICS, FIBRATES</b>		
<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)	

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 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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS - DRUGS TO TREAT HIGH CHOLESTEROL</b>		
<i>atorvastatin calcium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lovastatin</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pravastatin sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>rosuvastatin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>simvastatin</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<b>ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS - DRUGS TO TREAT HIGH CHOLESTEROL</b>		
<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)
NEXLETOL TABS 180mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
NEXLIZET TAB 180/10MG	\$0(2)	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)	

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 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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	
<b>BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS</b>		
<i>atenolol &amp; chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>atenolol &amp; chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	\$0(1)	
<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	\$0(1)	
<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	\$0(1)	
<b>BETA-BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS</b>		
<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)	

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 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: 00025123 v8

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

**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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
<i>tiadylt er</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	\$0(1)	
<i>verapamil hcl</i> CP24 100mg, 120mg, 180mg, 200mg, 240mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml; TABS 40mg, 80mg, 120mg; TBCR 120mg, 180mg, 240mg	\$0(1)	
<b>DIURETICS - DRUGS TO TREAT HEART CONDITIONS</b>		
<i>acetazolamide</i> CP12 500mg; TABS 125mg, 250mg	\$0(1)	
<i>amiloride &amp; hydrochlorothiazide tab</i> 5-50 mg	\$0(1)	
<i>amiloride hcl</i> TABS 5mg	\$0(1)	
<i>bumetanide</i> SOLN .25mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg	\$0(1)	
<i>chlorthalidone</i> TABS 25mg, 50mg	\$0(1)	
<i>furosemide</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/5ml; TABS 20mg, 40mg, 80mg	\$0(1)	
<i>furosemide inj</i> SOLN 10mg/ml	\$0(1)	
<i>hydrochlorothiazide</i> CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	\$0(1)	
<i>indapamide</i> TABS 1.25mg, 2.5mg	\$0(1)	
<i>methazolamide</i> TABS 25mg, 50mg	\$0(1)	

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 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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metolazone</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>spironolactone &amp; hydrochlorothiazide</i> tab 25-25 mg	\$0(1)	
<i>toremide</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	\$0(1)	
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide</i> cap 37.5-25 mg	\$0(1)	
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide</i> tab 37.5-25 mg	\$0(1)	
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide</i> tab 75-50 mg	\$0(1)	
<b>MISCELLANEOUS</b>		
<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)
<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 applies if 70 years and older
<i>hydralazine hcl</i> SOLN 20mg/ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>ivabradine hcl</i> TABS 5mg, 7.5mg	\$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 **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: 00025123 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>metyrosine</i> CAPS 250mg	\$0(2)	NDS, NM, 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), PA
<b>NITRATES - DRUGS TO TREAT HEART CONDITIONS</b>		
<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)	
<b>PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION - DRUGS TO TREAT PULMONARY HYPERTENSION</b>		
<i>alyq</i> TABS 20mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>ambrisentan</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>bosentan</i> TABS 62.5mg, 125mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days), NM, PA
<i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	\$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 **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: 00025123 v8



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>CENTRAL NERVOUS SYSTEM - DRUGS TO TREAT NERVOUS SYSTEM DISORDERS</b>		
<b>ANTIANXIETY - DRUGS TO TREAT ANXIETY</b>		
<i>alprazolam</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	\$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
<i>bupirone hcl</i> TABS 5mg, 7.5mg, 10mg, 15mg, 30mg	\$0(1)	
<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml	\$0(1)	QL (150 mL / 30 days)
<i>lorazepam</i> SOLN 4mg/ml, 20mg/10ml	\$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)
<b>ANTIDEMENTIA - DRUGS TO TREAT DEMENTIA AND MEMORY LOSS</b>		
<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 &amp; 21 x 10 mg titration pack</i>	\$0(1)	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)	

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 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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)
<b>ANTIDEPRESSANTS - DRUGS TO TREAT DEPRESSION</b>		
<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	\$0(2)	
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	\$0(2)	
AUVELITY TAB 45-105MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg	\$0(1)	
<i>bupropion hcl</i> TB12 100mg, 150mg, 200mg; TB24 150mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl</i> TB24 300mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>citalopram hydrobromide</i> SOLN 10mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	
<i>clomipramine hcl</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg	\$0(2)	PA
<i>desipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	\$0(2)	
<i>desvenlafaxine succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg; CONC 10mg/ml	\$0(2)	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20mg, 30mg, 40mg, 60mg	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>duloxetine hcl</i> CPEP 20mg, 30mg, 60mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare 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: 00025123 v8

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

**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    **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRINTELLIX TABS 5mg, 10mg, 20mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<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, PA
ZURZUVAE CAPS 30mg	\$0(2)	NDS, QL (14 caps / 14 days), NM, PA
<b>ANTIPARKINSONIAN AGENTS - DRUGS TO TREAT PARKINSONS DISEASE</b>		
<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 applies if 70 years and older
<i>bromocriptine mesylate</i> CAPS 5mg; TABS 2.5mg	\$0(1)	
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i> 10-100mg	\$0(1)	
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i> 25-100mg	\$0(1)	
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i> 25-250mg	\$0(1)	
<i>carbidopa &amp; levodopa tab</i> 10-100 mg	\$0(1)	
<i>carbidopa &amp; levodopa tab</i> 25-100 mg	\$0(1)	
<i>carbidopa &amp; levodopa tab</i> 25-250 mg	\$0(1)	
<i>carbidopa &amp; levodopa tab er</i> 25-100 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    **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>carbidopa &amp; 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, PA
<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 applies if 70 years and older
<b>ANTIPSYCHOTICS - DRUGS TO TREAT PSYCHOSES</b>		
<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), ST

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 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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el 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(1)	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)	

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 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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>haloperidol lactate</i> CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	\$0(1)	
INVEGA HAFYERA SUSY 1092mg/3.5ml, 1560mg/5ml	\$0(2)	NDS, QL (1 injection / 180 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml	\$0(2)	QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.88ml, 410mg/1.32ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.63ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 90 days)
<i>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	\$0(1)	
<i>lurasidone hcl</i> TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<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, PA
NUPLAZID TABS 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>olanzapine</i> SOLR 10mg	\$0(1)	QL (3 vials / 1 day)
<i>olanzapine</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 20mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TBDP 5mg, 15mg, 20mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), ST
<i>olanzapine</i> TBDP 10mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), ST
<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)

**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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	\$0(1)	
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	\$0(1)	
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 25mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 300mg, 400mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 50mg, 300mg, 400mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 150mg, 200mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
REXULTI TABS 3mg, 4mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
<i>risperidone</i> SOLN 1mg/ml	\$0(1)	QL (240 mL / 30 days)
<i>risperidone</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	\$0(1)	
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone</i> TBDP 4mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), ST
<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)	

**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    **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: 00025123 v8



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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	\$0(2)	QL (2 vials / 28 days), NM, PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 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
<b>ANTISEIZURE AGENTS</b>		
APTIOM TABS 200mg, 400mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
APTIOM TABS 600mg, 800mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
BRIVIACT SOLN 10mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA
BRIVIACT 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)

**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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
DIACOMIT CAPS 250mg	\$0(2)	NDS, QL (360 caps / 30 days), NM, PA
DIACOMIT CAPS 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
DIACOMIT PACK 250mg	\$0(2)	NDS, QL (360 packets / 30 days), NM, PA
DIACOMIT PACK 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA
<i>diazepam</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(1)	QL (1200 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
<i>diazepam</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
<i>diazepam (anticonvulsant)</i> GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	\$0(1)	
<i>diazepam intensol</i> CONC 5mg/ml	\$0(1)	QL (240 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
DILANTIN CAPS 30mg	\$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, PA
<i>epitol</i> TABS 200mg	\$0(1)	
EPRONTIA SOLN 25mg/ml	\$0(2)	QL (480 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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ethosuximide</i> CAPS 250mg; SOLN 250mg/5ml	\$0(1)	
<i>felbamate</i> SUSP 600mg/5ml; TABS 400mg, 600mg	\$0(1)	
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (360 mL / 30 days), NM, 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	\$0(1)	QL (360 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> CAPS 400mg	\$0(1)	QL (270 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> SOLN 250mg/5ml, 300mg/6ml	\$0(1)	QL (2160 mL / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 600mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 800mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> SOLN 200mg/20ml	\$0(1)	
<i>lacosamide</i> TABS 50mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> TABS 100mg, 150mg, 200mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>lacosamide oral</i> SOLN 10mg/ml	\$0(1)	QL (1200 mL / 30 days)
<i>lamotrigine</i> CHEW 5mg, 25mg; TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	\$0(1)	
<i>lamotrigine</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg	\$0(1)	ST
<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)	

**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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	\$0(1)	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	\$0(1)	
LIBERVANT FILM 5mg, 7.5mg, 10mg, 12.5mg, 15mg	\$0(2)	QL (10 buccal films / 30 days)
<i>methsuximide CAPS 300mg</i>	\$0(1)	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	\$0(2)	QL (10 nasal units per 30 days)
<i>oxcarbazepine SUSP 300mg/5ml; TABS 150mg, 300mg, 600mg</i>	\$0(1)	
<i>phenobarbital ELIX 20mg/5ml</i>	\$0(2)	QL (1500 mL / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>phenobarbital TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg</i>	\$0(2)	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>phenobarbital sodium SOLN 65mg/ml, 130mg/ml</i>	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older
<i>phenytek CAPS 200mg, 300mg</i>	\$0(1)	
<i>phenytoin CHEW 50mg; SUSP 125mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>phenytoin sodium SOLN 50mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>phenytoin sodium extended CAPS 100mg, 200mg, 300mg</i>	\$0(1)	
<i>pregabalin CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg</i>	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin CAPS 200mg</i>	\$0(1)	QL (90 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin CAPS 225mg, 300mg</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin SOLN 20mg/ml</i>	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>primidone TABS 50mg, 125mg, 250mg</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    **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: 00025123 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>roweepra</i> TABS 500mg	\$0(1)	
<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	\$0(2)	QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 10 MG DOSE	\$0(2)	QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 15 MG DOSE	\$0(2)	QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 20 MG DOSE	\$0(2)	QL (10 blister packs per 30 days)
<i>vigabatrin</i> PACK 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 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 **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: 00025123 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>vigabatrin</i> TABS 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
<i>vigadrone</i> PACK 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA
<i>vigadrone</i> TABS 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
VIGAFYDE SOLN 100mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (900 mL / 30 days), NM, PA
<i>vigpoder</i> PACK 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA
XCOPRI TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
XCOPRI TABS 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
XCOPRI PAK 12.5-25	\$0(2)	QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 50-100MG	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 100-150	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
ZONISADE SUSP 100mg/5ml	\$0(2)	NDS, QL (900 mL / 30 days), PA
<i>zonisamide</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
ZTALMY SUSP 50mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (1100 mL / 30 days), NM, PA
<b>ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER - DRUGS TO TREAT ADHD</b>		
<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

**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 **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: 00025123 v8

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

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **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: 00025123 v8

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

**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 **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: 00025123 v8



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<b>MIGRAINE - DRUGS TO TREAT SEVERE HEADACHES</b>		
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
EMGALITY SOAJ 120mg/ml	\$0(2)	QL (2 pens / 30 days), NM, PA
EMGALITY SOSY 100mg/ml	\$0(2)	QL (3 syringes / 30 days), NM, PA
EMGALITY SOSY 120mg/ml	\$0(2)	QL (2 syringes / 30 days), NM, PA
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	\$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)

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 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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
UBRELVY TABS 50mg, 100mg	\$0(2)	QL (16 tabs / 30 days), PA
<b>MISCELLANEOUS</b>		
AUSTEDO TABS 6mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 6mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 12mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 18mg, 24mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 30mg, 36mg, 42mg, 48mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TAB TITR KIT	\$0(2)	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
<i>lithium</i> SOLN 8meq/5ml	\$0(1)	
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg; TABS 300mg; TBCR 300mg, 450mg	\$0(1)	
NUEDEXTA CAP 20-10MG	\$0(2)	NDS, 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
<b>MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - DRUGS TO TREAT MULTIPLE SCLEROSIS</b>		
BAFIERTAM CPDR 95mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 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    **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: 00025123 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
BETASERON KIT .3mg	\$0(2)	NDS, QL (14 syringes / 28 days), NM, PA
COPAXONE SOSY 20mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
COPAXONE SOSY 40mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (12 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 / 365 days), NM, PA
<b>MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS - DRUGS TO TREAT MUSCLE SPASMS</b>		
<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)	

**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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
<b>NARCOLEPSY/CATAPLEXY - DRUGS FOR SLEEP DISORDERS</b>		
<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, PA
<b>PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC</b>		
<i>acamprosate calcium</i> TBEC 333mg	\$0(1)	
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL 2mg, 8mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (60 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)

**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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> TB12 150mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>disulfiram</i> TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>gnp nicotine gum</i> GUM 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nicotine mini lozenge</i> LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nicotine polacrilex</i> GUM 2mg, 4mg; LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nicotine transdermal</i> PT24 7mg/24hr, 14mg/24hr, 21mg/24hr	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense nicotine</i> LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense nicotine gum</i> GUM 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense nicotine polacr</i> GUM 2mg, 4mg; LOZG 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm nicotine polacrilex</i> LOZG 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>naloxone hcl</i> LIQD 4mg/0.1ml	\$0(3)	NM; *
<i>naloxone hcl</i> LIQD 4mg/0.1ml; SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY .4mg/ml, 2mg/2ml	\$0(1)	
<i>naltrexone hcl</i> TABS 50mg	\$0(1)	
<i>nicotine</i> PT24 7mg/24hr, 14mg/24hr, 21mg/24hr	\$0(3)	NM; *
<i>nicotine mini lozenge</i> LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>nicotine polacrilex</i> GUM 2mg, 4mg; LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>nicotine polacrilex mini</i> LOZG 2mg	\$0(3)	NM; *
NICOTINE SYS KIT TRANSDER	\$0(3)	NM; *
<i>nicotine transdermal syst</i> PT24 7mg/24hr, 14mg/24hr, 21mg/24hr	\$0(3)	NM; *
NICOTROL INHALER INHA 10mg	\$0(2)	
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	\$0(2)	

**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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
<i>varenicline tartrate tab</i> 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack	\$0(1)	QL (2 packs / year)
VIVITROL SUSR 380mg	\$0(2)	NDS, NM
<b>ENDOCRINE AND METABOLIC - DRUGS TO TREAT DIABETES AND REGULATE HORMONES</b>		
<b>ANDROGENS - DRUGS TO REGULATE MALE HORMONES</b>		
<i>danazol</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	\$0(1)	
<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
<b>ANTIDIABETICS</b>		
<i>acarbose</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
FARXIGA TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>glimepiride</i> TABS 1mg, 2mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glimepiride</i> TABS 4mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TABS 5mg	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)

**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 **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: 00025123 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<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)

**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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metformin hcl</i> TB24 500mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
<i>metformin hcl</i> TB24 750mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
MOUNJARO SOPN 2.5mg/0.5ml, 5mg/0.5ml, 7.5mg/0.5ml, 10mg/0.5ml, 12.5mg/0.5ml, 15mg/0.5ml	\$0(2)	QL (4 pens / 28 days), PA
<i>nateglinide</i> TABS 60mg, 120mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml	\$0(2)	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/3ml	\$0(2)	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 4mg/3ml	\$0(2)	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8mg/3ml	\$0(2)	QL (1 pen / 28 days), PA
<i>pioglitazone hcl</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab</i> 15-500 mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab</i> 15-850 mg	\$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)

**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 **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: 00025123 v8



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 10-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 25-1000	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
TRADJENTA TABS 5mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
TRULICITY SOPN .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml	\$0(2)	QL (4 pens / 28 days), PA
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-500MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-500MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-1000	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<b>ANTIDIABETICS, INSULINS</b>		
ADMELOG SOLN 100unit/ml	\$0(2)	
ADMELOG SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	\$0(2)	
ALCOHOL SWABS: BD-EMBECTA/MHC/RUGBY	\$0(2)	PA
BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml	\$0(2)	
FIASP SOLN 100unit/ml	\$0(2)	
FIASP FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml	\$0(2)	

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FIASP PENFILL SOCT 100unit/ml	\$0(2)	
FIASP PUMPCART SOCT 100unit/ml	\$0(2)	B/D
GAUZE PADS 2" X 2"	\$0(2)	PA
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-EMBECTA	\$0(2)	PA
INSULIN SAFETY NEEDLES: BD-EMBECTA	\$0(2)	PA
INSULIN SYRINGES: BD-EMBECTA	\$0(2)	PA
NOVOLIN INJ 70/30	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN INJ 70/30 FP	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ 70/30	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	\$0(2)	(brand RELION not covered)
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO	\$0(2)	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO	\$0(2)	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD DASH KIT INTRO	\$0(2)	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD DASH MIS PODS	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA

**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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	
XULTOPHY INJ 100/3.6	\$0(2)	QL (5 pens / 30 days)
<b>ANTI-OBESITY AGENTS</b>		
ADIPEX-P TABS 37.5mg	\$0(3)	NM, PA; *
<i>benzphetamine hcl</i> TABS 50mg	\$0(3)	NM, PA; *
<i>diethylpropion hcl</i> TABS 25mg; TB24 75mg	\$0(3)	NM, PA; *
IMCIVREE SOLN 10mg/ml	\$0(3)	NM, PA; *
LOMAIRA TABS 8mg	\$0(3)	NM, PA; *
<i>orlistat</i> CAPS 120mg	\$0(3)	NM, PA; *
PHENDIMETRAZINE TARTRATE CP24 105mg	\$0(3)	NM, PA; *
<i>phendimetrazine tartrate</i> TABS 35mg	\$0(3)	NM, PA; *
<i>phentermine hcl</i> CAPS 15mg, 30mg, 37.5mg; TABS 37.5mg	\$0(3)	NM, PA; *
SAXENDA SOPN 18mg/3ml	\$0(3)	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 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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
WEGOVY SOAJ .25mg/0.5ml, .5mg/0.5ml, 1mg/0.5ml, 1.7mg/0.75ml, 2.4mg/0.75ml	\$0(3)	NM, PA; *
XENICAL CAPS 120mg	\$0(3)	NM, PA; *
<b>CALCIUM REGULATORS</b>		
<i>alendronate sodium</i> SOLN 70mg/75ml	\$0(1)	ST
<i>alendronate sodium</i> 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
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	\$0(2)	B/D
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml	\$0(1)	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml	\$0(2)	QL (1 syringe / 180 days), NM
<i>risedronate sodium</i> TABS 5mg, 35mg, 150mg	\$0(1)	
<i>risedronate sodium</i> TBEC 35mg	\$0(1)	ST
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 5mg/100ml	\$0(1)	B/D, NM
<b>CHELATING AGENTS</b>		
CHEMET CAPS 100mg	\$0(2)	NDS
<i>deferasirox</i> TABS 90mg; TBSO 125mg	\$0(1)	NM, PA
<i>deferasirox</i> TABS 180mg, 360mg	\$0(2)	NM, PA
<i>deferasirox</i> TBSO 250mg, 500mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>kionex</i> SUSP 15gm/60ml	\$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 **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: 00025123 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
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
<b>CONTRACEPTIVES - DRUGS FOR BIRTH CONTROL</b>		
<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>amethyst</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)	
<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)	

**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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>camrese lo</i>	\$0(1)	
<i>chateal eq</i>	\$0(1)	
<i>cryselle-28</i>	\$0(1)	
<i>cyred eq</i>	\$0(1)	
<i>dasetta 1/35</i>	\$0(1)	
<i>dasetta 7/7/7</i>	\$0(1)	
<i>daysee</i>	\$0(1)	
<i>deblitane TABS .35mg</i>	\$0(1)	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY 104mg/0.65ml	\$0(2)	
<i>desogest-eth estrad &amp; eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>	\$0(1)	
<i>dolishale</i>	\$0(1)	
<i>drospirenone-ethinyl estrad- levomefolate tab 3-0.02-0.451 mg</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 one-step TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>elinest</i>	\$0(1)	
<i>eluryng</i>	\$0(1)	
<i>emzahh TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>enilloring</i>	\$0(1)	
<i>enpresse-28</i>	\$0(1)	
<i>enskyce</i>	\$0(1)	
<i>errin TABS .35mg</i>	\$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    **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ethynodiol diacetate &amp; ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>	\$0(1)	
<i>ethynodiol diacetate &amp; ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	\$0(1)	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	\$0(1)	
<i>falmina</i>	\$0(1)	
<i>finzala</i>	\$0(1)	
<i>hailey 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>hailey 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>haloette</i>	\$0(1)	
<i>heather TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>her style TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<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)	

**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    **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: 00025123 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>larin 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>larin 1/20</i>	\$0(1)	
<i>larin 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>larin fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>larin fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>layolis fe</i>	\$0(1)	
<i>leena</i>	\$0(1)	
<i>lessina</i>	\$0(1)	
<i>levonest</i>	\$0(1)	
<i>levonor-eth est tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg &amp; eth est 0.01 mg</i>	\$0(1)	
<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) &amp; eth est tab 0.01mg(7)</i>	\$0(1)	
<i>levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) &amp; eth est tab 0.01mg(7)</i>	\$0(1)	
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	\$0(1)	
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	\$0(1)	
<i>levonorgestrel &amp; 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>levonorgestrel-ethinyl estradiol (continuous) tab 90-20 mcg</i>	\$0(1)	
<i>levora 0.15/30-28</i>	\$0(1)	
<i>LILETTA IUD 20.1mcg/day</i>	\$0(2)	NM
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	\$0(1)	
<i>loestrin 1/20-21</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 **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: 00025123 v8



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<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>lutra</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)	
<i>microgestin 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>microgestin 1/20</i>	\$0(1)	
<i>microgestin 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>microgestin fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>mili</i>	\$0(1)	
<i>mono-lynyah</i>	\$0(1)	
<i>my choice 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; *
<b>NEXPLANON IMPL 68mg</b>	\$0(2)	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 &amp; ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>norethindrone &amp; 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 &amp; ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone ace &amp; 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 &amp; ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	\$0(1)	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	\$0(1)	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	\$0(1)	
<i>norlyroc TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	\$0(1)	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	\$0(1)	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	\$0(1)	
<i>nortrel 7/7/7</i>	\$0(1)	
<i>nylia 1/35</i>	\$0(1)	
<i>nylia 7/7/7</i>	\$0(1)	
<i>nymyo</i>	\$0(1)	
<i>ocella</i>	\$0(1)	
<i>opcicon one-step TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>option 2 TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>philith</i>	\$0(1)	

**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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pimtreea</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</i> TABS .35mg	\$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)	
<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)	

**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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
<b>ESTROGENS - DRUGS TO REGULATE FEMALE HORMONES</b>		
<i>dotti</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	\$0(2)	
<i>estradiol</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr; PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr; TABS .5mg, 1mg, 2mg	\$0(2)	
<i>estradiol &amp; norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	\$0(2)	
<i>estradiol &amp; norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	\$0(2)	
<i>estradiol vaginal</i> CREA .1mg/gm; TABS 10mcg	\$0(1)	
<i>estradiol valerate</i> OIL 10mg/ml, 20mg/ml, 40mg/ml	\$0(1)	
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	\$0(2)	

**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    **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: 00025123 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<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>yuvaferm TABS 10mcg</i>	\$0(1)	
<b>GLUCOCORTICOIDS - DRUGS TO TREAT INFLAMMATORY RESPONSE</b>		
<i>dexamethasone ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg</i>	\$0(1)	
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml	\$0(2)	
<i>dexamethasone sodium phosphate SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml; SOSY 4mg/ml</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
<i>methylprednisolone sod succ SOLR 40mg, 125mg, 1000mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>prednisolone SOLN 15mg/5ml</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 **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: 00025123 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<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)	
<b>GLUCOSE ELEVATING AGENTS - DRUGS TO TREAT LOW BLOOD SUGAR</b>		
<i>diazoxide</i> SUSP 50mg/ml	\$0(2)	NDS
ZEGALOGUE SOAJ .6mg/0.6ml; SOSY .6mg/0.6ml	\$0(2)	
<b>MISCELLANEOUS</b>		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>betaine powder for oral solution</i>	\$0(2)	NDS, NM
<i>cabergoline</i> TABS .5mg	\$0(1)	
<i>carglumic acid</i> TBSO 200mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
CERDELGA CAPS 84mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
CEREZYME SOLR 400unit	\$0(2)	NDS, NM, 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, PA
<i>desmopressin acetate</i> SOLN 4mcg/ml	\$0(2)	NDS
<i>desmopressin acetate</i> TABS .1mg, .2mg	\$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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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, PA
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .2mg	\$0(2)	NM, PA
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .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, PA
<i>javygtor</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>lanreotide acetate</i> SOLN 120mg/0.5ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	\$0(1)	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH KIT 45mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i> TABS 300mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>nitisinone</i> CAPS 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml	\$0(1)	NM, PA

**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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>octreotide acetate</i> SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>raloxifene hcl</i> TABS 60mg	\$0(1)	
<i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
SYNAREL SOLN 2mg/ml	\$0(2)	NDS, PA
VEOZAH TABS 45mg	\$0(2)	PA
<b>PROGESTINS - DRUGS TO REGULATE FEMALE HORMONES</b>		
<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)	
<b>THYROID AGENTS - DRUGS TO REGULATE THYROID LEVELS</b>		
<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)	

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 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: 00025123 v8



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levothyroxine sodium</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	\$0(1)	
<i>levoxyl</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	\$0(1)	
<i>liothyronine sodium</i> TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg	\$0(1)	
<i>methimazole</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>propylthiouracil</i> TABS 50mg	\$0(1)	
SYNTHROID TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	\$0(2)	
<i>unithroid</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	\$0(1)	
<b>VITAMIN D ANALOGS</b>		
<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
<b>GASTROINTESTINAL - DRUGS TO TREAT STOMACH AND INTESTINAL DISORDERS</b>		
<b>ANTACIDS</b>		
<i>acid gone</i>	\$0(3)	NM; *
<i>almacone double strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>alum &amp; mag hydroxide-simethicone susp 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>alum &amp; mag hydroxide-simethicone susp 400-400-40 mg/5ml</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 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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ALUMINUM HYDROXIDE SUSP 320mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>antacid</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>antacid calcium regular s</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>antacid extra strength</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>antacid maximum strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antacid regular strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antacid ultra strength</i> CHEW 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>antacid/antigas liquid</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cal-gest antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium antacid extra str</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
CALCIUM CARBONATE SUSP 1250mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>ft antacid extra strength</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft antacid regular streng</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid &amp; 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 extra strength</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
MAG-AL LIQ	\$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    **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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>sm antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm antacid extra strength</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>smooth antacid extra stre</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>sodium bicarbonate (antacid)</i> TABS 325mg, 650mg	\$0(3)	NM; *
<b>ANTI-DIARRHEAL</b>		
<i>anti-diarrheal</i> SOLN 1mg/7.5ml; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>bismuth subsalicylate</i> CHEW 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft anti-diarrheal</i> CAPS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft stomach relief</i> CHEW 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp anti-diarrheal</i> CAPS 2mg; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp loperamide hydrochlor</i> SOLN 1mg/7.5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pink bismuth</i> TABS 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pink bismuth ultra st</i> SUSP 525mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp stomach relief</i> SUSP 525mg/30ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense anti-diarrheal</i> SOLN 1mg/7.5ml	\$0(3)	NM; *
<i>loperamide hcl</i> SOLN 1mg/7.5ml, 2mg/15ml	\$0(3)	NM; *

**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   **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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>stomach relief</i> CHEW 262mg; SUSP 525mg/30ml	\$0(3)	NM; *
<i>stomach relief extra stre</i> SUSP 525mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>stomach relief ultra</i> SUSP 525mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<b>ANTIEMETICS - DRUGS FOR NAUSEA AND VOMITING</b>		
<i>aprepitant</i> CAPS 40mg, 80mg, 125mg	\$0(1)	B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 &amp; 125 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>compro</i> SUPP 25mg	\$0(1)	
<i>dronabinol</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	B/D, QL (60 caps / 30 days)
<i>granisetron hcl</i> SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml	\$0(1)	
<i>granisetron hcl</i> TABS 1mg	\$0(1)	B/D
<i>meclizine hcl</i> TABS 12.5mg, 25mg	\$0(2)	
<i>metoclopramide hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml; TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>ondansetron</i> TBP 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)	

**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 **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: 00025123 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>prochlorperazine maleate</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>promethazine hcl</i> SOLN 6.25mg/5ml, 25mg/ml, 50mg/ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>scopolamine</i> PT72 1mg/3days	\$0(2)	QL (10 patches / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<b>ANTISPASMODICS - DRUGS FOR STOMACH SPASMS</b>		
<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)
<b>H2-RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID</b>		
<i>acid reducer</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>acid reducer maximum stre</i> TABS 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>acid reducer original str</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml; SUSR 40mg/5ml; TABS 20mg, 40mg	\$0(1)	
<i>famotidine</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln</i> 20 mg/50ml	\$0(1)	
<i>famotidine maximum streng</i> TABS 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>famotidine original stren</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp acid reducer</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp acid reducer maximum</i> TABS 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>heartburn relief</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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>heartburn relief maximum</i> TABS 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	\$0(1)	
<i>sm acid reducer</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm acid reducer maximum s</i> TABS 20mg	\$0(3)	NM; *
<b>INFLAMMATORY BOWEL DISEASE</b>		
<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	\$0(1)	QL (1680 mL / 28 days)
<i>mesalamine</i> SUPP 1000mg	\$0(1)	QL (30 suppositories / 30 days)
<i>mesalamine</i> TBEC 1.2gm	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>mesalamine w/ cleanser</i> KIT 4gm	\$0(1)	QL (28 bottles / 28 days)
<i>sulfasalazine</i> TABS 500mg; TBEC 500mg	\$0(1)	
<b>LAXATIVES</b>		
<i>bisacodyl</i> SUPP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>bisacodyl ec</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
COLACE CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>docusate calcium</i> CAPS 240mg	\$0(3)	NM; *
<i>docusate sodium</i> CAPS 100mg, 250mg; LIQD 50mg/5ml, 100mg/10ml	\$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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>enema ready-to-use</i>	\$0(3)	NM; *
<i>enulose SOLN 10gm/15ml</i>	\$0(1)	
FLEET ENE	\$0(3)	NM; *
FLEET ENE PED	\$0(3)	NM; *
<i>ft gentle laxative SUPP 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft laxative TBEC 5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft stool softener CAPS 100mg, 250mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gavilyte-c</i>	\$0(1)	
<i>gavilyte-g</i>	\$0(1)	
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	\$0(1)	
<i>generlac SOLN 10gm/15ml</i>	\$0(1)	
<i>gentle laxative SUPP 10mg; TBEC 5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp clearlax PACK 17gm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp gentle laxative SUPP 10mg; TBEC 5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp stool softener CAPS 100mg, 240mg, 250mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp womens gentle laxativ TBEC 5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>healthylax PACK 17gm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm enema saline laxative</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lactulose SOLN 10gm/15ml</i>	\$0(1)	
<i>lactulose (encephalopathy) SOLN 10gm/15ml</i>	\$0(1)	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>	\$0(1)	
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	\$0(1)	
PLENVU SOL	\$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 **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: 00025123 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>polyethylene glycol 3350</i> PACK 17gm	\$0(3)	NM; *
<i>qc enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm gentle laxative</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm stool softener</i> CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol</i> 17.5-3.13-1.6 gm/177ml	\$0(1)	
<i>*sodium phosphates - enema***</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stool softener</i> CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
<b>MISCELLANEOUS</b>		
<i>acid reducer complete</i>	\$0(3)	NM; *
<i>alose tron hcl</i> TABS 1mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>alose tron hcl</i> TABS .5mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
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)	
<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, 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)	

**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 **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: 00025123 v8



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
MOVANTIK 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>sucrafate</i> TABS 1gm	\$0(1)	
<i>ursodiol</i> CAPS 300mg; TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
VOWST CAP	\$0(2)	NDS, QL (12 caps / 30 days), NM, PA
XERMELO TABS 250mg	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
XIFAXAN TABS 550mg	\$0(2)	NDS, PA
ZENPEP CAP 3000UNIT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 5000UNIT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 10000UNIT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 15000UNIT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 20000UNIT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 25000UNIT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 40000UNIT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 60000UNIT	\$0(2)	
<b>PROTON PUMP INHIBITORS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID</b>		
<i>esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg, 40mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>gnp lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp omeprazole</i> TBEC 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg, 30mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	
<i>omeprazole</i> TBEC 20mg	\$0(3)	NM; *

**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 **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: 00025123 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>omeprazole magnesium</i> CPDR 20.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>pantoprazole sodium</i> SOLR 40mg; TBEC 20mg, 40mg	\$0(1)	
<i>rabeprazole sodium</i> TBEC 20mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>sm lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm omeprazole</i> TBEC 20mg	\$0(3)	NM; *
<b>GENITOURINARY - DRUGS TO TREAT GENITAL AND URINARY TRACT CONDITIONS</b>		
<b>BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA - DRUGS TO TREAT ENLARGED PROSTATE</b>		
<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 0.5-0.4 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>finasteride</i> TABS 5mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tadalafil</i> TABS 5mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>tamsulosin hcl</i> CAPS .4mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<b>MISCELLANEOUS</b>		
<i>acetic acid</i> SOLN .25%	\$0(1)	
<i>bethanechol chloride</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	\$0(1)	
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	\$0(1)	
<b>URINARY ANTISPASMODICS - DRUGS TO TREAT URINARY INCONTINENCE</b>		
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)

**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 **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: 00025123 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<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)
<b>VAGINAL ANTI-INFECTIVES</b>		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i> CREA 2%	\$0(1)	
<i>clotrimazole vaginal</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>3 day vaginal</i> 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 combo pack</i>	\$0(3)	NM; *
<i>miconazole 7</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>miconazole nitrate vaginal</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>sm 3-day vaginal</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>sm clotrimazole vaginal</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm miconazole 3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm miconazole 7</i> CREA 2%; SUPP 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm tioconazole-1</i> OINT 6.5%	\$0(3)	NM; *
<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	\$0(1)	
<i>tioconazole 1</i> OINT 6.5%	\$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    **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>HEMATOLOGIC - DRUGS TO TREAT BLOOD DISORDERS</b>		
<b>ANTICOAGULANTS - BLOOD THINNERS</b>		
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> CAPS 75mg, 150mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> CAPS 110mg	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days)
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/NAACL INJ 25000UNT	\$0(2)	
<i>heparin sodium (porcine)</i> SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	\$0(1)	B/D
<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    **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS</b>		
FULPHILA SOSY 6mg/0.6ml	\$0(2)	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
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
<b>MISCELLANEOUS</b>		
ALVAIZ TABS 9mg, 54mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
ALVAIZ TABS 18mg, 36mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>anagrelide hcl</i> CAPS .5mg, 1mg	\$0(1)	
BERINERT KIT 500unit	\$0(2)	NDS, QL (24 boxes / 30 days), NM, PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	\$0(1)	
DOPTELET TABS 20mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	\$0(2)	
HAEGARDA SOLR 2000unit	\$0(2)	NDS, QL (30 vials / 30 days), NM, PA
HAEGARDA SOLR 3000unit	\$0(2)	NDS, QL (20 vials / 30 days), NM, PA
<i>icatibant acetate</i> SOSY 30mg/3ml	\$0(2)	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
<i>l-glutamine (sickle cell)</i> PACK 5gm	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	\$0(1)	
<i>sajazir</i> SOSY 30mg/3ml	\$0(2)	NDS, QL (9 syringes / 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 **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: 00025123 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
TAVNEOS CAPS 10mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
<i>tranexamic acid</i> SOLN 1000mg/10ml; TABS 650mg	\$0(1)	
<b>PLATELET AGGREGATION INHIBITORS</b>		
<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 applies if 70 years and older
<i>prasugrel hcl</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
<b>IMMUNOLOGIC AGENTS - DRUGS TO TREAT DISORDERS OF THE IMMUNE SYSTEM</b>		
<b>AUTOIMMUNE AGENTS</b>		
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (56 pens / 365 days), NM, PA
ADALIMUMAB-AACF (2 SYRING PSKT 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (56 syringes / 365 days), NM, PA
COSENTYX SOLN 125mg/5ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
COSENTYX SOSY 75mg/0.5ml	\$0(2)	NDS, QL (16 syringes / 365 days), NM, PA
COSENTYX SOSY 150mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (32 syringes / 365 days), NM, PA
COSENTYX SENSOREADY PEN SOAJ 150mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (32 pens / 365 days), NM, PA
COSENTYX UNOREADY SOAJ 300mg/2ml	\$0(2)	NDS, QL (16 pens / 365 days), NM, PA
DUPIXENT SOPN 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	\$0(2)	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
DUPIXENT SOSY 100mg/0.67ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
DUPIXENT SOSY 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	\$0(2)	NDS, QL (4 syringes / 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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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	\$0(2)	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 20mg/0.2ml	\$0(2)	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (6 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN PNKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (6 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN PNKT 80mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV	\$0(2)	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START PNKT 80mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S PNKT 80mg/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

**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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS AJKT 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
REMICADE SOLR 100mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	\$0(2)	NDS, NM, 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
RINVOQ LQ SOLN 1mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (360 mL / 30 days), 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, NM, PA
SKYRIZI SOSY 150mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (6 syringes / 365 days), NM, PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (6 pens / 365 days), NM, PA
SOTYKTU TABS 6mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
STELARA SOLN 45mg/0.5ml	\$0(2)	NDS, QL (1 vial / 28 days), NM, PA
STELARA SOLN 130mg/26ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOPN 100mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOSY 100mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
TYENNE SOAJ 162mg/0.9ml	\$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    **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: 00025123 v8



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
TYENNE SOLN 80mg/4ml, 200mg/10ml, 400mg/20ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
TYENNE SOSY 162mg/0.9ml	\$0(2)	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
VELSIPITY TABS 2mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, 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
<b><i>DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS) - DRUGS TO TREAT RHEUMATOID ARTHRITIS</i></b>		
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> TABS 200mg	\$0(1)	
JYLAMVO SOLN 2mg/ml	\$0(2)	B/D
<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
<b><i>IMMUNOGLOBULINS</i></b>		
ALYGLO SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	\$0(2)	NDS, PA
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml, 10%	\$0(2)	NDS, NM, PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 5gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/400ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMASTAN INJ	\$0(2)	B/D, NM
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	\$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 **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: 00025123 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	\$0(2)	NDS, NM, 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
<b>IMMUNOMODULATORS</b>		
ACTIMMUNE SOLN 100mcg/0.5ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
ARCALYST SOLR 220mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<b>IMMUNOSUPPRESSANTS</b>		
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, 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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>cyclosporine</i> CAPS 25mg, 100mg	\$0(1)	B/D, NM
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	\$0(1)	B/D, NM
<i>everolimus (immunosuppressant)</i> TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>gengraf</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	\$0(1)	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> CAPS 250mg; TABS 500mg	\$0(1)	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> SUSR 200mg/ml	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>mycophenolate sodium</i> TBEC 180mg, 360mg	\$0(1)	B/D, NM
NULOJIX SOLR 250mg	\$0(2)	NDS, B/D, NM
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	\$0(2)	B/D, NM
REZUROCK TABS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<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
<b>VACCINES</b>		
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)	

**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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DENGVAXIA SUS	\$0(1)	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	\$0(1)	B/D
ENGERIX-B SUSP 20mcg/ml; SUSY 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	\$0(1)	B/D
GARDASIL 9 INJ	\$0(1)	
HAVRIX SUSP 720elu/0.5ml, 1440elu/ml	\$0(1)	
HEPLISAV-B SOSY 20mcg/0.5ml	\$0(1)	B/D
HIBERIX SOLR 10mcg	\$0(1)	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR 2.5unit/ml	\$0(1)	B/D
INFANRIX INJ	\$0(1)	
IPOL INJ INACTIVE	\$0(1)	
IXCHIQ INJ	\$0(1)	
IXIARO INJ	\$0(1)	
JYNNEOS SUSP .5ml	\$0(1)	B/D
KINRIX INJ	\$0(1)	
M-M-R II INJ	\$0(1)	
MENACTRA INJ	\$0(1)	
MENQUADFI INJ	\$0(1)	
MENVEO INJ	\$0(1)	
MENVEO SOL	\$0(1)	
MRESVIA SUSY 50mcg/0.5ml	\$0(1)	
PEDIARIX INJ 0.5ML	\$0(1)	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	\$0(1)	
PENBRAYA INJ	\$0(1)	
PENTACEL INJ	\$0(1)	
PREHEVBRIO SUSP 10mcg/ml	\$0(1)	B/D
PRIORIX INJ	\$0(1)	
PROQUAD INJ	\$0(1)	

**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    **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: 00025123 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
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)	
<b>NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS - VITAMINS AND SUPPLEMENTS</b>		
<b><i>ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE</i></b>		
D2.5W/NACL INJ 0.45%	\$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)	

**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 **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: 00025123 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<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 PH 7.4	\$0(2)	
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.2% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.9% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; 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% &amp; nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.9% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</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 **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: 00025123 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	\$0(2)	
<i>lactated ringer's solution</i>	\$0(1)	
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	\$0(2)	
<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)	
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	\$0(1)	
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	\$0(1)	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	\$0(2)	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	\$0(2)	
POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	\$0(2)	
<i>potassium chloride</i> SOLN 2meq/ ml, 10meq/100ml, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml	\$0(1)	
<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
<b>ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL</b>		
<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)	

**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 **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: 00025123 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>klor-con m15</i> TBCR 15meq	\$0(1)	
<i>klor-con m20</i> TBCR 20meq	\$0(1)	
M-NATAL PLUS TAB	\$0(2)	
<i>potassium chloride</i> CPCR 8meq, 10meq; PACK 20meq; SOLN 10%, 20%; TBCR 8meq, 10meq, 20meq	\$0(1)	
<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)	
WESTAB PLUS TAB 27-1MG	\$0(2)	
<b>IV NUTRITION</b>		
<i>chromic chloride</i> SOLN 40mcg/10ml	\$0(3)	NM; *
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	\$0(2)	B/D
<i>clinisol sf 15%</i>	\$0(1)	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	\$0(2)	B/D
COPPER SOLN .4mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>dextrose</i> SOLN 5%, 10%	\$0(1)	
<i>dextrose</i> SOLN 50%, 70%	\$0(1)	B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	\$0(2)	B/D

**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 **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: 00025123 v8



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
<b>MINERALS</b>		
K-PHOS TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
K-PHOS TAB NEUTRAL	\$0(3)	NM; *
<i>manganese chloride</i> SOLN .1mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>phospha 250 neutral</i>	\$0(3)	NM; *
<b>MISCELLANEOUS</b>		
ENLYTE CAP	\$0(3)	NM; *
<b>VITAMINS</b>		
BACMIN TAB	\$0(3)	NM; *
BP VIT 3 CAP	\$0(3)	NM; *
<i>corvita</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cyanocobalamin</i> SOLN 1000mcg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>dialyvite</i>	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE TAB 3000	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE TAB 5000	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE TAB SUPREM D	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE/ TAB ZINC	\$0(3)	NM; *
DRISDOL CAPS 50000unit	\$0(3)	NM; *
<i>ergocalciferol</i> CAPS 1.25mg, 50000unit	\$0(3)	NM; *
FLORIVA CHW 0.5MG	\$0(3)	NM; *
FLORIVA CHW 0.25MG	\$0(3)	NM; *
FLORIVA CHW 1MG	\$0(3)	NM; *
<i>folic acid</i> SOLN 5mg/ml; TABS 1mg	\$0(3)	NM; *

**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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FOLTRATE TAB	\$0(3)	NM; *
<i>hydroxocobalamin acetate</i> SOLN 1000mcg/ml	\$0(3)	NM; *
INFUVITE INJ	\$0(3)	NM; *
INFUVITE INJ ADULT	\$0(3)	NM; *
INFUVITE INJ PEDIATRI	\$0(3)	NM; *
<i>multi-vit/iron/fluoride</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi-vitamin/fluoride dr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi-vitamin/fluoride/ir</i>	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN WITH FLUORID	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin/fluoride</i>	\$0(3)	NM; *
NASCOBAL SOLN 500mcg/0.1ml	\$0(3)	NM; *
NEPHPLEX RX TAB	\$0(3)	NM; *
NIVA-FOL TAB	\$0(3)	NM; *
<i>phytonadione</i> SOLN 1mg/0.5ml, 10mg/ml; TABS 5mg	\$0(3)	NM; *
POLY-VI-FLOR CHW 0.5MG	\$0(3)	NM; *
POLY-VI-FLOR CHW 0.25MG	\$0(3)	NM; *
POLY-VI-FLOR CHW 1MG	\$0(3)	NM; *
POLY-VI-FLOR CHW W/IRON	\$0(3)	NM; *
POLY-VI-FLOR SUS 0.25/ML	\$0(3)	NM; *
<i>pyridoxine hcl</i> SOLN 100mg/ml	\$0(3)	NM; *
QUFLORA FE CHW	\$0(3)	NM; *
QUFLORA FE DRO 0.25-9.5	\$0(3)	NM; *
QUFLORA PED CHW 0.5MG	\$0(3)	NM; *
QUFLORA PED CHW 0.25MG	\$0(3)	NM; *
QUFLORA PED CHW 1MG	\$0(3)	NM; *
QUFLORA PED DRO 0.5MG/ML	\$0(3)	NM; *
QUFLORA PED DRO 0.25MG	\$0(3)	NM; *
STROVITE ONE TAB	\$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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>thiamine hcl</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/2ml	\$0(3)	NM; *
<i>tri-vite/fluoride</i>	\$0(3)	NM; *
<i>triphrocaps</i>	\$0(3)	NM; *
<i>virt-caps</i>	\$0(3)	NM; *
VITAL-D RX TAB	\$0(3)	NM; *
<i>wescaps</i>	\$0(3)	NM; *
<b>OPHTHALMIC - DRUGS TO TREAT EYE CONDITIONS</b>		
<b>ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY - DRUGS TO TREAT INFECTIONS AND INFLAMMATION</b>		
<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)	
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	\$0(1)	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	\$0(2)	
<b>ANTI-INFECTIVES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS</b>		
<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)	

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 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: 00025123 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>erythromycin (ophth)</i> OINT 5mg/gm	\$0(1)	
<i>gatifloxacin (ophth)</i> SOLN .5%	\$0(1)	
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i> SOLN .3%	\$0(1)	
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i> SOLN .5%	\$0(1)	QL (12 mL / 30 days)
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>ofloxacin (ophth)</i> SOLN .3%	\$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)</i> OINT 10%; SOLN 10%	\$0(1)	
<i>tobramycin (ophth)</i> SOLN .3%	\$0(1)	
<i>trifluridine</i> SOLN 1%	\$0(1)	
XDEMVI SOLN .25%	\$0(2)	NDS, NM, PA
ZIRGAN GEL .15%	\$0(2)	
<b>ANTI-INFLAMMATORIES - DRUGS TO TREAT INFLAMMATION</b>		
<i>bromfenac sodium (ophth)</i> SOLN .07%, .075%	\$0(1)	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i> SOLN .1%	\$0(1)	
<i>diclofenac sodium (ophth)</i> SOLN .1%	\$0(1)	
FLAREX SUSP .1%	\$0(2)	
<i>fluorometholone (ophth)</i> SUSP .1%	\$0(1)	
<i>flurbiprofen sodium</i> SOLN .03%	\$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 **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: 00025123 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> SOLN .4%, .5%	\$0(1)	
LOTEMAX OINT .5%	\$0(2)	
<i>loteprednol etabonate</i> SUSP .2%	\$0(1)	
<i>prednisolone acetate (ophth)</i> SUSP 1%	\$0(1)	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	\$0(2)	
<b>ANTIALLERGICS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES</b>		
<i>alaway</i> SOLN .035%	\$0(3)	NM; *
<i>alaway childrens allergy</i> SOLN .035%	\$0(3)	NM; *
<i>azelastine hcl (ophth)</i> SOLN .05%	\$0(1)	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> SOLN 4%	\$0(1)	
<i>eye itch relief</i> SOLN .035%	\$0(3)	NM; *
<i>ketotifen fumarate (ophth)</i> SOLN .035%	\$0(3)	NM; *
ZADITOR SOLN .035%	\$0(3)	NM; *
<b>ANTIGLAUCOMA - DRUGS TO TREAT GLAUCOMA</b>		
<i>betaxolol hcl (ophth)</i> SOLN .5%	\$0(1)	
BETOPTIC-S SUSP .25%	\$0(2)	
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .15%, .2%	\$0(1)	
<i>brinzolamide</i> SUSP 1%	\$0(1)	
<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 2-0.5%</i>	\$0(1)	
<i>latanoprost</i> SOLN .005%	\$0(1)	
<i>levobunolol hcl</i> SOLN .5%	\$0(1)	
LUMIGAN SOLN .01%	\$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 **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: 00025123 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<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)	
<b>MISCELLANEOUS</b>		
<i>artificial tears</i>	\$0(3)	NM; *
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	\$0(2)	
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i> SOLN 1%	\$0(1)	
<i>carboxymethylcellulose sodium (ophth)</i> SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
CYSTADROPS SOLN .37%	\$0(2)	NDS, NM, PA
CYSTARAN SOLN .44%	\$0(2)	NDS, NM, PA
EYSUVIS SUSP .25%	\$0(2)	
GENTEAL SEVERE TEARS GEL .3%	\$0(3)	NM; *
<i>gentel tears night-time</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp artificial tears</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense lubricating plu</i> SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
<i>lubricant eye drops</i> SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
<i>lubricant eye nighttime</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lubrifresh p.m.</i>	\$0(3)	NM; *
MIEBO SOLN 1.338gm/ml	\$0(2)	
<i>proparacaine hcl</i> SOLN .5%	\$0(1)	
<i>refresh celluvisc</i> GEL 1%	\$0(3)	NM; *
<i>refresh lacri-lube</i>	\$0(3)	NM; *
REFRESH LIQUIGEL GEL 1%	\$0(3)	NM; *

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
REFRESH PLUS SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
REFRESH TEARS SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
RESTASIS EMUL .05%	\$0(2)	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	\$0(2)	
<i>systane nighttime</i>	\$0(3)	NM; *
XIIDRA SOLN 5%	\$0(2)	
<b>OTIC - DRUGS TO TREAT CONDITIONS OF THE EAR</b>		
<b>OTIC AGENTS</b>		
<i>acetic acid (otic) SOLN 2%</i>	\$0(1)	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	\$0(1)	
<i>flac OIL .01%</i>	\$0(1)	
<i>fluocinolone acetonide (otic) OIL .01%</i>	\$0(1)	
<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)	
<b>RESPIRATORY - DRUGS TO TREAT BREATHING DISORDERS</b>		
<b>ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT COPD</b>		
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)

**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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
<b>ANTICHOLINERGICS - DRUGS TO TREAT COPD</b>		
ATROVENT HFA AERS 17mcg/act	\$0(2)	QL (2 inhalers / 30 days)
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/ inh	\$0(2)	QL (30 blisters / 30 days)
<i>ipratropium bromide</i> SOLN .02%	\$0(1)	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal)</i> SOLN .03%, .06%	\$0(1)	
<b>ANTI-HISTAMINES - DRUGS TO TREAT ALLERGIES</b>		
ALA-HIST IR TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>all day allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>all day allergy childrens</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>aller-chlor</i> TABS 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>allergy</i> CAPS 25mg; TABS 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>allergy childrens</i> SOLN 5mg/5ml; SUSP 30mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief</i> CAPS 25mg; TABS 4mg, 5mg, 10mg, 25mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief 24hr</i> TABS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief childrens</i> LIQD 12.5mg/5ml; SOLN 1mg/ml, 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>azelastine hcl</i> SOLN .1%	\$0(1)	
<i>banophen</i> CAPS 25mg, 50mg; TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hcl</i> CHEW 5mg, 10mg; TABS 5mg, 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hcl</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(1)	QL (300 mL / 30 days)
<i>cetirizine hcl allergy ch</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *

**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    **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: 00025123 v8



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cetirizine hcl childrens</i> SOLN 1mg/ml, 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hydrochloride</i> SOLN 1mg/ml, 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>childrens loratadine</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>cycloheptadine hcl</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>diphenhydramine hcl</i> CAPS 25mg, 50mg; LIQD 12.5mg/5ml, 25mg/10ml; TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>diphenhydramine hcl</i> SOLN 50mg/ml	\$0(1)	
<i>ed chlorped jr</i> SYRP 2mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>fexofenadine hcl</i> TABS 60mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft all day allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft all day allergy 24 hou</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft allergy relief</i> CAPS 25mg; CHEW 25mg; TABS 4mg, 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft allergy relief 12 hour</i> TABS 60mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft allergy relief childre</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp all day allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp all day allergy child</i> SOLN 1mg/ml, 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy</i> TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy relief</i> CAPS 25mg; TABS 4mg, 25mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy relief maximu</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp childrens allergy</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp loratadine</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 10mg; TBP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp loratadine childrens</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense all day allergy</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense aller-ease</i> TABS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense allergy relief</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
HISTEX SYRP 2.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
HISTEX PD LIQD .938mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm all day allergy childr</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm loratadine</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>12hr allergy relief</i> TABS 60mg	\$0(3)	NM; *
<i>24hr allergy relief</i> TABS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>hydroxyzine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older
<i>hydroxyzine hcl</i> SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>hydroxyzine pamoate</i> CAPS 25mg, 50mg	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<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>liquid allergy relief</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>loratadine</i> TABS 10mg; TBP 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 **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: 00025123 v8

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

**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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)
<b>LEUKOTRIENE MODULATORS</b>		
<i>montelukast sodium</i> CHEW 4mg, 5mg; PACK 4mg; TABS 10mg	\$0(1)	
<i>zafirlukast</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	
<b>MISCELLANEOUS</b>		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	\$0(1)	B/D
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
BRONCHITOL CAPS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (560 caps / 28 days), NM, PA
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	\$0(1)	B/D
<i>cromolyn sodium (nasal)</i> AERS 5.2mg/act	\$0(3)	NM; *
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	\$0(1)	(generic of EpiPen)
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml	\$0(1)	(generic of Adrenaclick)
FASENRA SOSY 10mg/0.5ml, 30mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
KALYDECO PACK 5.8mg, 13.4mg, 25mg, 50mg, 75mg	\$0(2)	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
KALYDECO TABS 150mg	\$0(2)	NDS, QL (60 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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OFEV CAPS 100mg, 150mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 75-94MG	\$0(2)	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 100-125	\$0(2)	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 150-188	\$0(2)	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI TAB 100-125	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
ORKAMBI TAB 200-125	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
<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	\$0(2)	NDS, NM, 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, PA
SYMDEKO TAB 100-150	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, 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, 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 **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: 00025123 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
TRIKAFTA PAK 75MG	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOAJ 75mg/0.5ml, 300mg/2ml	\$0(2)	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOAJ 150mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (8 pens / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOLR 150mg	\$0(2)	NDS, QL (8 vials / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOSY 75mg/0.5ml, 300mg/2ml	\$0(2)	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOSY 150mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg, 4000mg, 5000mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<b>NASAL STEROIDS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES</b>		
<i>allergy relief</i> SUSP 50mcg/act	\$0(3)	NM; *
<i>budesonide (nasal)</i> SUSP 32mcg/act	\$0(3)	NM; *
<i>flunisolide (nasal)</i> SOLN .025%	\$0(1)	QL (3 bottles / 30 days)
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act	\$0(1)	QL (1 bottle / 30 days)
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act	\$0(3)	NM; *
<i>gnp budesonide nasal spra</i> SUSP 32mcg/act	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense 24-hour allergy</i> SUSP 50mcg/act	\$0(3)	NM; *
<i>hm allergy relief nasal s</i> SUSP 50mcg/act	\$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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sm allergy relief nasal s</i> SUSP 50mcg/act	\$0(3)	NM; *
XHANCE EXHU 93mcg/act	\$0(2)	QL (32 mL / 30 days), PA
<b>STEROID INHALANTS - DRUGS TO TREAT ASTHMA</b>		
ALVESCO AERS 80mcg/act	\$0(2)	QL (3 inhalers / 30 days)
ALVESCO AERS 160mcg/act	\$0(2)	QL (2 inhalers / 30 days)
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act	\$0(2)	QL (30 inhalations / 30 days)
<i>budesonide (inhalation)</i> SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	\$0(1)	B/D
<b>STEROID/BETA-AGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT ASTHMA AND COPD</b>		
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)
<i>breyna</i>	\$0(1)	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol</i> 80-4.5 mcg/act	\$0(1)	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol</i> 160-4.5 mcg/act	\$0(1)	QL (3 inhalers / 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</i> 100-50 mcg/act	\$0(1)	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba</i> 250-50 mcg/act	\$0(1)	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)

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 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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
<b>TOPICAL - DRUGS TO TREAT EAR AND SKIN CONDITIONS</b>		
<b>DERMATOLOGY, ACNE</b>		
<i>acutane CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	\$0(1)	PA
<i>acne medication 2.5 GEL 2.5%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>acne medication 5 GEL 5%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>acne medication 10 GEL 10%</i>	\$0(3)	NM; *
ACNE MEDICATION 10 LOTN 10%	\$0(3)	NM; *
<i>adapalene GEL .1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>amnesteem CAPS 10mg, 20mg, 40mg</i>	\$0(1)	PA
<i>benzoyl peroxide GEL 2.5%, 5%, 10%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>benzoyl peroxide wash LIQD 5%</i>	\$0(3)	NM; *
<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 mL / 30 days)
<i>clindamycin phosphate (topical) LOTN 1%; SOLN 1%</i>	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>ery PADS 2%</i>	\$0(1)	QL (60 pledgets / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid) GEL 2%</i>	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid) SOLN 2%</i>	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>isotretinoin CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	\$0(1)	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    **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: 00025123 v8



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<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>twice-daily clindamycin phosphate (topical)</i> GEL 1%	\$0(1)	QL (75 gm / 30 days)
<i>zenatane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(1)	PA
<b>DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS</b>		
<i>gentamicin sulfate (topical)</i> CREA .1%; OINT .1%	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
<i>gnp triple antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense first aid antib</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mupirocin</i> OINT 2%	\$0(1)	QL (220 gm / 30 days)
<i>silver sulfadiazine</i> CREA 1%	\$0(1)	
<i>sm triple antibiotic orig</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ssd</i> CREA 1%	\$0(1)	
SULFAMYLON CREA 85mg/gm	\$0(2)	QL (453.6 gm / 30 days)
<i>triple antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<b>DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS</b>		
<i>antifungal</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>athletes foot</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>ciclopirox</i> SHAM 1%	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days)
<i>ciclopirox olamine</i> CREA .77%	\$0(1)	QL (90 gm / 30 days)
<i>ciclopirox olamine</i> SUSP .77%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole (topical)</i> CREA 1%	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
<i>clotrimazole (topical)</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>clotrimazole (topical)</i> SOLN 1%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole antifungal</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i>	\$0(1)	QL (45 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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>econazole nitrate</i> CREA 1%	\$0(1)	QL (85 gm / 30 days)
FUNGOID TINCTURE SOLN 2%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp athletes foot</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tolnaftate</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>ketconazole (topical)</i> CREA 2%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>ketconazole (topical)</i> SHAM 2%	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days)
<i>klayesta</i> POWD 100000unit/gm	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
MICONAZOLE NITRATE SOLN 2%	\$0(3)	NM; *
<i>miconazole nitrate (topical)</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>micotrin ac</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>mycozyl ac</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>nyamyc</i> POWD 100000unit/gm	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> POWD 100000unit/gm	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystop</i> POWD 100000unit/gm	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>selenium sulfide</i> LOTN 2.5%	\$0(1)	
<i>sm antifungal clotrimazol</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm antifungal miconazole</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>sm antifungal tolnaftate</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>tm-clotrimazole</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>tolnaftate</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<b>DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS</b>		
<i>acitretin</i> CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg	\$0(1)	PA
<i>calcipotriene</i> CREA .005%; OINT .005%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>calcipotriene</i> SOLN .005%	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days), PA
<i>calcitrene</i> OINT .005%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days), PA

**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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ENSTILAR AER	\$0(2)	NDS, 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
<b>DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS</b>		
<i>ala-cort</i> CREA 1%	\$0(1)	
<i>alclometasone dipropionate</i> CREA .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>anti-itch maximum strengt</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> CREA .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> LOTN .05%	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> LOTN .05%	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone valerate</i> CREA .1%; OINT .1%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone valerate</i> LOTN .1%	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> SOLN .05%	\$0(1)	QL (50 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate e</i> CREA .05%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<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 (60 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)

**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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluocinonide</i> SOLN .05%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>fluocinonide emulsified base</i> CREA .05%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluticasone propionate</i> CREA .05%; OINT .005%	\$0(1)	
<i>gnp hydrocortisone</i> CREA .5%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp hydrocortisone maximum</i> OINT 1%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp hydrocortisone plus</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp hydrocortisone/aloë</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>halobetasol propionate</i> CREA .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (50 gm / 30 days)
HYDROCORTISONE CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 1%, 2.5%; LOTN 2.5%; OINT 2.5%	\$0(1)	
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA .5%, 1%; OINT 1%	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocortisone (topical)</i> OINT 1%	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
<i>hydrocortisone maximum st</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocortisone valerate</i> CREA .2%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>hydrocortisone/aloë maxim</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>mometasone furoate</i> CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	\$0(1)	
<i>sm hydrocortisone</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm hydrocortisone maximum</i> OINT 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm hydrocortisone plus</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .025%, .1%, .5%	\$0(1)	QL (454 gm / 30 days)

**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    **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: 00025123 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> LOTN .025%, .1%; OINT .025%, .1%, .5%	\$0(1)	
<i>triderm</i> CREA .5%	\$0(1)	QL (454 gm / 30 days)
<b>DERMATOLOGY, LOCAL ANESTHETICS</b>		
<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</i> PTCH 5%	\$0(1)	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>tridacaine ii</i> PTCH 5%	\$0(1)	QL (3 patches / 1 day), PA
<b>DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE</b>		
BETADINE SOLN 10%	\$0(3)	NM; *
<i>bexarotene (topical)</i> GEL 1%	\$0(2)	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA
<i>diclofenac sodium (topical)</i> SOLN 1.5%	\$0(1)	QL (300 mL / 28 days)
FIRST AID ANTISEPTIC OINT OINT 10%	\$0(3)	NM; *
<i>fluorouracil (topical)</i> CREA 5%	\$0(1)	QL (40 gm / 30 days)
<i>fluorouracil (topical)</i> SOLN 2%, 5%	\$0(1)	QL (10 mL / 30 days)
<i>hydrocortisone (rectal)</i> CREA 1%, 2.5%	\$0(1)	
<i>imiquimod</i> CREA 5%	\$0(1)	QL (24 packets / 30 days)
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> CREA 12%; LOTN 12%	\$0(1)	
<i>lidocaine</i> CREA 4%	\$0(3)	NM; *
<i>metronidazole (topical)</i> CREA .75%; GEL .75%	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
<i>metronidazole (topical)</i> LOTN .75%	\$0(1)	QL (59 mL / 30 days)

**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 **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: 00025123 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>nitroglycerin (intra-anal)</i> OINT .4%	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
PANRETIN GEL .1%	\$0(2)	NDS, QL (60 gm / 30 days), PA
<i>pimecrolimus</i> CREA 1%	\$0(1)	QL (100 gm / 30 days), PA
<i>podofilox</i> SOLN .5%	\$0(1)	QL (7 mL / 28 days)
<i>povidone-iodine</i> SOLN 10%	\$0(3)	NM; *
<i>procto-med hc</i> CREA 2.5%	\$0(1)	
<i>proctocort</i> CREA 1%	\$0(1)	
<i>proctosol hc</i> CREA 2.5%	\$0(1)	
<i>proctozone-hc</i> CREA 2.5%	\$0(1)	
RENOVA CREA .02%	\$0(3)	NM; *
RENOVA PUMP CREA .02%	\$0(3)	NM; *
<i>sm povidone-iodine</i> SOLN 10%	\$0(3)	NM; *
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1%	\$0(1)	QL (100 gm / 30 days), PA
VALCHLOR GEL .016%	\$0(2)	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA
<b>DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES</b>		
<i>gnp lice treatment</i> LIQD 1%	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense lice killing cr</i> LIQD 1%	\$0(3)	NM; *
<i>lice killing maximum stre</i>	\$0(3)	NM; *
<i>malathion</i> LOTN .5%	\$0(1)	QL (59 mL / 30 days)
<i>permethrin</i> CREA 5%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>sm lice killing maximum s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm lice treatment</i> LIQD 1%	\$0(3)	NM; *
<b>DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS</b>		
REGANEX 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)	

**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 **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: 00025123 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	\$0(1)	
<b>MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS</b>		
<i>cevimeline hcl CAPS 30mg</i>	\$0(1)	
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat) SOLN .12%</i>	\$0(1)	
<i>clotrimazole TROC 10mg</i>	\$0(1)	QL (150 lozenges / 30 days)
<i>kourzeq PSTE .1%</i>	\$0(1)	
<i>lidocaine hcl (mouth-throat) SOLN 2%</i>	\$0(1)	
<i>nystatin (mouth-throat) SUSP 100000unit/ml</i>	\$0(1)	
<i>periogard SOLN .12%</i>	\$0(1)	
<i>pilocarpine hcl (oral) TABS 5mg, 7.5mg</i>	\$0(1)	
<i>triamcinolone acetonide (mouth) PSTE .1%</i>	\$0(1)	

**PA** - Autorización previa    **QL** - Límites de cantidad    **ST** - Tratamiento escalonado    **NM** - No disponible para pedido por correo    **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare    **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: 00025123 v8

## D. Índice de medicamentos cubiertos

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
*		ACTIMMUNE .....	108
*sodium phosphates - enema*** .....	98	acyclovir .....	17
<b>1</b>		acyclovir sodium .....	17
12hr allergy relief .....	124	ADACEL INJ.....	109
<b>2</b>		ADALIMUMAB-AACF (2 PEN) .....	104
24hr allergy relief .....	124	ADALIMUMAB-AACF (2 SYRING .....	104
<b>3</b>		adapalene .....	130
3 day vaginal.....	101	adefovir dipivoxil .....	17
<b>A</b>		ADIPEX-P .....	77
abacavir sulfate .....	13	ADMELOG.....	75
abacavir sulfate-lamivudine tab 600- 300 mg .....	15	ADMELOG SOLOSTAR .....	75
ABELCET .....	12	ADVAIR HFA AER 45/21 .....	129
abiraterone acetate .....	25	ADVAIR HFA AER 115/21 .....	129
ABRYSVO .....	109	ADVAIR HFA AER 230/21 .....	129
acamprosate calcium .....	70	afirmelle .....	79
acarbose .....	72	AIMOVIG .....	67
accutane .....	130	AKEEGA TAB 50/500MG.....	25
acebutolol hcl .....	46	AKEEGA TAB 100/500 .....	25
acetaminophen .....	2	ala-cort.....	133
acetaminophen w/ codeine soln 120- 12 mg/5ml .....	7	ALA-HIST IR.....	122
acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg ...	7	alaway.....	119
acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg ..	7	alaway childrens allergy.....	119
acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg ..	7	albendazole .....	9
acetazolamide .....	48	albuterol sulfate .....	125
acetic acid.....	100	alclometasone dipropionate.....	133
acetic acid (otic) .....	121	ALCOHOL SWABS\BD-EMBECTA/MHC/ RUGBY .....	75
acetylcysteine .....	126	ALDURAZYME.....	88
acid gone .....	91	ALECENSA .....	28
acid reducer .....	95	alendronate sodium.....	78
acid reducer complete .....	98	alfuzosin hcl.....	100
acid reducer maximum stre .....	95	aliskiren fumarate .....	49
acid reducer original str .....	95	all day allergy.....	122
acitretin .....	132	all day allergy childrens.....	122
acne medication 2.5 .....	130	all day pain relief .....	4
acne medication 5 .....	130	all day relief.....	4
acne medication 10.....	130	aller-chlor .....	122
ACNE MEDICATION 10 .....	130	allergy.....	122
ACTHIB INJ.....	109	allergy childrens.....	122
		allergy relief .....	122, 128
		allergy relief 24hr .....	122
		allergy relief childrens .....	122
		allopurinol .....	1
		almacone double strength.....	91



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>alose tron hcl</i> .....	98	<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>	
<i>alprazolam</i> .....	51	<i>tab 10-40 mg</i> .....	41
<i>altavera</i> .....	79	<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i>	41
ALUMINUM HYDROXIDE .....	92	<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i>	41
<i>alum &amp; mag hydroxide-simethicone susp</i>		<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-</i>	
<i>200-200-20 mg/5ml</i> .....	91	<i>160 mg</i> .....	41
<i>alum &amp; mag hydroxide-simethicone susp</i>		<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-</i>	
<i>400-400-40 mg/5ml</i> .....	91	<i>320 mg</i> .....	41
ALUNBRIG .....	28	<i>amne steem</i> .....	130
ALUNBRIG PAK .....	28	<i>amoxapine</i> .....	52
ALVAIZ .....	103	<i>amoxicillin</i> .....	21
ALVESCO .....	129	<i>amoxicillin &amp; k clavulanate chew tab 400-</i>	
<i>alyacen 1/35</i> .....	79	<i>57 mg</i> .....	21
<i>alyacen 7/7/7</i> .....	79	<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 200-</i>	
ALYGLO .....	107	<i>28.5 mg/5ml</i> .....	21
<i>alyq</i> .....	50	<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 250-</i>	
<i>amantadine hcl</i> .....	54	<i>62.5 mg/5ml</i> .....	21
<i>ambrisentan</i> .....	50	<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 400-</i>	
<i>amethia</i> .....	79	<i>57 mg/5ml</i> .....	21
<i>amethyst</i> .....	79	<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 600-</i>	
<i>amikacin sulfate</i> .....	9	<i>42.9 mg/5ml</i> .....	21
<i>amiloride hcl</i> .....	48	<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab 250-125 mg</i> ..	21
<i>amiloride &amp; hydrochlorothiazide tab</i>		<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab 500-125 mg</i> ..	21
<i>5-50 mg</i> .....	48	<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab 875-125 mg</i> ..	21
<i>amiodarone hcl</i> .....	44	<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab er 12hr 1000-</i>	
<i>amitriptyline hcl</i> .....	52	<i>62.5 mg</i> .....	21
<i>amlodipine besylate</i> .....	47	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i>	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-</i>		<i>24hr 5 mg</i> .....	64
<i>10 mg</i> .....	38	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i>	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i>		<i>24hr 10 mg</i> .....	64
<i>5-10 mg</i> .....	39	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i>	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i>		<i>24hr 15 mg</i> .....	64
<i>5-20 mg</i> .....	39	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i>	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i>		<i>24hr 20 mg</i> .....	65
<i>5-40 mg</i> .....	39	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i>	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-</i>		<i>24hr 25 mg</i> .....	65
<i>20 mg</i> .....	39	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i>	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-</i>		<i>24hr 30 mg</i> .....	65
<i>40 mg</i> .....	39	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>	
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>		<i>5 mg</i> .....	65
<i>tab 5-20 mg</i> .....	41	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>	
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>		<i>7.5 mg</i> .....	65
<i>tab 5-40 mg</i> .....	41	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>	
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>		<i>10 mg</i> .....	65
<i>tab 10-20 mg</i> .....	41	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>	
		<i>12.5 mg</i> .....	65

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>		ARISTADA .....	56
15 mg .....	65	ARISTADA INITIO .....	56
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>		<i>armodafinil</i> .....	70
20 mg .....	65	ARNUITY ELLIPTA.....	129
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>		<i>arthritis pain relief</i> .....	2
30 mg .....	65	<i>artificial tears</i> .....	120
<i>amphotericin b</i> .....	12	<i>asenapine maleate</i> .....	56
<i>amphotericin b liposome</i> .....	12	<i>ashlyna</i> .....	79
<i>ampicillin</i> .....	21	<i>aspirin</i> .....	2
<i>ampicillin sodium</i> .....	22	ASPIRIN.....	2
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for inj 1.5 (1-</i>		<i>aspirin adult low dose</i> .....	2
0.5) gm .....	21	<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-</i>	
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for inj 3 (2-1)</i>		200 mg .....	104
gm.....	22	<i>aspirin low dose</i> .....	2
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for iv soln 1.5</i>		<i>aspirin low strength</i> .....	2
(1-0.5) gm .....	22	<i>aspirin regimen</i> .....	2
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for iv soln 3</i>		ASTAGRAF XL .....	108
(2-1) gm.....	22	<i>atazanavir sulfate</i> .....	13
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for iv soln 15</i>		<i>atenolol</i> .....	46
(10-5) gm .....	22	<i>atenolol &amp; chlorthalidone tab 50-25 mg</i> .....	46
<i>anagrelide hcl</i> .....	103	<i>atenolol &amp; chlorthalidone tab 100-25 mg</i> .....	46
<i>anastrozole</i> .....	25	<i>athletes foot</i> .....	131
ANORO ELLIPT AER 62.5-25.....	121	<i>atomoxetine hcl</i> .....	65
<i>antacid</i> .....	92	<i>atorvastatin calcium</i> .....	45
<i>antacid/antigas liquid</i> .....	92	<i>atovaquone</i> .....	9
<i>antacid calcium regular s</i> .....	92	<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i> ....	13
<i>antacid extra strength</i> .....	92	<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i> ...	13
<i>antacid maximum strength</i> .....	92	ATROPINE SULFATE .....	120
<i>antacid regular strength</i> .....	92	<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i> .....	120
<i>antacid ultra strength</i> .....	92	ATROVENT HFA .....	122
<i>anti-diarrheal</i> .....	93	<i>aubra eq</i> .....	79
<i>antifungal</i> .....	131	AUGTYRO .....	28
<i>anti-gas/ and gnp antacid</i> .....	92	<i>aurovela 1/20</i> .....	79
<i>anti-itch maximum strengt</i> .....	133	<i>aurovela 24 fe</i> .....	79
<i>aprepitant</i> .....	94	<i>aurovela fe 1.5/30</i> .....	79
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 &amp;</i>		<i>aurovela fe 1/20</i> .....	79
125 mg .....	94	AUSTEDO.....	68
<i>apri</i> .....	79	AUSTEDO XR.....	68
APTIOM.....	59	AUSTEDO XR TAB TITR KIT .....	68
APTIVUS.....	13	AUVELITY TAB 45-105MG .....	52
ARALAST NP.....	126	<i>aviane</i> .....	79
<i>aranelle</i> .....	79	<i>ayuna</i> .....	79
ARCALYST .....	108	AYVAKIT .....	28
AREXVY .....	109	<i>azacitidine</i> .....	24
ARIKAYCE .....	9	<i>azathioprine</i> .....	108
<i>aripiprazole</i> .....	55	<i>azelastine hcl</i> .....	122

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>azelastine hcl (ophth)</i> .....	119	<i>betaxolol hcl</i> .....	46
<i>azithromycin</i> .....	20	<i>betaxolol hcl (ophth)</i> .....	119
<i>aztreonam</i> .....	9	<i>bethanechol chloride</i> .....	100
<i>azurette</i> .....	79	BETOPTIC-S .....	119
<b>B</b>		BEVESPI AER 9-4.8MCG .....	121
<i>bacitracin (ophthalmic)</i> .....	117	<i>bexarotene</i> .....	27
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i> .....	117	<i>bexarotene (topical)</i> .....	135
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i> .....	117	BEXSERO INJ .....	109
<i>baclofen</i> .....	69	<i>bicalutamide</i> .....	25
BACMIN TAB .....	115	BICILLIN L-A .....	22
BAFIERTAM.....	68	BIKTARVY TAB 30-120-15 MG.....	15
<i>balsalazide disodium</i> .....	96	BIKTARVY TAB 50-200-25 MG.....	15
BALVERSA .....	28	<i>bisacodyl</i> .....	96
<i>balziva</i> .....	79	<i>bisacodyl ec</i> .....	96
<i>banophen</i> .....	122	<i>bismuth subsalicylate</i> .....	93
BARACLUDGE.....	17	<i>bisoprolol fumarate</i> .....	46
BASAGLAR KWIKPEN .....	75	<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i> .....	46
BCG VACCINE .....	109	<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i> .....	46
<i>benazepril hcl</i> .....	40	<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i> .....	46
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i> .....	39	BIVIGAM .....	107
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> .....	39	<i>blisovi 24 fe</i> .....	79
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> .....	39	<i>blisovi fe 1.5/30</i> .....	79
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i> .....	39	BOOSTRIX INJ.....	109
BENDAMUSTINE HYDROCHLORID .....	23	<i>bortezomib</i> .....	28
BENDEKA.....	23	BORTEZOMIB .....	28
BENLYSTA.....	108, 109	<i>bosentan</i> .....	50
<i>benzoyl peroxide</i> .....	130	BOSULIF .....	28, 29
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i> ..	130	BP VIT 3 CAP .....	115
<i>benzoyl peroxide wash</i> .....	130	BRAFTOVI .....	29
<i>benzphetamine hcl</i> .....	77	BREO ELLIPTA INH 50-25MCG.....	129
<i>benztropine mesylate</i> .....	54	BREO ELLIPTA INH 100-25 .....	129
BERINERT .....	103	BREO ELLIPTA INH 200-25 .....	129
BESIVANCE.....	117	<i>breyana</i> .....	129
BESREMI .....	27	BREZTRI AERO AER SPHERE .....	121
BETADINE .....	135	BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK).....	121
<i>betaine powder for oral solution</i> .....	88	<i>briellyn</i> .....	79
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> ..	133	BRILINTA.....	104
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> .....	133	<i>brimonidine tartrate</i> .....	119
<i>betamethasone valerate</i> .....	133	<i>brinzolamide</i> .....	119
BETASERON .....	69	BRIVIACT .....	59
		<i>bromfenac sodium (ophth)</i> .....	118
		<i>bromocriptine mesylate</i> .....	54

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
BRONCHITOL.....	126	<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i>	
BRUKINSA .....	29	<i>tab 16-12.5 mg</i> .....	41
<i>budesonide</i> .....	96	<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i>	
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd</i>		<i>tab 32-12.5 mg</i> .....	41
<i>aerosol 80-4.5 mcg/act</i> .....	129	<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i>	
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd</i>		<i>tab 32-25 mg</i> .....	41
<i>aerosol 160-4.5 mcg/act</i> .....	129	CAPLYTA.....	56
<i>budesonide (inhalation)</i> .....	129	CAPRELSA .....	29
<i>budesonide (nasal)</i> .....	128	<i>captopril</i> .....	40
<i>bumetanide</i> .....	48	<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 25-</i>	
<i>buprenorphine</i> .....	6	<i>15 mg</i> .....	39
<i>buprenorphine hcl</i> .....	70	<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 25-</i>	
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>		<i>25 mg</i> .....	39
<i>2-0.5 mg (base equiv)</i> .....	70	<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 50-</i>	
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>		<i>15 mg</i> .....	39
<i>4-1 mg (base equiv)</i> .....	70	<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 50-</i>	
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>		<i>25 mg</i> .....	39
<i>8-2 mg (base equiv)</i> .....	70	<i>carbamazepine</i> .....	59
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>		<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-</i>	
<i>12-3 mg (base equiv)</i> .....	70	<i>50-200 mg</i> .....	55
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i>		<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-</i>	
<i>2-0.5 mg (base equiv)</i> .....	70	<i>75-200 mg</i> .....	55
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i>		<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-</i>	
<i>8-2 mg (base equiv)</i> .....	70	<i>100-200 mg</i> .....	55
<i>bupropion hcl</i> .....	52	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-</i>	
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> .....	71	<i>125-200 mg</i> .....	55
<i>bupirone hcl</i> .....	51	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-</i>	
<i>butorphanol tartrate</i> .....	7	<i>150-200 mg</i> .....	55
<b>C</b>		<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-</i>	
<i>cabergoline</i> .....	88	<i>200-200 mg</i> .....	55
CABOMETYX.....	29	<i>carbidopa &amp; levodopa tab 10-100 mg</i> .....	54
<i>calcipotriene</i> .....	132	<i>carbidopa &amp; levodopa tab 25-100 mg</i> .....	54
<i>calcitonin (salmon) spray</i> .....	78	<i>carbidopa &amp; levodopa tab 25-250 mg</i> .....	54
<i>calcitrene</i> .....	132	<i>carbidopa &amp; levodopa tab er 25-100 mg</i> .....	54
<i>calcitriol</i> .....	91	<i>carbidopa &amp; levodopa tab er 50-200 mg</i> .....	55
<i>calcitriol (oral)</i> .....	91	<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-</i>	
<i>calcium antacid</i> .....	92	<i>100mg</i> .....	54
<i>calcium antacid extra str</i> .....	92	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-</i>	
CALCIUM CARBONATE.....	92	<i>100mg</i> .....	54
<i>cal-gest antacid</i> .....	92	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-</i>	
CALQUENCE.....	29	<i>250mg</i> .....	54
<i>camila</i> .....	79	<i>carboplatin</i> .....	23
<i>camrese</i> .....	79	<i>carboxymethylcellulose sodium (ophth)</i> .....	120
<i>camrese lo</i> .....	80	<i>carglumic acid</i> .....	88
<i>candesartan cilexetil</i> .....	43	<i>carisoprodol</i> .....	69
		<i>carteolol hcl (ophth)</i> .....	119

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>cartia xt</i> .....	47	CIMDUO TAB 300-300 .....	15
<i>carvedilol</i> .....	47	<i>cinacalcet hcl</i> .....	88
<i>caspofungin acetate</i> .....	12	<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i> .....	20
CAYSTON .....	9	<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i> .....	20
<i>cefaclor</i> .....	18	<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i> .....	121
<i>cefadroxil</i> .....	18	<i>ciprofloxacin hcl</i> .....	20
CEFAZOLIN .....	18	<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i> .....	117
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML .....	19	<i>cisplatin</i> .....	23
<i>cefazolin sodium</i> .....	19	<i>citalopram hydrobromide</i> .....	52
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%.....	19	<i>claravis</i> .....	130
<i>cefdinir</i> .....	19	<i>clarithromycin</i> .....	20
<i>cefepime hcl</i> .....	19	<i>clindamycin hcl</i> .....	9
<i>cefixime</i> .....	19	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> .....	9
<i>cefotetan disodium</i> .....	19	<i>clindamycin phosphate</i> .....	9
<i>cefoxitin sodium</i> .....	19	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i> .....	9
<i>cefpodoxime proxetil</i> .....	19	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i> .....	9
<i>cefprozil</i> .....	19	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i> .....	9
<i>ceftazidime</i> .....	19	<i>clindamycin phosphate (topical)</i> .....	130
<i>ceftriaxone sodium</i> .....	19	<i>clindamycin phosphate vaginal</i> .....	101
<i>cefuroxime axetil</i> .....	19	CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML.....	9
<i>cefuroxime sodium</i> .....	19	CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML.....	9
<i>celecoxib</i> .....	4	CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML.....	10
<i>cephalexin</i> .....	19	CLINIMIX INJ 4.25/D5W .....	114
CERDELGA.....	88	CLINIMIX INJ 4.25/D10 .....	114
CEREZYME .....	88	CLINIMIX INJ 5%/D15W .....	114
<i>cetirizine hcl</i> .....	122	CLINIMIX INJ 5%/D20W .....	114
<i>cetirizine hcl allergy ch</i> .....	122	CLINIMIX INJ 6/5.....	114
<i>cetirizine hcl childrens</i> .....	123	CLINIMIX INJ 8/10 .....	114
<i>cetirizine hydrochloride</i> .....	123	CLINIMIX INJ 8/14 .....	114
<i>cevimeline hcl</i> .....	137	<i>clinisol sf 15%</i> .....	114
<i>chateal eq</i> .....	80	CLINOLIPID EMU 20% .....	114
CHEMET .....	78	<i>clobazam</i> .....	59
<i>childrens acetaminophen</i> .....	2	<i>clobetasol propionate</i> .....	133
<i>childrens ibuprofen</i> .....	4	<i>clobetasol propionate e</i> .....	133
<i>childrens loratadine</i> .....	123	<i>clomipramine hcl</i> .....	52
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i> .....	137	<i>clonazepam</i> .....	59
<i>chloroquine phosphate</i> .....	13	<i>clonidine</i> .....	49
<i>chlorpromazine hcl</i> .....	56	<i>clonidine hcl</i> .....	49
<i>chlorthalidone</i> .....	48	<i>clopidogrel bisulfate</i> .....	104
<i>cholestyramine</i> .....	45	<i>clorazepate dipotassium</i> .....	60
<i>cholestyramine light</i> .....	45	<i>clotrimazole</i> .....	137
<i>chromic chloride</i> .....	114	<i>clotrimazole antifungal</i> .....	131
<i>ciclopirox</i> .....	131		
<i>ciclopirox olamine</i> .....	131		
<i>cilostazol</i> .....	103		
CILOXAN .....	117		

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>clotrimazole (topical)</i> .....	131	<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i>	109
<i>clotrimazole vaginal</i> .....	101	<i>cyproheptadine hcl</i> .....	123
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i>		<i>cyred eq</i> .....	80
1-0.05% .....	131	CYSTADROPS.....	120
<i>clozapine</i> .....	56	CYSTAGON .....	88
COARTEM TAB 20-120MG.....	13	CYSTARAN .....	120
COLACE .....	96	<i>cytarabine</i> .....	24
<i>colchicine</i> .....	1	<b>D</b>	
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i> .....	1	D2.5W/NACL INJ 0.45% .....	111
<i>colesevelam hcl</i> .....	45	D10W/NACL INJ 0.2% .....	111
<i>colestipol hcl</i> .....	45	<i>dabigatran etexilate mesylate</i> .....	102
<i>colistimethate sodium</i> .....	10	<i>dalfampridine</i> .....	69
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%.....	119	<i>danazol</i> .....	72
COMBIVENT AER 20-100 .....	121	<i>dantrolene sodium</i> .....	69
COMETRIQ (60MG DOSE).....	29	<i>dapsone</i> .....	10
COMETRIQ KIT 100MG .....	29	DAPTACEL INJ .....	109
COMETRIQ KIT 140MG .....	29	<i>daptomycin</i> .....	10
COMPLERA TAB .....	15	DAPTOMYCIN .....	10
<i>compro</i> .....	94	<i>darunavir</i> .....	13, 14
<i>constulose</i> .....	96	<i>dasetta 1/35</i> .....	80
COPAXONE.....	69	<i>dasetta 7/7/7</i> .....	80
COPIKTRA .....	29	DAURISMO .....	29
COPPER .....	114	<i>daysee</i> .....	80
CORLANOR .....	49	DAYVIGO.....	66
<i>corvita</i> .....	115	<i>deblitane</i> .....	80
COSENTYX .....	104	<i>deferasirox</i> .....	78
COSENTYX SENSOREADY PEN.....	104	DELSTRIGO TAB.....	15
COSENTYX UNOREADY .....	104	DENGVAXIA SUS.....	110
COTELLIC .....	29	DEPO-SUBQ PROVERA 104 .....	80
CREON CAP 3000UNIT .....	98	<i>depo-testosterone</i> .....	72
CREON CAP 6000UNIT .....	98	DESCOVY TAB 120-15MG .....	15
CREON CAP 12000UNT .....	98	DESCOVY TAB 200/25MG .....	15
CREON CAP 24000UNT .....	98	<i>desipramine hcl</i> .....	52
CREON CAP 36000UNT .....	98	<i>desmopressin acetate</i> .....	88
<i>cromolyn sodium</i> .....	126	<i>desmopressin acetate spray</i> .....	89
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> .....	98	<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> ....	89
<i>cromolyn sodium (nasal)</i> .....	126	<i>desogest-eth estrad &amp; eth estrad tab 0.15-</i>	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> .....	119	0.02/0.01 mg(21/5) .....	80
<i>cryselle-28</i> .....	80	<i>desvenlafaxine succinate</i> .....	52
<i>cyanocobalamin</i> .....	115	<i>dexamethasone</i> .....	87
<i>cyclobenzaprine hcl</i> .....	69	DEXAMETHASONE INTENSOL.....	87
<i>cyclophosphamide</i> .....	23, 24	<i>dexamethasone sodium phosphate</i> .....	87
CYCLOPHOSPHAMIDE .....	24	<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i>	118
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR .....	24	<i>dexmethylphenidate hcl</i> .....	65
<i>cycloserine</i> .....	16	<i>dextrose</i> .....	114
<i>cyclosporine</i> .....	109		

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45% ...</i>	111	DOCETAXEL .....	27
<i>dextrose 5% in lactated ringers .....</i>	111	<i>docusate calcium.....</i>	96
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2% .....</i>	111	<i>docusate sodium .....</i>	96
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3% .....</i>	112	<i>dofetilide .....</i>	44
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9% .....</i>	112	<i>dolishale.....</i>	80
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45% .....</i>	112	<i>donepezil hydrochloride .....</i>	51
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225% ...</i>	112	DOPTELET .....	103
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45% ...</i>	112	<i>dorzolamide hcl .....</i>	119
DIACOMIT .....	60	<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln</i> <i>2-0.5%.....</i>	119
<i>dialyvite .....</i>	115	<i>dotti .....</i>	86
DIALYVITE TAB 3000 .....	115	DOVATO TAB 50-300MG.....	15
DIALYVITE TAB 5000 .....	115	<i>doxazosin mesylate .....</i>	41
DIALYVITE TAB SUPREM D.....	115	<i>doxepin hcl .....</i>	52
DIALYVITE/ TAB ZINC .....	115	<i>doxepin hcl (sleep).....</i>	66
<i>diazepam .....</i>	60	<i>doxorubicin hcl.....</i>	27
<i>diazepam (anticonvulsant).....</i>	60	<i>doxorubicin hcl liposomal.....</i>	27
<i>diazepam inj .....</i>	60	<i>doxy 100.....</i>	23
<i>diazepam intensol.....</i>	60	<i>doxycycline hyclate .....</i>	23
<i>diazoxide.....</i>	88	<i>doxycycline (monohydrate) .....</i>	23
<i>diclofenac potassium .....</i>	4	DRISDOL .....	115
<i>diclofenac sodium .....</i>	4	DRIZALMA SPRINKLE .....	52
<i>diclofenac sodium (ophth) .....</i>	118	<i>dronabinol.....</i>	94
<i>diclofenac sodium (topical) .....</i>	135	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab</i> <i>3-0.02 mg .....</i>	80
<i>dicloxacillin sodium .....</i>	22	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab</i> <i>3-0.03 mg .....</i>	80
<i>dicyclomine hcl .....</i>	95	<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate</i> <i>tab 3-0.02-0.451 mg .....</i>	80
<i>diethylpropion hcl .....</i>	77	<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate</i> <i>tab 3-0.03-0.451 mg .....</i>	80
DIFICID .....	20	DROXIA .....	103
<i>diflunisal .....</i>	4	<i>droxidopa.....</i>	49
<i>digoxin.....</i>	49	DULERA AER 50-5MCG.....	129
<i>dihydroergotamine mesylate .....</i>	67	DULERA AER 100-5MCG .....	129
DILANTIN.....	60	DULERA AER 200-5MCG .....	129
<i>diltiazem hcl .....</i>	47	<i>duloxetine hcl .....</i>	52
<i>diltiazem hcl coated beads.....</i>	47	DUPIXENT .....	104
<i>diltiazem hcl extended release beads.....</i>	48	<i>dutasteride.....</i>	100
<i>dilt-xr.....</i>	47	<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i>	100
<i>diphenhydramine hcl.....</i>	123	<b>E</b>	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-</i> <i>0.025 mg/5ml.....</i>	98	<i>econazole nitrate .....</i>	132
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-</i> <i>0.025 mg .....</i>	98	<i>econtra one-step.....</i>	80
DIP/TET PED INJ 25-5LFU.....	110	<i>ed-apap.....</i>	2
<i>dipyridamole.....</i>	104	<i>ed chlorped jr .....</i>	123
<i>disopyramide phosphate .....</i>	44		
<i>disulfiram .....</i>	71		
<i>divalproex sodium .....</i>	60		
<i>docetaxel .....</i>	27		

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
EDURANT.....	14	<i>enskyce</i> .....	80
<i>e.e.s. 400</i> .....	20	ENSTILAR AER.....	133
<i>efavirenz</i> .....	14	<i>entacapone</i> .....	55
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i> .....	16	<i>entecavir</i> .....	17
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i> .....	16	ENTRESTO CAP 6-6MG.....	41
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i> .....	16	ENTRESTO CAP 15-16MG.....	42
ELIGARD.....	25	ENTRESTO TAB 24-26MG.....	42
<i>elinest</i> .....	80	ENTRESTO TAB 49-51MG.....	42
ELIQUIS.....	102	ENTRESTO TAB 97-103MG.....	42
ELIQUIS STARTER PACK.....	102	<i>enulose</i> .....	97
<i>eluryng</i> .....	80	EPCLUSA PAK 150-37.5.....	17
EMGALITY.....	67	EPCLUSA PAK 200-50MG.....	17
EMSAM.....	53	EPCLUSA TAB 200-50MG.....	17
<i>emtricitabine</i> .....	14	EPCLUSA TAB 400-100.....	17
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i> .....	16	EPIDIOLEX.....	60
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i> .....	16	<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> .....	49, 126
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i> .....	16	<i>epitol</i> .....	60
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i> .....	16	<i>eplerenone</i> .....	40
EMTRIVA.....	14	EPRONTIA.....	60
EMVERM.....	10	<i>ergocalciferol</i> .....	115
<i>emzahn</i> .....	80	<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i> .....	67
<i>enalapril maleate</i> .....	40	ERIVEDGE.....	30
<i>enalapril maleate &amp; hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i> .....	39	ERLEADA.....	25
<i>enalapril maleate &amp; hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i> .....	39	<i>erlotinib hcl</i> .....	30
ENBREL.....	105	<i>errin</i> .....	80
ENBREL MINI.....	105	<i>ertapenem sodium</i> .....	10
ENBREL SURECLICK.....	105	<i>ery</i> .....	130
<i>endocet tab 2.5-325mg</i> .....	7	<i>ery-tab</i> .....	20
<i>endocet tab 5-325mg</i> .....	7	ERYTHROCIN LACTOBIONATE.....	20
<i>endocet tab 7.5-325mg</i> .....	7	<i>erythromycin (acne aid)</i> .....	130
<i>endocet tab 10-325mg</i> .....	7	<i>erythromycin base</i> .....	20
<i>enema ready-to-use</i> .....	97	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> .....	20
ENGERIX-B.....	110	<i>erythromycin lactobionate</i> .....	20
<i>enilloring</i> .....	80	<i>erythromycin (ophth)</i> .....	118
ENLYTE CAP.....	115	<i>escitalopram oxalate</i> .....	53
<i>enoxaparin sodium</i> .....	102	<i>esomeprazole magnesium</i> .....	99
<i>enpresse-28</i> .....	80	<i>estarylla</i> .....	80
		<i>estradiol</i> .....	86
		<i>estradiol &amp; norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i> .....	86
		<i>estradiol &amp; norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i> .....	86
		<i>estradiol vaginal</i> .....	86
		<i>estradiol valerate</i> .....	86
		<i>eszopiclone</i> .....	66
		<i>ethambutol hcl</i> .....	17



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>ethosuximide</i> .....	61	<i>feverall childrens</i> .....	2
<i>ethynodiol diacetate &amp; ethinyl estradiol tab</i> <i>1 mg-35 mcg</i> .....	81	FEVERALL INFANTS .....	2
<i>ethynodiol diacetate &amp; ethinyl estradiol tab</i> <i>1 mg-50 mcg</i> .....	81	FEVERALL JUNIOR STRENGTH.....	2
<i>etodolac</i> .....	5	<i>fexofenadine hcl</i> .....	123
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-</i> <i>0.015 mg/24hr</i> .....	81	FIASP .....	75
<i>etoposide</i> .....	28	FIASP FLEXTOUCH.....	75
<i>etravirine</i> .....	14	FIASP PENFILL .....	76
EULEXIN .....	25	FIASP PUMPCART .....	76
<i>euthyrox</i> .....	90	<i>finasteride</i> .....	100
<i>everolimus</i> .....	30	<i>finzolimod hcl</i> .....	69
<i>everolimus (immunosuppressant)</i> .....	109	FINTEPLA.....	61
EVOTAZ TAB 300-150 .....	16	<i>finzala</i> .....	81
<i>exemestane</i> .....	25	FIRMAGON .....	25
<i>eye itch relief</i> .....	119	FIRST AID ANTISEPTIC OINT .....	135
EYSUVIS .....	120	<i>flac</i> .....	121
<i>ezetimibe</i> .....	45	FLAREX .....	118
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i> .....	45	FLEBOGAMMA DIF.....	107
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i> .....	45	<i>flecainide acetate</i> .....	44
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i> .....	45	FLEET ENE .....	97
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i> .....	45	FLEET ENE PED .....	97
<b>F</b>		FLORIVA CHW 0.5MG .....	115
FABRAZYME.....	89	FLORIVA CHW 0.25MG.....	115
<i>falmina</i> .....	81	FLORIVA CHW 1MG .....	115
<i>famciclovir</i> .....	17	<i>fluconazole</i> .....	12
<i>famotidine</i> .....	95	<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml</i> ..	12
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i> 95		<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i> ..	12
<i>famotidine maximum streng</i> .....	95	<i>flucytosine</i> .....	12
<i>famotidine original stren</i> .....	95	<i>fludrocortisone acetate</i> .....	87
FANAPT .....	56	<i>flunisolide (nasal)</i> .....	128
FANAPT PAK .....	56	<i>fluocinolone acetonide</i> .....	133
FARXIGA .....	72	<i>fluocinolone acetonide (otic)</i> .....	121
FASENRA .....	126	<i>fluocinonide</i> .....	133, 134
FASENRA PEN.....	126	<i>fluocinonide emulsified base</i> .....	134
<i>felbamate</i> .....	61	<i>fluorometholone (ophth)</i> .....	118
<i>felodipine</i> .....	48	<i>fluorouracil</i> .....	24
<i>fenofibrate</i> .....	44	<i>fluorouracil (topical)</i> .....	135
<i>fenofibrate micronized</i> .....	44	<i>fluoxetine hcl</i> .....	53
<i>fentanyl</i> .....	7	<i>fluphenazine decanoate</i> .....	56
<i>fentanyl citrate</i> .....	8	<i>fluphenazine hcl</i> .....	56
FETZIMA .....	53	<i>flurbiprofen</i> .....	5
FETZIMA CAP TITRATIO .....	53	<i>flurbiprofen sodium</i> .....	118
<i>feverall adults</i> .....	2	<i>fluticasone propionate</i> .....	134
		<i>fluticasone propionate (nasal)</i> .....	128
		<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-</i> <i>50 mcg/act</i> .....	129

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act</i> .....	129	GAMASTAN INJ .....	107
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act</i> .....	130	GAMMAGARD LIQUID .....	107
<i>fluvoxamine maleate</i> .....	51	GAMMAGARD S/D IGA LESS TH.....	108
<i>folic acid</i> .....	115	GAMMAKED .....	108
FOLTRATE TAB.....	116	GAMMAPLEX .....	108
<i>fondaparinux sodium</i> .....	102	GAMUNEX-C .....	108
<i>fosamprenavir calcium</i> .....	14	<i>ganciclovir sodium</i> .....	17
<i>fosinopril sodium</i> .....	40	GARDASIL 9 INJ.....	110
<i>fosinopril sodium &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> .....	39	<i>gatifloxacin (ophth)</i> .....	118
<i>fosinopril sodium &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> .....	40	GATTEX.....	98
FOTIVDA.....	30	GAUZE PADS 2 .....	76
FRUZAQLA.....	30	<i>gavilyte-c</i> .....	97
<i>ft 8 hour pain relief</i> .....	2	<i>gavilyte-g</i> .....	97
<i>ft all day allergy</i> .....	123	<i>gavilyte-n/flavor pack</i> .....	97
<i>ft all day allergy 24 hou</i> .....	123	GAVRETO .....	30
<i>ft allergy relief</i> .....	123	<i>gefitinib</i> .....	30
<i>ft allergy relief 12 hour</i> .....	123	<i>gemcitabine hcl</i> .....	24
<i>ft allergy relief childre</i> .....	123	<i>gemfibrozil</i> .....	44
<i>ft antacid extra strength</i> .....	92	<i>generlac</i> .....	97
<i>ft antacid regular streng</i> .....	92	<i>gengraf</i> .....	109
<i>ft anti-diarrheal</i> .....	93	GENOTROPIN.....	89
<i>ft gentle laxative</i> .....	97	GENOTROPIN MINIQUICK.....	89
<i>ft ibuprofen childrens</i> .....	5	<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i> .....	10
<i>ft laxative</i> .....	97	<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i> .....	10
<i>ft naproxen sodium</i> .....	5	<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i> .....	10
<i>ft pain relief</i> .....	2	<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i> .....	10
<i>ft pain relief adult extr</i> .....	2	<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i> .....	10
<i>ft stomach relief</i> .....	93	<i>gentamicin sulfate</i> .....	10
<i>ft stool softener</i> .....	97	<i>gentamicin sulfate (ophth)</i> .....	118
FULPHILA.....	103	<i>gentamicin sulfate (topical)</i> .....	131
<i>fulvestrant</i> .....	25	GENTEAL SEVERE TEARS .....	120
FUNGOID TINCTURE .....	132	<i>genteeal tears night-time</i> .....	120
<i>furosemide</i> .....	48	<i>gentle laxative</i> .....	97
<i>furosemide inj</i> .....	48	GENVOYA TAB.....	16
FUZEON.....	14	GILOTRIF .....	30
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i> .....	86	<i>glatiramer acetate</i> .....	69
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i> .....	87	<i>glatopa</i> .....	69
FYCOMPA .....	61	GLEOSTINE.....	24
<b>G</b>		<i>glimepiride</i> .....	72
<i>gabapentin</i> .....	61	<i>glipizide</i> .....	72, 73
<i>galantamine hydrobromide</i> .....	51	<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i> .....	73
		<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i> .....	73
		<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i> .....	73
		<i>glipizide xl</i> .....	73
		<i>glycopyrrolate</i> .....	95
		<i>glydo</i> .....	135

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
GLYXAMBI TAB 10-5 MG .....	73	<i>gnp naproxen</i> .....	5
GLYXAMBI TAB 25-5 MG.....	73	<i>gnp naproxen sodium</i> .....	5
<i>gnp 8 hour arthritis reli</i> .....	2	<i>gnp nicotine gum</i> .....	71
<i>gnp 8 hour pain relief</i> .....	2	<i>gnp nicotine mini lozenge</i> .....	71
<i>gnp 8 hour pain reliever</i> .....	2	<i>gnp nicotine polacrilex</i> .....	71
<i>gnp acetaminophen</i> .....	3	<i>gnp nicotine transdermal</i> .....	71
<i>gnp acid reducer</i> .....	95	<i>gnp omeprazole</i> .....	99
<i>gnp acid reducer maximum</i> .....	95	<i>gnp pain &amp; fever children</i> .....	3
<i>gnp adult aspirin low str</i> .....	3	<i>gnp pain &amp; fever infants</i> .....	3
<i>gnp all day allergy</i> .....	123	<i>gnp pain relief</i> .....	3
<i>gnp all day allergy child</i> .....	123	<i>gnp pain relief extra str</i> .....	3
<i>gnp allergy</i> .....	123	<i>gnp pink bismuth</i> .....	93
<i>gnp allergy relief</i> .....	123	<i>gnp pink bismuth ultra st</i> .....	93
<i>gnp allergy relief maximu</i> .....	123	<i>gnp stomach relief</i> .....	93
<i>gnp antacid and anti-gas/</i> .....	92	<i>gnp stool softener</i> .....	97
<i>gnp antacid anti-gas/maxi</i> .....	92	<i>gnp tolnaftate</i> .....	132
<i>gnp antacid &amp; anti-gas/re</i> .....	92	<i>gnp triple antibiotic</i> .....	131
<i>gnp antacid extra strengt</i> .....	92	<i>gnp womens gentle laxativ</i> .....	97
<i>gnp antacid/regular stren</i> .....	92	<i>goodsense 24-hour allergy</i> .....	128
<i>gnp anti-diarrheal</i> .....	93	<i>goodsense all day allergy</i> .....	124
<i>gnp artificial tears</i> .....	120	<i>goodsense aller-ease</i> .....	124
<i>gnp aspirin</i> .....	3	<i>goodsense allergy relief</i> .....	124
<i>gnp aspirin low dose</i> .....	3	<i>goodsense anti-diarrheal</i> .....	93
<i>gnp athletes foot</i> .....	132	<i>goodsense arthritis pain</i> .....	3
<i>gnp budesonide nasal spra</i> .....	128	<i>goodsense aspirin</i> .....	3
<i>gnp childrens allergy</i> .....	124	<i>goodsense aspirin adults</i> .....	3
<i>gnp childrens ibuprofen</i> .....	5	<i>goodsense first aid antib</i> .....	131
<i>gnp clearlax</i> .....	97	<i>goodsense ibuprofen</i> .....	5
<i>gnp clotrimazole 3</i> .....	101	<i>goodsense ibuprofen child</i> .....	5
<i>gnp gentle laxative</i> .....	97	<i>goodsense ibuprofen infan</i> .....	5
<i>gnp hydrocortisone</i> .....	134	<i>goodsense lansoprazole</i> .....	99
<i>gnp hydrocortisone/aloe</i> .....	134	<i>goodsense lice killing cr</i> .....	136
<i>gnp hydrocortisone maximu</i> .....	134	<i>goodsense lubricating plu</i> .....	120
<i>gnp hydrocortisone plus</i> .....	134	<i>goodsense naproxen sodium</i> .....	5
<i>gnp ibuprofen</i> .....	5	<i>goodsense nicotine</i> .....	71
<i>gnp ibuprofen childrens</i> .....	5	<i>goodsense nicotine gum</i> .....	71
<i>gnp ibuprofen infants</i> .....	5	<i>goodsense nicotine polacr</i> .....	71
<i>gnp infants pain/fever</i> .....	3	<i>goodsense pain &amp; fever ch</i> .....	3
<i>gnp lansoprazole</i> .....	99	<i>goodsense pain &amp; fever in</i> .....	3
<i>gnp lice treatment</i> .....	136	<i>goodsense pain relief</i> .....	3
<i>gnp loperamide hydrochlor</i> .....	93	<i>goodsense pain relief ext</i> .....	3
<i>gnp loratadine</i> .....	124	<i>granisetron hcl</i> .....	94
<i>gnp loratadine childrens</i> .....	124	<i>griseofulvin microsize</i> .....	12
<i>gnp miconazole 1 combinat</i> .....	101	<i>griseofulvin ultramicrosized</i> .....	12
<i>gnp miconazole 3</i> .....	101	<i>guanfacine hcl</i> .....	49
<i>gnp miconazole 7</i> .....	101	<i>guanfacine hcl (adhd)</i> .....	65, 66

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<b>H</b>			
HAEGARDA.....	103	<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml.....</i>	8
<i>hailey 1.5/30 .....</i>	81	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg.8</i>	
<i>hailey 24 fe.....</i>	81	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-325 mg .....</i>	8
<i>halobetasol propionate .....</i>	134	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg8</i>	
<i>haloette .....</i>	81	<i>hydrocodone bitartrate .....</i>	7
<i>haloperidol.....</i>	56	<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg .....</i>	8
<i>haloperidol decanoate .....</i>	56	<i>hydrocortisone.....</i>	87
<i>haloperidol lactate .....</i>	57	HYDROCORTISONE .....	134
HARVONI PAK 33.75-150MG.....	17	<i>hydrocortisone/aloe maxim .....</i>	134
HARVONI PAK 45-200MG.....	17	<i>hydrocortisone (intrarectal).....</i>	96
HARVONI TAB 45-200MG.....	17	<i>hydrocortisone maximum st .....</i>	134
HARVONI TAB 90-400MG .....	17	<i>hydrocortisone (rectal).....</i>	135
HAVRIX.....	110	<i>hydrocortisone (topical).....</i>	134
<i>healthylax.....</i>	97	<i>hydrocortisone valerate .....</i>	134
<i>heartburn relief .....</i>	95	<i>hydromorphone hcl .....</i>	8
<i>heartburn relief extra st.....</i>	92	<i>hydroxocobalamin acetate .....</i>	116
<i>heartburn relief maximum .....</i>	96	<i>hydroxychloroquine sulfate .....</i>	107
<i>heather .....</i>	81	<i>hydroxyurea.....</i>	27
<i>heparin sodium (porcine).....</i>	102	<i>hydroxyzine hcl .....</i>	124
HEPLISAV-B.....	110	<i>hydroxyzine pamoate .....</i>	124
HEP SOD/NAACL INJ 25000UNT .....	102	<b>I</b>	
HERCEP HYLEC SOL 60-10000.....	30	<i>ibandronate sodium .....</i>	78
HERCEPTIN .....	30	IBRANCE.....	30
<i>her style.....</i>	81	<i>ibu .....</i>	5
HERZUMA.....	30	<i>ibuprofen.....</i>	5
HIBERIX.....	110	<i>ibuprofen childrens.....</i>	5
HISTEX .....	124	<i>ibuprofen infants.....</i>	6
HISTEX PD .....	124	<i>ibuprofen junior strength .....</i>	6
<i>hm all day allergy childr .....</i>	124	<i>icatibant acetate .....</i>	103
<i>hm allergy relief nasal s.....</i>	128	<i>iclevia.....</i>	81
<i>hm antacid extra strength.....</i>	92	ICLUSIG.....	31
<i>hm enema saline laxative.....</i>	97	IDACIO (2 PEN).....	105
<i>hm loratadine .....</i>	124	IDACIO (2 SYRINGE).....	105
<i>hm nicotine polacrilex .....</i>	71	IDACIO CROHN INJ DISEASE .....	105
HUMIRA .....	105	IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS.....	106
HUMIRA PEN.....	105	IDHIFA .....	31
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START .....	105	<i>imatinib mesylate.....</i>	31
HUMIRA PEN KIT PS/UV .....	105	IMBRUVICA.....	31
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S.....	105	IMCIVREE.....	77
HUMULIN R U-500 (CONCENTR.....	76	<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i>	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	76	<i>250 mg .....</i>	10
<i>hydralazine hcl .....</i>	49	<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i>	
<i>hydrochlorothiazide.....</i>	48	<i>500 mg .....</i>	10

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>imipramine hcl</i> .....	53	<i>isotretinoin</i> .....	130
<i>imiquimod</i> .....	135	<i>isradipine</i> .....	48
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) .....	110	<i>itraconazole</i> .....	12
IMPAVIDO .....	10	<i>ivabradine hcl</i> .....	49
INBRIJA .....	55	<i>ivermectin</i> .....	10
<i>incassia</i> .....	81	IWILFIN.....	27
INCRELEX .....	89	IXCHIQ INJ.....	110
INCRUSE ELLIPTA.....	122	IXIARO INJ .....	110
<i>indapamide</i> .....	48	<b>J</b>	
INFANRIX INJ .....	110	JAKAFI .....	31
<i>infants ibuprofen</i> .....	6	<i>jantoven</i> .....	102
INFLIXIMAB .....	106	JANUMET TAB 50-500MG.....	73
INFUVITE INJ.....	116	JANUMET TAB 50-1000 .....	73
INFUVITE INJ ADULT .....	116	JANUMET XR TAB 50-500MG.....	73
INFUVITE INJ PEDIATRI.....	116	JANUMET XR TAB 50-1000 .....	73
INLYTA.....	31	JANUMET XR TAB 100-1000.....	73
INQOVI TAB 35-100MG.....	24	JANUVIA .....	73
INREBIC.....	31	JARDIANCE .....	73
INSULIN PEN NEEDLES\BD-EMBECTA .....	76	<i>jasmiel</i> .....	81
INSULIN SAFETY NEEDLES\BD-EMBECTA..	76	<i>javygtor</i> .....	89
INSULIN SYRINGES\BD-EMBECTA .....	76	JAYPIRCA .....	31
INTELENCE .....	14	JENTADUETO TAB 2.5-500 .....	73
INTRALIPID.....	114	JENTADUETO TAB 2.5-850 .....	73
<i>introvale</i> .....	81	JENTADUETO TAB 2.5-1000 .....	73
INVEGA HAFYERA .....	57	JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG .....	73
INVEGA SUSTENNA .....	57	JENTADUETO TAB XR 5-1000MG .....	73
INVEGA TRINZA.....	57	<i>jinteli</i> .....	87
IPOL INJ INACTIVE .....	110	<i>jolessa</i> .....	81
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3)</i> <i>mg/3ml</i> .....	121	<i>juleber</i> .....	81
<i>ipratropium bromide</i> .....	122	JULUCA TAB 50-25MG.....	16
<i>ipratropium bromide (nasal)</i> .....	122	<i>junel 1.5/30</i> .....	81
<i>irbesartan</i> .....	43	<i>junel 1/20</i> .....	81
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-</i> <i>12.5 mg</i> .....	42	<i>junel fe 1.5/30</i> .....	81
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-</i> <i>12.5 mg</i> .....	42	<i>junel fe 1/20</i> .....	81
<i>irinotecan hcl</i> .....	27	<i>junel fe 24</i> .....	81
ISENTRESS .....	14	JYLAMVO .....	107
ISENTRESS HD.....	14	JYNNEOS.....	110
<i>isibloom</i> .....	81	<b>K</b>	
ISOLYTE-P INJ /D5W .....	112	KADCYLA .....	31
ISOLYTE-S INJ PH 7.4.....	112	<i>kaitlib fe</i> .....	81
<i>isoniazid</i> .....	17	KALYDECO .....	126
<i>isosorbide dinitrate</i> .....	50	KANJINTI.....	31
<i>isosorbide mononitrate</i> .....	50	<i>kariva</i> .....	81

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i> .....	112	K-PHOS TAB NEUTRAL .....	115
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.2% inj</i> .....	112	KRAZATI.....	32
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.9% inj</i> .....	112	kurvelo.....	81
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i> .....	112	<b>L</b>	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i> .....	112	<i>labetalol hcl</i> .....	47
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i> .....	112	<i>lacosamide</i> .....	61
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i> .....	112	<i>lacosamide oral</i> .....	61
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.9% inj</i> .....	112	<i>lactated ringer's solution</i> .....	113
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i> .....	112	<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> .....	135
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i> .....	112	<i>lactulose</i> .....	97
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%.....	113	<i>lactulose (encephalopathy)</i> .....	97
<i>kelnor 1/35</i> .....	81	<i>lamivudine</i> .....	14
<i>kelnor 1/50</i> .....	81	<i>lamivudine (hbv)</i> .....	17
KERENDIA.....	40	<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i> .....	16
KESIMPTA.....	69	<i>lamotrigine</i> .....	61
<i>ketoconazole</i> .....	12	<i>lanreotide acetate</i> .....	89
<i>ketoconazole (topical)</i> .....	132	<i>lansoprazole</i> .....	99
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> .....	119	<i>lapatinib ditosylate</i> .....	32
<i>ketotifen fumarate (ophth)</i> .....	119	<i>larin 1.5/30</i> .....	82
KEYTRUDA .....	31	<i>larin 1/20</i> .....	82
KINRIX INJ .....	110	<i>larin 24 fe</i> .....	82
<i>kionex</i> .....	78	<i>larin fe 1.5/30</i> .....	82
KISQALI 200 DOSE.....	31	<i>larin fe 1/20</i> .....	82
KISQALI 200 PAK FEMARA .....	32	<i>latanoprost</i> .....	119
KISQALI 400 DOSE.....	32	<i>layolis fe</i> .....	82
KISQALI 400 PAK FEMARA .....	32	<i>leena</i> .....	82
KISQALI 600 DOSE.....	32	<i>leflunomide</i> .....	107
KISQALI 600 PAK FEMARA .....	32	<i>lenalidomide</i> .....	26
<i>klayesta</i> .....	132	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE.....	32
<i>klor-con</i> .....	113	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE.....	32
<i>klor-con 8</i> .....	113	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE .....	32
<i>klor-con 10</i> .....	113	LENVIMA 12MG DAILY DOSE .....	32
<i>klor-con m10</i> .....	113	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE .....	32
<i>klor-con m15</i> .....	114	LENVIMA CAP 14 MG .....	32
<i>klor-con m20</i> .....	114	LENVIMA CAP 18 MG .....	32
KOSELUGO .....	32	LENVIMA CAP 24 MG .....	33
<i>kourzeq</i> .....	137	<i>lessina</i> .....	82
K-PHOS .....	115	<i>letrozole</i> .....	25
		<i>leucovorin calcium</i> .....	38
		<i>leuprolide acetate</i> .....	25
		<i>levalbuterol hcl</i> .....	125
		<i>levalbuterol tartrate</i> .....	125
		<i>levetiracetam</i> .....	61
		<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i> .....	61

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1000 mg/100ml.....	62	<i>liothyronine sodium</i> .....	91
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1500 mg/100ml.....	62	<i>liquid allergy relief</i> .....	124
<i>levobunolol hcl</i> .....	119	<i>lisinopril</i> .....	40
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> .....	89	<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 10-</i> 12.5 mg .....	40
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> .....	124	<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-</i> 12.5 mg .....	40
<i>levofloxacin</i> .....	20	<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-</i> 25 mg.....	40
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i> ....	20	<i>lithium</i> .....	68
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i> ...	20	<i>lithium carbonate</i> .....	68
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i> .....	21	LIVTENCITY .....	18
<i>levonest</i> .....	82	<i>loestrin 1.5/30-21</i> .....	82
<i>levonor-eth est tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg</i> &eth est 0.01 mg .....	82	<i>loestrin 1/20-21</i> .....	82
<i>levonorgestrel (emergency oc)</i> .....	82	<i>loestrin fe 1.5/30</i> .....	83
<i>levonorgestrel-eth estra tab</i> 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg .....	82	<i>loestrin fe 1/20</i> .....	83
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol (91-day)</i> tab 0.15-0.03 mg .....	82	LOKELMA.....	79
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (continuous)</i> tab 90-20 mcg .....	82	LOMAIRA .....	77
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol tab 0.1 mg-</i> 20 mcg .....	82	LONSURF TAB 15-6.14 .....	24
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol tab</i> 0.15 mg-30 mcg .....	82	LONSURF TAB 20-8.19 .....	24
<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) &amp; eth</i> est tab 0.01mg(7) .....	82	<i>loperamide hcl</i> .....	93, 98
<i>levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) &amp; eth</i> est tab 0.01mg(7) .....	82	<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-</i> 20 mg/ml) .....	16
<i>levora 0.15/30-28</i> .....	82	<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i> .....	16
<i>levo-t</i> .....	90	<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i> .....	16
<i>levothyroxine sodium</i> .....	91	<i>loratadine</i> .....	124
<i>levoxyl</i> .....	91	<i>loratadine childrens</i> .....	125
<i>l-glutamine (sickle cell)</i> .....	103	<i>lorazepam</i> .....	51
LIBERVANT .....	62	<i>lorazepam intensol</i> .....	51
<i>lice killing maximum stre</i> .....	136	LORBRENA .....	33
<i>lidocaine</i> .....	135	<i>loryna</i> .....	83
<i>lidocaine hcl</i> .....	135	<i>losartan potassium</i> .....	43
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> .....	3	<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide</i> tab 50-12.5 mg.....	42
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> .....	137	<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide</i> tab 100-12.5 mg.....	42
<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i> .....	135	<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide</i> tab 100-25 mg .....	42
<i>lidocan</i> .....	135	LOTEMAX .....	119
LILETTA .....	82	<i>loteprednol etabonate</i> .....	119
<i>linezolid</i> .....	10	<i>lovastatin</i> .....	45
LINEZOLID INJ 2MG/ML.....	10	<i>low-ogestrel</i> .....	83
LINZESS .....	98	<i>loxapine succinate</i> .....	57
		<i>lubricant eye drops</i> .....	120
		<i>lubricant eye nighttime</i> .....	120
		<i>lubrifresh p.m.</i> .....	120

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
LUMAKRAS.....	33	MEKINIST.....	33
LUMIGAN.....	119	MEKTOVI.....	33
LUMIZYME.....	89	<i>meloxicam</i> .....	6
LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	26	<i>memantine hcl</i> .....	51
LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	26	<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg &amp; 21 x 10 mg</i>	
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....	89	<i>titration pack</i> .....	51
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....	89	MENACTRA INJ.....	110
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH).....	89	MENQUADFI INJ.....	110
<i>lurasidone hcl</i> .....	57	MENVEO INJ.....	110
<i>lutera</i> .....	83	MENVEO SOL.....	110
<i>lyleq</i> .....	83	<i>mercaptopurine</i> .....	24
<i>lyllana</i> .....	87	<i>meropenem</i> .....	10
LYNPARZA.....	33	<i>mesalamine</i> .....	96
LYSODREN.....	26	<i>mesalamine w/ cleanser</i> .....	96
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	33	MESNEX.....	38
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	33	<i>metformin hcl</i> .....	73, 74
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	33	<i>methadone hcl</i> .....	7
<i>lyza</i> .....	83	<i>methadone hydrochloride i</i> .....	7
<b>M</b>		<i>methazolamide</i> .....	48
MAG-AL LIQ.....	92	<i>methenamine hippurate</i> .....	10
<i>mag-al plus</i> .....	93	<i>methimazole</i> .....	91
<i>mag-al plus xs</i> .....	93	<i>methocarbamol</i> .....	70
<i>magnesium oxide</i> .....	93	<i>methotrexate sodium</i> .....	25, 107
<i>magnesium sulfate</i> .....	113	<i>methsuximide</i> .....	62
MAGNESIUM SULFATE.....	113	<i>methylphenidate hcl</i> .....	66
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1</i>		<i>methylprednisolone</i> .....	87
<i>gm/100ml</i> .....	113	<i>methylprednisolone acetate</i> .....	87
<i>malathion</i> .....	136	<i>methylprednisolone sod succ</i> .....	87
<i>manganese chloride</i> .....	115	<i>methyltestosterone</i> .....	72
<i>mapap</i> .....	3	<i>metoclopramide hcl</i> .....	94
<i>mapap childrens</i> .....	3	<i>metolazone</i> .....	49
<i>maraviroc</i> .....	14	<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 50-</i>	
<i>marlissa</i> .....	83	<i>25 mg</i> .....	46
MARPLAN.....	53	<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 100-</i>	
MATULANE.....	27	<i>25 mg</i> .....	46
MAVYRET PAK 50-20MG.....	18	<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 100-</i>	
MAVYRET TAB 100-40MG.....	18	<i>50 mg</i> .....	46
<i>m-dryl</i> .....	125	<i>metoprolol succinate</i> .....	47
<i>meclizine hcl</i> .....	94	<i>metoprolol tartrate</i> .....	47
<i>medroxyprogesterone acetate</i> .....	90	<i>metronidazole</i> .....	10
<i>medroxyprogesterone acetate</i>		<i>metronidazole (topical)</i> .....	135
<i>(contraceptive)</i> .....	83	<i>metronidazole vaginal</i> .....	101
<i>mefloquine hcl</i> .....	13	<i>metyrosine</i> .....	50
<i>megestrol acetate</i> .....	26, 90	<i>mibelas 24 fe</i> .....	83
<i>megestrol acetate (appetite)</i> .....	90	<i>micafungin sodium</i> .....	12
		<i>miconazole 3 combo pack</i> .....	101



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>miconazole 7</i> .....	101	<i>multi-vit/iron/fluoride</i> .....	116
MICONAZOLE NITRATE .....	132	<i>mupirocin</i> .....	131
<i>miconazole nitrate (topical)</i> .....	132	<i>my choice</i> .....	83
<i>miconazole nitrate vaginal</i> .....	101	<i>mycophenolate mofetil</i> .....	109
<i>micotrin ac</i> .....	132	<i>mycophenolate sodium</i> .....	109
<i>microgestin 1.5/30</i> .....	83	<i>mycozyl ac</i> .....	132
<i>microgestin 1/20</i> .....	83	MYRBETRIQ.....	100
<i>microgestin 24 fe</i> .....	83	<i>my way</i> .....	83
<i>microgestin fe 1.5/30</i> .....	83	<b>N</b>	
<i>microgestin fe 1/20</i> .....	83	<i>nabumetone</i> .....	6
<i>midodrine hcl</i> .....	50	<i>nadolol</i> .....	47
MIEBO .....	120	<i>nafcillin sodium</i> .....	22
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i> .....	89	NAGLAZYME.....	89
<i>mili</i> .....	83	<i>nalbuphine hcl</i> .....	8
<i>mimvey</i> .....	87	<i>naloxone hcl</i> .....	71
<i>minocycline hcl</i> .....	23	<i>naltrexone hcl</i> .....	71
<i>minoxidil</i> .....	50	NAMZARIC CAP 7-10MG .....	51
<i>mintox maximum strength</i> .....	93	NAMZARIC CAP 14-10MG .....	51
<i>mirtazapine</i> .....	53	NAMZARIC CAP 21-10MG.....	51
<i>misoprostol</i> .....	98	NAMZARIC CAP 28-10MG.....	52
MITIGARE.....	1	NAMZARIC CAP PACK.....	52
M-M-R II INJ .....	110	<i>naproxen</i> .....	6
M-NATAL PLUS TAB .....	114	<i>naproxen dr</i> .....	6
<i>modafinil</i> .....	70	<i>naproxen sodium</i> .....	6
<i>moexipril hcl</i> .....	40	<i>naratriptan hcl</i> .....	67
<i>molindone hcl</i> .....	57	NASCOBAL.....	116
<i>mometasone furoate</i> .....	134	<i>nateglinide</i> .....	74
MONJUVI.....	33	NAYZILAM .....	62
<i>mono-lynyah</i> .....	83	<i>neбиволol hcl</i> .....	47
<i>montelukast sodium</i> .....	126	<i>necon 0.5/35-28</i> .....	83
<i>morphine sulfate</i> .....	7, 8	<i>nefazodone hcl</i> .....	53
MOUNJARO.....	74	<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg- 400unt-10000unt op oin</i> .....	118
MOVANTIK.....	99	<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i> .....	118
<i>moxifloxacin hcl</i> .....	21	<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i> .....	117
<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i> .....	21	<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i> .....	117
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i> .....	118	<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i> .....	117
<i>m-pap</i> .....	3	<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i> .....	121
MRESVIA.....	110	<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i> .....	121
MULTAQ .....	44	<i>neomycin sulfate</i> .....	10
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i> .....	113		
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i> .....	113		
<i>multivitamin/fluoride</i> .....	116		
<i>multi-vitamin/fluoride dr</i> .....	116		
<i>multi-vitamin/fluoride/ir</i> .....	116		
MULTIVITAMIN WITH FLUORID .....	116		

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i> .....	118	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i> .....	87
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i> .....	117	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i> .....	87
NEPHPLEX RX TAB .....	116	<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i> .....	84
NERLYNX .....	33	<i>norethindrone (contraceptive)</i> .....	84
<i>nevirapine</i> .....	14	<i>norethindrone &amp; ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg</i> .....	83
<i>new day</i> .....	83	<i>norethindrone &amp; ethinyl estradiol-fe chew tab 0.8 mg-25 mcg</i> .....	84
NEXLETOL .....	45	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i> .....	84
NEXLIZET TAB 180/10MG .....	45	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i> .....	84
NEXPLANON .....	83	<i>norgestimate &amp; ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i> .....	84
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> .....	45	<i>norlyroc</i> .....	84
<i>nicardipine hcl</i> .....	48	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i> .....	84
<i>nicotine</i> .....	71	<i>nortrel 1/35 (21)</i> .....	84
<i>nicotine mini lozenge</i> .....	71	<i>nortrel 1/35 (28)</i> .....	84
<i>nicotine polacrilex</i> .....	71	<i>nortrel 7/7/7</i> .....	84
<i>nicotine polacrilex mini</i> .....	71	<i>nortriptyline hcl</i> .....	53
NICOTINE SYS KIT TRANSDER .....	71	NORVIR .....	14
<i>nicotine transdermal syst</i> .....	71	NOVOLIN INJ 70/30 .....	76
NICOTROL INHALER .....	71	NOVOLIN INJ 70/30 FP .....	76
NICOTROL NS .....	71	NOVOLIN N .....	76
<i>nifedipine</i> .....	48	NOVOLIN N FLEXPEN .....	76
<i>nikki</i> .....	83	NOVOLIN R .....	76
<i>nilutamide</i> .....	26	NOVOLIN R FLEXPEN .....	76
<i>nimodipine</i> .....	48	NOVOLOG MIX INJ 70/30 .....	76
NINLARO .....	33	NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN .....	76
<i>nitazoxanide</i> .....	10	NUBEQA .....	26
<i>nitisinone</i> .....	89	NUEDEXTA CAP 20-10MG .....	68
NITRO-BID .....	50	NULOJIX .....	109
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> .....	11	NUPLAZID .....	57
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> .....	11	NURTEC .....	67
<i>nitroglycerin</i> .....	50	NUTRILIPID .....	115
<i>nitroglycerin (intra-anal)</i> .....	136	NUZYRA .....	23
NIVA-FOL TAB .....	116	<i>nyamyc</i> .....	132
<i>nizatidine</i> .....	96	<i>nylia 1/35</i> .....	84
<i>nora-be</i> .....	83	<i>nylia 7/7/7</i> .....	84
<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr</i> .....	83	<i>nymyo</i> .....	84
<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab 1 mg-20 mcg (24)</i> .....	84	<i>nystatin</i> .....	12
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i> .....	84	<i>nystatin (mouth-throat)</i> .....	137
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i> .....	84	<i>nystatin (topical)</i> .....	132
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i> .....	84		
<i>norethindrone acetate</i> .....	90		

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>nystop</i> .....	132	OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY .....	77
<b>O</b>		OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY .....	77
<i>ocella</i> .....	84	OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY.....	77
OCTAGAM .....	108	OMNIPOD MIS CLASSIC .....	77
<i>octreotide acetate</i> .....	89, 90	<i>ondansetron</i> .....	94
ODEFSEY TAB .....	16	<i>ondansetron hcl</i> .....	94
ODOMZO .....	33	ONTRUZANT .....	34
OFEV.....	127	ONUREG.....	25
<i>ofloxacin (ophth)</i> .....	118	<i>opcicon one-step</i> .....	84
<i>ofloxacin (otic)</i> .....	121	<i>option 2</i> .....	84
OGIVRI.....	34	ORGOVYX.....	26
OGSIVEO.....	34	ORKAMBI GRA 75-94MG.....	127
OJEMDA.....	34	ORKAMBI GRA 100-125 .....	127
OJJAARA.....	34	ORKAMBI GRA 150-188 .....	127
<i>olanzapine</i> .....	57	ORKAMBI TAB 100-125 .....	127
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 20-5-12.5 mg</i> .....	42	ORKAMBI TAB 200-125.....	127
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 40-5-12.5 mg</i> .....	42	<i>orlistat</i> .....	77
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 40-5-25 mg</i> .....	42	ORSERDU.....	26
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 40-10-12.5 mg</i> .....	42	<i>oseltamivir phosphate</i> .....	18
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 40-10-25 mg</i> .....	42	<i>oxacillin sodium</i> .....	22
<i>olmesartan medoxomil</i> .....	43	<i>oxaliplatin</i> .....	24
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 20-12.5 mg</i> .....	42	<i>oxcarbazepine</i> .....	62
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 40-12.5 mg</i> .....	42	<i>oxybutynin chloride</i> .....	100
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 40-25 mg</i> .....	42	<i>oxycodone hcl</i> .....	8
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i> .....	45	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-</i> <i>325 mg</i> .....	8
<i>omeprazole</i> .....	99	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i> 9	9
<i>omeprazole magnesium</i> .....	100	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-</i> <i>325 mg</i> .....	9
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO.....	76	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-</i> <i>325 mg</i> .....	9
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS.....	76	OXYCONTIN .....	7
OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO .....	76	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) .....	74
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS .....	76	OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) .....	74
OMNIPOD DASH KIT INTRO.....	76	OZEMPIC (1MG/DOSE).....	74
OMNIPOD DASH MIS PODS.....	76	OZEMPIC (2MG/DOSE).....	74
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY.....	76	<b>P</b>	
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY .....	76	<i>pacerone</i> .....	44
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY .....	76	<i>paclitaxel</i> .....	28
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY .....	77	<i>pain &amp; fever childrens</i> .....	4
		<i>pain &amp; fever infants</i> .....	4
		<i>paliperidone</i> .....	57
		<i>pamidronate disodium</i> .....	78
		PAMIDRONATE DISODIUM.....	78
		PANRETIN.....	136

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>pantoprazole sodium</i> .....	100	<i>pilocarpine hcl</i> .....	120
PANZYGA.....	108	<i>pilocarpine hcl (oral)</i> .....	137
<i>paricalcitol</i> .....	91	<i>pimecrolimus</i> .....	136
<i>paroxetine hcl</i> .....	53	<i>pimozide</i> .....	58
PAXLOVID TAB 150-100.....	18	<i>pimtrea</i> .....	85
PAXLOVID TAB 300-100.....	18	<i>pindolol</i> .....	47
<i>pazopanib hcl</i> .....	34	<i>pioglitazone hcl</i> .....	74
PEDIACLEAR PD CHILDRENS.....	125	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-</i>	
PEDIARIX INJ 0.5ML.....	110	500 mg.....	74
PEDVAX HIB.....	110	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-</i>	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for</i>		850 mg.....	74
<i>soln 236 gm</i> .....	97	<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375</i>	
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420</i>		<i>gm (3-0.375 gm)</i> .....	22
<i>gm</i> .....	97	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25</i>	
PEGASYS.....	18	<i>gm (2-0.25 gm)</i> .....	22
PEMAZYRE.....	34	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5</i>	
<i>pemetrexed disodium</i> .....	25	<i>gm (4-0.5 gm)</i> .....	22
PENBRAYA INJ.....	110	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5</i>	
<i>penicillamine</i> .....	79	<i>gm (12-1.5 gm)</i> .....	23
<i>penicillin g potassium</i> .....	22	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5</i>	
<i>penicillin g sodium</i> .....	22	<i>gm (36-4.5 gm)</i> .....	23
<i>penicillin v potassium</i> .....	22	PIQRAY 200MG DAILY DOSE.....	34
PENTACEL INJ.....	110	PIQRAY 250MG TAB DOSE.....	34
<i>pentamidine isethionate inh</i> .....	11	PIQRAY 300MG DAILY DOSE.....	34
<i>pentamidine isethionate inj</i> .....	11	<i>pirfenidone</i> .....	127
<i>pentoxifylline</i> .....	103	<i>piroxicam</i> .....	6
<i>perindopril erbumine</i> .....	40	<i>plenamine</i> .....	115
<i>periogard</i> .....	137	PLENVU SOL.....	97
<i>permethrin</i> .....	136	<i>podofilox</i> .....	136
<i>perphenazine</i> .....	58	<i>polycin ophth oint</i> .....	118
<i>pfizerpen</i> .....	22	<i>polyethylene glycol 3350</i> .....	98
<i>phendimetrazine tartrate</i> .....	77	<i>polymyxin b sulfate</i> .....	11
PHENDIMETRAZINE TARTRATE.....	77	<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000</i>	
<i>phenelzine sulfate</i> .....	53	<i>unit/ml-0.1%</i> .....	118
<i>phenobarbital</i> .....	62	POLY-VI-FLOR CHW 0.5MG.....	116
<i>phenobarbital sodium</i> .....	62	POLY-VI-FLOR CHW 0.25MG.....	116
<i>phentermine hcl</i> .....	77	POLY-VI-FLOR CHW 1MG.....	116
<i>phenytek</i> .....	62	POLY-VI-FLOR CHW W/IRON.....	116
<i>phenytoin</i> .....	62	POLY-VI-FLOR SUS 0.25/ML.....	116
<i>phenytoin sodium</i> .....	62	POMALYST.....	26
<i>phenytoin sodium extended</i> .....	62	<i>portia-28</i> .....	85
PHESGO SOL.....	34	<i>posaconazole</i> .....	12, 13
<i>philith</i> .....	84	<i>potassium chloride</i> .....	113, 114
<i>phospha 250 neutral</i> .....	115	<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in</i>	
<i>phytonadione</i> .....	116	<i>dextrose 5% inj</i> .....	113
PIFELTRO.....	14		

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i> .....	114	<i>promethazine hcl</i> .....	95
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> .....	100	<i>propafenone hcl</i> .....	44
POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ .....	113	<i>proparacaine hcl</i> .....	120
POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.45% INJ .....	113	<i>propranolol hcl</i> .....	47
POT CHL 40MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ .....	113	<i>propylthiouracil</i> .....	91
<i>povidone-iodine</i> .....	136	PROQUAD INJ.....	110
<i>pramipexole dihydrochloride</i> .....	55	PROSOL INJ 20% .....	115
<i>prasugrel hcl</i> .....	104	<i>protriptyline hcl</i> .....	53
<i>pravastatin sodium</i> .....	45	PULMOZYME.....	127
<i>praziquantel</i> .....	11	PURIXAN.....	25
<i>prazosin hcl</i> .....	41	<i>pyrazinamide</i> .....	17
<i>prednisolone</i> .....	87	<i>pyridostigmine bromide</i> .....	68
<i>prednisolone acetate (ophth)</i> .....	119	<i>pyridoxine hcl</i> .....	116
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP .....	119	<i>pyrimethamine</i> .....	11
<i>prednisolone sodium phosphate</i> .....	88	<b>Q</b>	
<i>prednisone</i> .....	88	<i>qc enema</i> .....	98
PREDNISONO INTENSOL.....	88	QINLOCK .....	34
<i>pregabalin</i> .....	62	QUADRACEL INJ.....	111
PREHEVBRIO.....	110	QUADRACEL INJ 0.5ML .....	111
PREMASOL SOL 10% .....	115	<i>quetiapine fumarate</i> .....	58
PRENATAL TAB 27-1MG.....	114	QUFLORA FE CHW .....	116
PRENATAL TAB PLUS .....	114	QUFLORA FE DRO 0.25-9.5.....	116
<i>prevalite</i> .....	45	QUFLORA PED CHW 0.5MG .....	116
PREVYMIS .....	18	QUFLORA PED CHW 0.25MG .....	116
PREZCOBIX TAB 800-150.....	16	QUFLORA PED CHW 1MG .....	116
PREZISTA .....	14	QUFLORA PED DRO 0.5MG/ML .....	116
PRIFTIN .....	17	QUFLORA PED DRO 0.25MG .....	116
<i>primaquine phosphate</i> .....	13	<i>quinapril hcl</i> .....	40
PRIMAQUINE PHOSPHATE .....	13	<i>quinidine sulfate</i> .....	44
<i>primidone</i> .....	62	<i>quinine sulfate</i> .....	13
PRIORIX INJ.....	110	QULIPTA.....	67
PRIVIGEN .....	108	<b>R</b>	
<i>probenecid</i> .....	1	RABAVERT INJ.....	111
<i>prochlorperazine</i> .....	94	<i>rabeprazole sodium</i> .....	100
<i>prochlorperazine edisylate</i> .....	94	<i>raloxifene hcl</i> .....	90
<i>prochlorperazine maleate</i> .....	95	<i>ramipril</i> .....	40
PROCRIT .....	103	<i>ranolazine</i> .....	50
<i>proctocort</i> .....	136	<i>rasagiline mesylate</i> .....	55
<i>procto-med hc</i> .....	136	<i>reclipsen</i> .....	85
<i>proctosol hc</i> .....	136	RECOMBIVAX HB .....	111
<i>proctozone-hc</i> .....	136	<i>refresh celluvisc</i> .....	120
<i>progesterone</i> .....	90	<i>refresh lacri-lube</i> .....	120
PROGRAF .....	109	REFRESH LIQUIGEL .....	120
PROLASTIN-C.....	127	REFRESH PLUS .....	121
PROLIA.....	78		

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
REFRESH TEARS.....	121	RYBELSUS .....	74
REGRANEX .....	136	RYDAPT .....	35
RELENZA DISKHALER.....	18	<b>S</b>	
RELISTOR.....	99	<i>sajazir</i> .....	103
REMICADE .....	106	SANTYL.....	136
RENFLEXIS.....	106	<i>sapropterin dihydrochloride</i> .....	90
RENOVA .....	136	SAXENDA.....	77
RENOVA PUMP .....	136	SCSEMBLIX.....	35
<i>repaglinide</i> .....	74	<i>scopolamine</i> .....	95
REPATHA.....	46	SECUADO .....	58
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM .....	46	<i>selegiline hcl</i> .....	55
REPATHA SURECLICK.....	46	<i>selenium sulfide</i> .....	132
RESTASIS .....	121	SELZENTRY .....	15
RESTASIS MULTIDOSE.....	121	SEREVENT DISKUS.....	126
RETEVMO .....	34	<i>sertraline hcl</i> .....	53
REXULTI .....	58	<i>setlakin</i> .....	85
REYATAZ .....	14	<i>sharobel</i> .....	85
REZLIDHIA .....	35	SHINGRIX.....	111
REZUROCK .....	109	SIGNIFOR.....	90
RHOPRESSA.....	120	<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> ..	50
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> .....	18	<i>silver sulfadiazine</i> .....	131
<i>rifabutin</i> .....	17	SIMBRINZA SUS 1-0.2% .....	120
<i>rifampin</i> .....	17	<i>simliya</i> .....	85
<i>riluzole</i> .....	68	<i>simpesse</i> .....	85
<i>rimantadine hydrochloride</i> .....	18	<i>simvastatin</i> .....	45
RINVOQ.....	106	<i>sirolimus</i> .....	109
RINVOQ LQ .....	106	SIRTURO .....	17
<i>risedronate sodium</i> .....	78	SKYRIZI .....	106
<i>risperidone</i> .....	58	SKYRIZI PEN.....	106
<i>risperidone microspheres</i> .....	58	<i>sm 3-day vaginal</i> .....	101
<i>ritonavir</i> .....	14	<i>sm 8 hour pain relief</i> .....	4
<i>rivastigmine</i> .....	52	<i>sm acid reducer</i> .....	96
<i>rivastigmine tartrate</i> .....	52	<i>sm acid reducer maximum s</i> .....	96
<i>rivelsa</i> .....	85	<i>sm all day allergy</i> .....	125
<i>rizatriptan benzoate</i> .....	67	<i>sm allergy childrens</i> .....	125
ROCKLATAN DRO.....	120	<i>sm allergy relief</i> .....	125
<i>roflumilast</i> .....	127	<i>sm allergy relief childre</i> .....	125
<i>ropinirole hydrochloride</i> .....	55	<i>sm allergy relief nasal s</i> .....	129
<i>rosuvastatin calcium</i> .....	45	<i>sm antacid</i> .....	93
ROTARIX SUS .....	111	<i>sm antacid extra strength</i> .....	93
ROTATEQ SOL .....	111	<i>sm anti-diarrheal</i> .....	94
<i>roweepa</i> .....	63	<i>sm antifungal clotrimazol</i> .....	132
ROZLYTREK .....	35	<i>sm antifungal miconazole</i> .....	132
RUBRACA .....	35	<i>sm antifungal tolnaftate</i> .....	132
<i>rufinamide</i> .....	63	<i>sm arthritis pain relieve</i> .....	4
RUKOBIA.....	14		

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>sm aspirin adult low stre</i> .....	4	SOLTAMOX .....	26
<i>sm aspirin low dose</i> .....	4	SOLU-CORTEF .....	88
<i>sm childrens ibuprofen</i> .....	6	SOMATULINE DEPOT .....	90
<i>sm clotrimazole vaginal</i> .....	101	SOMAVERT .....	90
<i>sm enema</i> .....	98	<i>sorafenib tosylate</i> .....	35
<i>sm fexofenadine hydrochlo</i> .....	125	<i>sotalol hcl</i> .....	44
<i>sm gentle laxative</i> .....	98	<i>sotalol hcl (afib/afl)</i> .....	44
<i>sm hydrocortisone</i> .....	134	SOTYKTU .....	106
<i>sm hydrocortisone maximum</i> .....	134	<i>spironolactone</i> .....	41
<i>sm hydrocortisone plus</i> .....	134	<i>spironolactone &amp; hydrochlorothiazide tab</i> <i>25-25 mg</i> .....	49
<i>sm ibuprofen</i> .....	6	<i>sprintec 28</i> .....	85
<i>sm ibuprofen ib childrens</i> .....	6	SPRITAM .....	63
<i>sm infants ibuprofen</i> .....	6	SPRYCEL .....	35
<i>sm lansoprazole</i> .....	100	<i>sps</i> .....	79
<i>sm lice killing maximum s</i> .....	136	<i>sronyx</i> .....	85
<i>sm lice treatment</i> .....	136	<i>ssd</i> .....	131
<i>sm loratadine</i> .....	125	STELARA.....	106
<i>sm miconazole 3</i> .....	101	STIVARGA .....	35
<i>sm miconazole 7</i> .....	101	<i>stomach relief</i> .....	94
<i>sm naproxen sodium</i> .....	6	<i>stomach relief extra stre</i> .....	94
<i>sm nicotine</i> .....	72	<i>stomach relief ultra</i> .....	94
<i>sm nicotine polacrilex</i> .....	72	<i>stool softener</i> .....	98
<i>sm nicotine transdermal s</i> .....	72	<i>streptomycin sulfate</i> .....	11
<i>sm omeprazole</i> .....	100	STRIBILD TAB .....	16
<i>smooth antacid extra stre</i> .....	93	STROVITE ONE TAB.....	116
<i>sm pain &amp; fever childrens</i> .....	4	<i>subvenite</i> .....	63
<i>sm pain &amp; fever infants</i> .....	4	<i>sucrafate</i> .....	99
<i>sm pain reliever</i> .....	4	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> .....	131
<i>sm pain reliever extra st</i> .....	4	<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i> .....	118
<i>sm povidone-iodine</i> .....	136	<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth</i> <i>soln 10-0.23(0.25)%</i> .....	117
<i>sm stomach relief</i> .....	94	<i>sulfadiazine</i> .....	11
<i>sm stool softener</i> .....	98	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-</i> <i>80 mg/5ml</i> .....	11
<i>sm tioconazole-1</i> .....	101	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-</i> <i>40 mg/5ml</i> .....	11
<i>sm triple antibiotic orig</i> .....	131	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-</i> <i>80 mg</i> .....	11
<i>sodium bicarbonate (antacid)</i> .....	93	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-</i> <i>160 mg</i> .....	11
<i>sodium chloride</i> .....	113	SULFAMYLON .....	131
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> .....	136	<i>sulfasalazine</i> .....	96
<i>sodium fluoride chew\; tab\; 1.1 (0.5 f) mg/ml</i> <i>soln</i> .....	114	<i>sulindac</i> .....	6
SODIUM OXYBATE .....	70	<i>sumatriptan</i> .....	67
<i>sodium phenylbutyrate</i> .....	90	<i>sumatriptan succinate</i> .....	67
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i> .....	79		
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-</i> <i>1.6 gm/177ml</i> .....	98		
<i>solifenacin succinate</i> .....	101		
SOLLIQUA INJ 100/33.....	77		

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>sunitinib malate</i> .....	35	<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i> .....	43
SUNLENCA .....	15	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i> .....	43
<i>syeda</i> .....	85	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i> .....	43
SYMDEKO TAB 50-75MG .....	127	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-25 mg</i> .....	43
SYMDEKO TAB 100-150 .....	127	<i>temazepam</i> .....	66
SYMPAZAN.....	63	TENIVAC INJ 5-2LF.....	111
SYMTUZA TAB.....	16	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> .....	15
SYNAREL .....	90	<i>tension headache</i> .....	4
SYNJARDY TAB 5-500MG.....	74	TEPMETKO .....	36
SYNJARDY TAB 5-1000MG .....	74	<i>terazosin hcl</i> .....	41
SYNJARDY TAB 12.5-500 .....	74	<i>terbinafine hcl</i> .....	13
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG .....	74	<i>terbutaline sulfate</i> .....	126
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG .....	75	<i>terconazole vaginal</i> .....	101
SYNJARDY XR TAB 10-1000.....	75	TERIPARATIDE .....	78
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000.....	75	<i>testosterone</i> .....	72
SYNJARDY XR TAB 25-1000 .....	75	<i>testosterone cypionate</i> .....	72
SYNTHROID.....	91	<i>testosterone enanthate</i> .....	72
<i>systane nighttime</i> .....	121	<i>tetrabenazine</i> .....	68
<b>T</b>			
TABRECTA .....	35	<i>tetracycline hcl</i> .....	23
<i>tacrolimus</i> .....	109	THALOMID.....	27
<i>tacrolimus (topical)</i> .....	136	<i>theophylline</i> .....	127
<i>tadalafil</i> .....	100	<i>thiamine hcl</i> .....	117
<i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i> .....	50	<i>thioridazine hcl</i> .....	58
TAFINLAR.....	35, 36	<i>thiothixene</i> .....	58
TAGRISSO .....	36	<i>tiadylt er</i> .....	48
TALZENNA .....	36	<i>tiagabine hcl</i> .....	63
<i>tamoxifen citrate</i> .....	26	TIBSOVO .....	36
<i>tamsulosin hcl</i> .....	100	TICOVAC .....	111
<i>tarina 24 fe</i> .....	85	<i>tigecycline</i> .....	23
<i>tarina fe 1/20 eq</i> .....	85	<i>tilia fe</i> .....	85
TASIGNA .....	36	<i>timolol maleate</i> .....	47
<i>tasimelteon</i> .....	66	<i>timolol maleate (ophth)</i> .....	120
TAVNEOS .....	104	<i>tinidazole</i> .....	11
<i>tazarotene</i> .....	133	<i>tioconazole 1</i> .....	101
<i>tazicef</i> .....	19	TIVICAY .....	15
TAZORAC .....	133	TIVICAY PD .....	15
TAZVERIK.....	36	<i>tizanidine hcl</i> .....	70
TDVAX INJ 2-2 LF .....	111	<i>tm-clotrimazole</i> .....	132
TECENTRIQ.....	36	TOBI PODHALER.....	11
TEFLARO.....	19	TOBRADEX OIN 0.3-0.1% .....	117
<i>telmisartan</i> .....	44	<i>tobramycin</i> .....	11
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i> .....	43	<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i> .....	117
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i> .....	43		
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i> .....	43		



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>tobramycin (ophth)</i> .....	118	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG ..	75
<i>tobramycin sulfate</i> .....	11	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5- 1000MG .....	75
<i>tolnaftate</i> .....	132	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG..	75
<i>tolterodine tartrate</i> .....	101	TRIKAFTA PAK 59.5MG .....	127
<i>topiramate</i> .....	63	TRIKAFTA PAK 75MG.....	128
<i>toremifene citrate</i> .....	26	TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG.....	128
<i>torpenz</i> .....	36	TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG.....	128
<i>torseמידe</i> .....	49	<i>tri-legest fe</i> .....	85
TOUJEO MAX SOLOSTAR .....	77	<i>tri-linyah</i> .....	85
TOUJEO SOLOSTAR.....	77	<i>tri-lo-estarylla</i> .....	85
TPN ELECTROL INJ .....	113	<i>tri-lo-marzia</i> .....	85
TRADJENTA .....	75	<i>tri-lo-mili</i> .....	85
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i> ....	9	<i>tri-lo-sprintec</i> .....	85
<i>tramadol hcl</i> .....	9	<i>trimethoprim</i> .....	11
<i>trandolapril</i> .....	40	<i>tri-mili</i> .....	85
<i>tranexamic acid</i> .....	104	<i>trimipramine maleate</i> .....	53
<i>tranylcypramine sulfate</i> .....	53	TRINTELLIX.....	54
TRAVASOL INJ 10%.....	115	<i>tri-nymyo</i> .....	85
TRAZIMERA.....	36	<i>triphrocaps</i> .....	117
<i>trazodone hcl</i> .....	53	<i>triple antibiotic</i> .....	131
TRECTOR.....	17	<i>triprolidine hcl</i> .....	125
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG..	121	<i>tri-sprintec</i> .....	85
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	122	TRIUMEQ PD TAB .....	16
TREMFYA .....	106	TRIUMEQ TAB .....	16
<i>treprostinil</i> .....	50	<i>tri-vite/fluoride</i> .....	117
TRESIBA .....	77	<i>trivora-28</i> .....	85
TRESIBA FLEXTOUCH.....	77	<i>tri-vylibra</i> .....	85
<i>tretinoin</i> .....	131	<i>tri-vylibra lo</i> .....	85
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> .....	27	TROGARZO.....	15
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i> .....	137	TROPHAMINE INJ 10% .....	115
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> .....	134, 135	<i>trospium chloride</i> .....	101
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide cap 37.5- 25 mg</i> .....	49	TRULICITY .....	75
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide tab 37.5- 25 mg</i> .....	49	TRUMENBA INJ.....	111
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide tab 75- 50 mg</i> .....	49	TRUQAP .....	36
<i>tri-buffered aspirin</i> .....	4	TRUXIMA.....	36
<i>tridacaine ii</i> .....	135	TUKYSA.....	36
<i>triderm</i> .....	135	TURALIO .....	36
<i>trientine hcl</i> .....	79	<i>turqoz</i> .....	85
<i>tri-estarylla</i> .....	85	<i>twice-daily clindamycin phosphate (topical)</i> .....	131
<i>trifluoperazine hcl</i> .....	59	TWINRIX INJ.....	111
<i>trifluridine</i> .....	118	TYBOST.....	15
<i>trihexyphenidyl hcl</i> .....	55	<i>tydemy</i> .....	85
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG.	75	TYENNE.....	106, 107
		TYPHIM VI .....	111

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<b>U</b>			
UBRELVY .....	68	verapamil hcl .....	48
<i>unithroid</i> .....	91	VERQUOVO .....	50
<i>ursodiol</i> .....	99	VERSACLOZ .....	59
<b>V</b>		VERZENIO .....	37
<i>valacyclovir hcl</i> .....	18	vestura .....	86
VALCHLOR .....	136	<i>vienna</i> .....	86
<i>valganciclovir hcl</i> .....	18	<i>vigabatrin</i> .....	63, 64
<i>valproate sodium</i> .....	63	<i>vigadrone</i> .....	64
<i>valproic acid</i> .....	63	VIGAFYDE .....	64
<i>valsartan</i> .....	44	<i>vigpoder</i> .....	64
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i> <i>12.5 mg</i> .....	43	<i>vilazodone hcl</i> .....	54
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-</i> <i>12.5 mg</i> .....	43	<i>vincristine sulfate</i> .....	28
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-</i> <i>25 mg</i> .....	43	<i>vinorelbine tartrate</i> .....	28
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-</i> <i>12.5 mg</i> .....	43	<i>viorele</i> .....	86
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-</i> <i>25 mg</i> .....	43	VIRACEPT .....	15
VALTOCO 5 MG DOSE .....	63	VIREAD .....	15
VALTOCO 10 MG DOSE .....	63	<i>virt-caps</i> .....	117
VALTOCO 15 MG DOSE .....	63	VITAL-D RX TAB .....	117
VALTOCO 20 MG DOSE .....	63	VITRAKVI .....	37
<i>vancomycin hcl</i> .....	11, 12	VIVITROL .....	72
VANCOMYCIN INJ 1 GM .....	12	VIZIMPRO .....	37
VANCOMYCIN INJ 500MG .....	12	VONJO .....	37
VANCOMYCIN INJ 750MG .....	12	<i>voriconazole</i> .....	13
VANFLYTA .....	36	VOSEVI TAB .....	18
VAQTA .....	111	VOWST CAP .....	99
<i>varenicline tartrate</i> .....	72	VRAYLAR .....	59
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg &amp; 42 x</i> <i>1 mg start pack</i> .....	72	VRAYLAR CAP 1.5-3MG .....	59
VARIVAX .....	111	<i>vyfemla</i> .....	86
VASCEPA .....	46	<i>vylibra</i> .....	86
<i>velivet</i> .....	86	VYZULTA .....	120
VELSIPITY .....	107	<b>W</b>	
VENCLEXTA .....	37	<i>warfarin sodium</i> .....	102
VENCLEXTA TAB START PK .....	37	<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i> ....	137
<i>venlafaxine hcl</i> .....	54	WEGOVI .....	78
VENTOLIN HFA .....	126	WELIREG .....	27
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) ....	126	<i>wera</i> .....	86
VEOZAH .....	90	<i>wescaps</i> .....	117
		WESTAB PLUS TAB 27-1MG .....	114
		<i>wixela inhub</i> .....	130
		<i>wymzya fe</i> .....	86
		<b>X</b>	
		XALKORI .....	37
		XARELTO .....	102
		XARELTO STAR TAB 15/20MG .....	102

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
XATMEP .....	107	ZEJULA .....	38
XCOPRI.....	64	ZELBORAF .....	38
XCOPRI PAK 12.5-25.....	64	ZEMAIRA.....	128
XCOPRI PAK 50-100MG .....	64	<i>zenatane</i> .....	131
XCOPRI PAK 100-150 .....	64	ZENPEP CAP 3000UNIT .....	99
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE) 64		ZENPEP CAP 5000UNIT .....	99
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION) .....	64	ZENPEP CAP 10000UNT .....	99
XDEMVI.....	118	ZENPEP CAP 15000UNT.....	99
XELJANZ.....	107	ZENPEP CAP 20000UNT.....	99
XELJANZ XR.....	107	ZENPEP CAP 25000UNT .....	99
XENICAL .....	78	ZENPEP CAP 40000UNT.....	99
XERMELO.....	99	ZENPEP CAP 60000UNT.....	99
XGEVA .....	78	<i>zidovudine</i> .....	15
XHANCE.....	129	<i>ziprasidone hcl</i> .....	59
XIFAXAN .....	99	<i>ziprasidone mesylate</i> .....	59
XIGDUO XR TAB 2.5-1000 .....	75	ZIRABEV .....	38
XIGDUO XR TAB 5-500MG.....	75	ZIRGAN .....	118
XIGDUO XR TAB 5-1000MG .....	75	<i>zoledronic acid</i> .....	78
XIGDUO XR TAB 10-500MG.....	75	ZOLINZA.....	38
XIGDUO XR TAB 10-1000 .....	75	<i>zolpidem tartrate</i> .....	67
XIIDRA.....	121	ZONISADE.....	64
XOFLUZA.....	18	<i>zonisamide</i> .....	64
XOLAIR.....	128	<i>zovia 1/35</i> .....	86
XOSPATA.....	37	ZTALMY.....	64
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) .....	37	<i>zumandimine</i> .....	86
XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY).....	37	ZURZUVAE .....	54
XPOVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY) .....	38	ZYDELIG.....	38
XPOVIO PAK (60 MG TWICE WEEKLY).....	38	ZYKADIA .....	38
XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY) .....	38	ZYLET SUS 0.5-0.3% .....	117
XPOVIO PAK (80 MG TWICE WEEKLY).....	38	ZYPREXA RELPREVV .....	59
XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY) .....	38		
XTANDI.....	26		
<i>xulane</i> .....	86		
XULTOPHY INJ 100/3.6.....	77		
<b>Y</b>			
YF-VAX INJ .....	111		
<i>yuvaferm</i> .....	87		
<b>Z</b>			
ZADITOR .....	119		
<i>zafemy</i> .....	86		
<i>zafirlukast</i> .....	126		
<i>zaleplon</i> .....	66		
ZARXIO.....	103		
ZEGALOGUE.....	88		

**Multi-Language Insert**  
**Multi-language Interpreter Services**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



©2024 Aetna Inc.  
373-2219-01-01 (SP)  
Actualizado el 10/01/2024