

# Lista de medicamentos cubiertos/ Formulario 2025

## Aetna Better Health<sup>®</sup> of Ohio un plan de MyCare Ohio (plan de Medicare y Medicaid)

Aetna Better Health of Ohio (plan de Medicare y Medicaid) es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Ohio para brindar los beneficios de los dos programas a sus inscritos.

Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, o bien visite **[AetnaBetterHealth.com/Ohio](https://www.AetnaBetterHealth.com/Ohio)**.



# Aetna Better Health of Ohio | *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 of Ohio. La Lista de medicamentos también indica si hay alguna norma o restricción especial respecto de los medicamentos cubiertos por Aetna Better Health of Ohio. Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, o bien visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

## Índice

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

**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Actualizado el 10/01/2024



B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo de Aetna Better Health of Ohio y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos, o si tengo algún problema para obtener mi medicamento? .....	IX
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento? .....	X
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción? .....	XI
B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción? .....	XI
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos? .....	XI
B14. ¿Qué son los 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 of Ohio cubre productos OTC que no sean medicamentos? .....	XII
B17. ¿Cuál es mi copago? .....	XII
B18. ¿Qué son los niveles de medicamentos? .....	XIII
C. Medicamentos agrupados según la afección médica.....	XIII
D. Índice de medicamentos cubiertos.....	229



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Actualizado el 10/01/2024

## A. Descargos de responsabilidad

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

- ❖ Aetna Better Health of Ohio es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Ohio para brindar los beneficios de ambos programas a sus inscritos.
- ❖ El formulario podría cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.
- ❖ 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 **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. Someone that speaks Spanish and Somali 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 ayudarlo. Este es un servicio gratuito.
- ❖ Waxaanu haynaa adeegyada turjumaada oo bilaash ah si looga jawaabo su'aalo kasta oo aad ka qabto wax ku saabsan caafimaadkayaga ama qorshaha dawada. Si loo helo turjubaan soo wac lambarka **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, 24 saacadood maalintii, 7 maalmood todobaadkii. Qof ku hadla Soomaali ayaa ku caawin kara. Tani waa adeeg bilaash ah.
- ❖ **Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o audio. Llame al 1-855-364-0974 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.**
- ❖ Si desea realizar o modificar una solicitud permanente para recibir los materiales en un idioma que no sea inglés o en otro formato, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Ohio](https://www.aetnabetterhealth.com/Ohio)**.

Actualizado el 10/01/2024



## B. Preguntas frecuentes

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

---

### **B1. ¿Qué medicamentos con receta figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos*? (Para abreviarla, denominamos a la *Lista de medicamentos cubiertos* “Lista de medicamentos”).**

Los medicamentos que figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos* que comienza en la Sección D son los medicamentos cubiertos por Aetna Better Health of Ohio. 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 of Ohio 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**
  - Si usted obtiene el medicamento con receta en una farmacia de la red de Aetna Better Health of Ohio.
- Aetna Better Health of Ohio puede tener pasos adicionales para acceder a ciertos medicamentos (consulte la pregunta B4 a continuación).

También puede consultar la lista actualizada de medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Ohio** o puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (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 of Ohio debe seguir las normas de Medicare y Medicaid al hacer cambios. Es posible que incorporemos o eliminemos medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año.

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

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

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

---

 **Si tiene preguntas**, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

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

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

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

- Aparezca en el mercado un medicamento nuevo y más económico que es igual de eficaz que el medicamento que actualmente figura en la Lista de medicamentos; **o bien**
- Nos enteremos de que el medicamento no es seguro; **o bien**
- 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 of Ohio por Internet en **AetnaBetterHealth.com/Ohio**. Las actualizaciones de la Lista de medicamentos se publican en el sitio web mensualmente.
- También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para consultar la Lista de medicamentos actual al **1-855-364-0974 (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 versiones nuevas de medicamentos.** Podemos eliminar los medicamentos inmediatamente de la Lista de medicamentos si los reemplazamos con ciertas versiones nuevas de ese medicamento, pero su costo para el nuevo medicamento será el mismo. Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, 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:
  - Es una nueva versión genérica de un medicamento de marca.
  - Es una nueva versión biosimilar de un producto biológico original en la Lista de medicamentos (por ejemplo, agregar un biosimilar intercambiable que pueda sustituir a un producto biológico original sin una nueva receta).

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

---

**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Actualizado el 10/01/2024



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 quita un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) indica que el medicamento que usted está tomando no es seguro ni efectivo, o si el fabricante retira el medicamento del mercado, lo eliminaremos de la Lista de medicamentos inmediatamente. Si usted toma el medicamento, se lo informaremos. Si usted está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso luego de hacer el cambio. La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarlo 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:

- La FDA proporciona nuevas pautas o existen nuevas pautas clínicas sobre el medicamento.
- Eliminamos un medicamento de marca de la Lista de medicamentos cuando agregamos un 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 después de que solicite un resurtido.

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

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



**Si tiene preguntas,** llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información,** visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

---

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

Sí, algunos medicamentos tienen normas de cobertura o limitaciones en la cantidad que puede obtener. En algunos casos, usted 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 of Ohio antes de obtener su medicamento con receta. Es posible que Aetna Better Health of Ohio no cubra el medicamento si no obtiene la aprobación.
- **Límites de cantidad:** En ocasiones, Aetna Better Health of Ohio limita la cantidad que puede obtener de un medicamento.
- **Tratamiento escalonado:** En ocasiones, Aetna Better Health of Ohio solicita que haga un tratamiento escalonado. Esto significa que usted deberá probar medicamentos en un determinado orden para su afección médica. Es posible que deba probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento. Si su médico considera que el primer medicamento no es adecuado para usted, entonces, cubriremos el segundo.
- **Cobertura basada en la indicación:** Si Aetna Better Health of Ohio cubre un medicamento solo para ciertas afecciones médicas, claramente lo identificaremos en la Lista de medicamentos junto con las afecciones médicas específicas que están cubiertas.

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

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

---

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

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

---

**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Ohio](https://www.aetna.com/betterhealth/ohio)**.

Actualizado el 10/01/2024





---

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

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

---

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

Hay dos formas para encontrar un medicamento:

- Puede buscar el nombre del medicamento por orden alfabético; **o bien**
- 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. 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. Consulte el Índice y busque su medicamento. 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 C. Los medicamentos en esta sección están agrupados en categorías, según el tipo de afecciones médicas que estén acostumbrados a tratar. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría “Cardiovascular”. Allí encontrará los medicamentos que sirven para tratar las afecciones cardíacas.

---

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

Si no encuentra su medicamento en la Lista de medicamentos, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pregunte al respecto. Si le informan que Aetna Better Health of Ohio no cubrirá el medicamento, usted puede hacer lo siguiente:

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

 **Si tiene preguntas**, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

- Pedirle al Departamento de Servicios para Miembros una lista de los medicamentos que sean similares al que desea tomar. Luego, muéstrele 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 of Ohio 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 of Ohio. Esto le dará tiempo para consultar con su médico o la persona autorizada a dar recetas. Ellos pueden ayudarlo a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que pueda tomar en su lugar o si debe solicitar una excepción.

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

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

- Si toma un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos; **o bien**
- 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 of Ohio; **o bien**
- Si toma un medicamento que forma parte de una restricción de tratamiento escalonado.

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

- Cubriremos un suministro para 31 días del medicamento que necesite (a menos que tenga una receta por menos días), independientemente de que sea o no un miembro nuevo de Aetna Better Health of Ohio.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Ohio](https://www.aetna.com/ohio)**.

Actualizado el 10/01/2024



- Esto se suma al suministro temporal durante los primeros 90 días de su membresía en Aetna Better Health of Ohio.

### **Miembros actuales con un cambio en el nivel de atención**

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

**Nota:** Las formas de dosificación oral sólida de marca, como en el caso de los comprimidos o las cápsulas, se limitan a surtidos de 14 días con excepciones, según lo exigido por las normas de la Parte D de Medicare. Para solicitar el suministro temporal de un medicamento, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

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

---


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

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

También puede solicitarnos que cambiemos las normas para su medicamento.

- Por ejemplo, Aetna Better Health of Ohio puede limitar la cantidad de un medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite, puede solicitarnos que cambiemos el límite y cubramos más.

---

 **Si tiene preguntas**, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

- 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 Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Un representante del Departamento de Servicios para Miembros trabajará con usted y su proveedor para ayudarlo a solicitar una excepción. También puede leer el Capítulo 9 del *Manual para miembros* para obtener información sobre las excepciones.

---

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

Después de recibir una declaración de la persona autorizada a darle recetas que respalde su solicitud de una excepción, le informaremos nuestra decisión en el plazo de 72 horas. La persona autorizada a dar recetas puede proporcionar la declaración de respaldo llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana o enviárnosla por fax al **1-855-365-8108**.

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

---

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

Los medicamentos genéricos están compuestos por los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Generalmente, cuestan menos que los medicamentos de marca y funcionan igual de bien. Por lo general, 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. Usualmente, los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca en la farmacia sin una receta nueva, según las leyes estatales.

Aetna Better Health of Ohio cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Ohio](https://www.aetna.com/ohio)**.  
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 que son 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 alternativas que se llaman biosimilares. Por lo general, los biosimilares son tan eficaces como los productos biológicos originales, y suelen ser más baratos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, podrían sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir los medicamento 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 of Ohio 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 of Ohio.

---

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

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

Entre los ejemplos de productos OTC que no son medicamentos se incluyen paños con alcohol o repelente de insectos.


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

---

## **B17. ¿Cuál es mi copago?**

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

---

 **Si tiene preguntas**, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Ohio](https://www.aetnabetterhealth.com/Ohio)**.

---

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

Los niveles son grupos de medicamentos en nuestra Lista de medicamentos.

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

Ningún nivel tiene copago.

## C. 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.

La siguiente Lista de medicamentos cubiertos le proporciona información sobre los medicamentos cubiertos por Aetna Better Health of Ohio. Si tiene alguna dificultad para encontrar en la lista el medicamento que toma, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la Sección D. El índice enumera en orden alfabético todos los medicamentos que cubre Aetna Better Health of Ohio.

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 of Ohio tiene alguna norma especial para la cobertura del medicamento.

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

---

**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Actualizado el 10/01/2024



**Aquí están los significados de los códigos utilizados en la columna “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”:**

\* = Productos OTC o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

PA = Autorización previa

QL = Límites de cantidades

ST = Tratamiento escalonado

NM = No disponible para pedido por correo

B/D = cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare

NDS = Suministro no extendido

**Nota:** El asterisco (\*) al lado del medicamento indica que el medicamento no es un “medicamento de la Parte D”. El monto que paga cuando obtiene uno de estos medicamentos con receta no se tiene en cuenta en sus costos totales de medicamentos (es decir, el monto que usted paga no lo ayuda a calificar para la cobertura en situaciones catastróficas).

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

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

- Estos medicamentos también tienen diferentes normas en cuanto a las apelaciones. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión de cobertura y que la modifiquemos, si considera que hubo un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted desea no esté cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare o Medicaid.
- Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar. Para solicitar indicaciones sobre cómo presentar una apelación, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. También puede leer el Capítulo 9 del Manual para miembros para obtener información sobre cómo apelar una decisión.



**Si tiene preguntas**, llame a Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si necesita hablar con su administrador de atención, llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 05:00 p. m. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
<b>MISCELLANEOUS</b>		
<i>acetaminophen</i> CHEW 160mg; LIQD 160mg/5ml; 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 81mg, 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; *

**PA** - Autorización previa    **QL** - Límites de 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: 00025126 v8



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FEVERALL JUNIOR STRENGTH SUPP 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft 8 hour pain relief</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft aspirin</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft aspirin low dose</i> TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft children's chewables p</i> CHEW 160mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft enteric coated aspirin</i> TBEC 325mg	\$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; *
<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> CHEW 160mg; TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pain relief extra str</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *

**PA** - Autorización previa    **QL** - Límites de cantidad    **ST** - Tratamiento escalonado    **NM** - No disponible para pedido por correo    **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare    **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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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>hm adult aspirin</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm arthritis pain relief</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm pain relief</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> SOLN .5%, 1%, 1.5%, 2%	\$0(1)	B/D
<i>liquid acetaminophen</i> LIQD 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>m-pap</i> LIQD 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>mapap</i> CAPS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>mapap childrens</i> CHEW 80mg, 160mg	\$0(3)	NM; *
<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>pain relief extra strengt</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>pharbetol</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>pharbetol extra strength</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>qc acetaminophen 8 hours</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc acetaminophen infants</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc arthritis pain relief</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc aspirin</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc aspirin low dose</i> CHEW 81mg; TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc enteric aspirin</i> TBEC 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc non-aspirin extra stre</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc pain relief</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc pain relief childrens</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc pain relief extra stre</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm 8 hour pain relief</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm arthritis 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 childrens aspirin</i> CHEW 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 children</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *

**PA** - Autorización previa    **QL** - Límites de cantidad    **ST** - Tratamiento escalonado    **NM** - No disponible para pedido por correo    **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare    **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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sm pain reliever extra st</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>st joseph low dose aspiri</i> CHEW 81mg	\$0(3)	NM; *
<b>NSAIDS - DRUGS TO TREAT PAIN AND INFLAMMATION</b>		
<i>acetaminophen/ibuprofen</i>	\$0(3)	NM; *
<i>all day pain relief</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>all day relief</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>celecoxib</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>celecoxib</i> CAPS 400mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>childrens ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml, 200mg/10ml	\$0(3)	NM; *
<i>diclofenac potassium</i> TABS 50mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>diclofenac sodium</i> TB24 100mg; TBEC 25mg, 50mg, 75mg	\$0(1)	
<i>diflunisal</i> TABS 500mg	\$0(1)	
<i>etodolac</i> CAPS 200mg, 300mg; TABS 400mg, 500mg; TB24 400mg, 500mg, 600mg	\$0(1)	
<i>flurbiprofen</i> TABS 100mg	\$0(1)	
<i>ft ibuprofen</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft ibuprofen childrens</i> SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>ft ibuprofen ib childrens</i> CHEW 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft ibuprofen minis</i> CAPS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft naproxen sodium</i> CAPS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp childrens ibuprofen</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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp ibuprofen</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp ibuprofen childrens</i> CHEW 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp ibuprofen infants</i> SUSP 50mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp naproxen</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp naproxen sodium</i> CAPS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense ibuprofen</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense ibuprofen child</i> SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense ibuprofen infan</i> SUSP 50mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense naproxen sodium</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm ibuprofen childrens</i> SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>ibu</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	\$0(1)	
<i>ibuprofen</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml; TABS 400mg, 600mg, 800mg	\$0(1)	
<i>ibuprofen childrens</i> SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>ibuprofen infants</i> SUSP 50mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>ibuprofen junior strength</i> CHEW 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>infants ibuprofen</i> SUSP 50mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>meloxicam</i> TABS 7.5mg, 15mg	\$0(1)	

**PA** - Autorización previa    **QL** - Límites de 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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>qc childrens ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc ibuprofen</i> TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc naproxen sodium</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>sb naproxen sodium</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<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</i> TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm ibuprofen ib childrens</i> CHEW 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm infants ibuprofen</i> SUSP 50mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm naproxen sodium</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>sulindac</i> TABS 150mg, 200mg	\$0(1)	
<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
<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

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
<i>fentanyl citrate</i> LPOP 200mcg	\$0(1)	QL (120 lozenges / 30 days), PA

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab</i> 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: 00025126 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 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)	
ANTIGEN TEST KIT 2-PACK	\$0(3)	QL (8 tests / 30 days), NM; *
ANTIGEN TEST KIT 8-PACK	\$0(3)	QL (8 tests / 30 days), NM; *
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)	
BINAXNOW COV KIT HOME TES	\$0(3)	QL (8 tests / 30 days), NM; *
CARESTART KIT COVID-19	\$0(3)	QL (8 tests / 30 days), NM; *
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)	

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	\$0(2)	
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	\$0(2)	
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	\$0(2)	
CLINITEST KIT SELF-TST	\$0(3)	QL (8 tests / 30 days), NM; *
<i>colistimethate sodium</i> SOLR 150mg	\$0(1)	
COVID-19 AG KIT TEST	\$0(3)	QL (8 tests / 30 days), NM; *
COVID-19 AT- KIT 1-PACK	\$0(3)	QL (8 tests / 30 days), NM; *
COVID-19 AT- KIT 2-PACK	\$0(3)	QL (8 tests / 30 days), NM; *
COVID-19 RAP KIT 1-PACK	\$0(3)	QL (8 tests / 30 days), NM; *
COVID-19 RAP KIT 2-PACK	\$0(3)	QL (8 tests / 30 days), NM; *
COVID-19 TES KIT SPECIMEN	\$0(3)	QL (8 ea / 30 days), NM; *
CVS COVID-19 KIT HOME 2PK	\$0(3)	QL (8 tests / 30 days), NM; *
<i>cvs pinworm treatment</i> SUSP 144mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>dapsone</i> TABS 25mg, 100mg	\$0(1)	
DAPTOMYCIN SOLR 350mg	\$0(2)	NDS
<i>daptomycin</i> SOLR 350mg, 500mg	\$0(2)	NDS
DIATRUST KIT COVID-19	\$0(3)	QL (8 tests / 30 days), NM; *
ELLUME COV19 KIT HOME TES	\$0(3)	QL (8 tests / 30 days), NM; *
EMVERM CHEW 100mg	\$0(2)	NDS, QL (12 tabs / year)
<i>ertapenem sodium</i> SOLR 1gm	\$0(1)	
FASTEP 1-PK KIT COVID-19	\$0(3)	QL (8 tests / 30 days), NM; *
FASTEP 2-PK KIT COVID-19	\$0(3)	QL (8 tests / 30 days), NM; *
FASTEP 4-PK KIT COVID-19	\$0(3)	QL (8 tests / 30 days), NM; *
FASTEP 20-PK KIT COVID-19	\$0(3)	QL (8 tests / 30 days), NM; *
FLOWFLEX KIT TEST	\$0(3)	QL (8 tests / 30 days), NM; *
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	\$0(1)	

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin sulfate SOLN 10mg/ml, 40mg/ml</i>	\$0(1)	
GOTOKNOW KIT ANTIGEN	\$0(3)	QL (8 tests / 30 days), NM; *
IHEALTH 2-PK KIT COVID-19	\$0(3)	QL (8 tests / 30 days), NM; *
IHEALTH 5-PK KIT COVID-19	\$0(3)	QL (8 tests / 30 days), NM; *
IHEALTH 40PK KIT COVID-19	\$0(3)	QL (8 tests / 30 days), NM; *
<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
INDICAID KIT COVID-19	\$0(3)	QL (8 tests / 30 days), NM; *
INTELISWAB KIT COVID-19	\$0(3)	QL (8 tests / 30 days), NM; *
<i>ivermectin TABS 3mg</i>	\$0(1)	QL (12 tabs / 90 days), PA
<i>linezolid SOLN 600mg/300ml</i>	\$0(1)	
<i>linezolid SUSR 100mg/5ml</i>	\$0(2)	NDS, QL (1800 mL / 30 days)
<i>linezolid TABS 600mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
LINEZOLID INJ 2MG/ML	\$0(2)	
LUCIRA CHECK KIT COVID-19	\$0(3)	QL (8 tests / 30 days), NM; *
<i>meropenem SOLR 1gm, 500mg</i>	\$0(1)	
<i>methenamine hippurate TABS 1gm</i>	\$0(1)	
<i>metronidazole SOLN 500mg/100ml; TABS 250mg, 500mg</i>	\$0(1)	
<i>neomycin sulfate TABS 500mg</i>	\$0(1)	
<i>nitazoxanide TABS 500mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (6 tabs / 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal CAPS 50mg, 100mg</i>	\$0(2)	
<i>nitrofurantoin monohyd macro CAPS 100mg</i>	\$0(2)	
ON/GO COVID KIT ANTIGEN	\$0(3)	QL (8 tests / 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ON/GO ONE KIT COVID-19	\$0(3)	QL (8 tests / 30 days), NM; *
<i>pentamidine isethionate inh</i> SOLR 300mg	\$0(1)	B/D
<i>pentamidine isethionate inj</i> SOLR 300mg	\$0(1)	
PILOT COVID KIT HOME TES	\$0(3)	QL (8 tests / 30 days), NM; *
<i>pin-away</i> SUSP 144mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>pinworm medicine</i> SUSP 144mg/ml	\$0(3)	NM; *
<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
QUICKVUE HOM KIT COVID-19	\$0(3)	QL (8 tests / 30 days), NM; *
<i>reeses pinworm medicine</i> SUSP 144mg/ml	\$0(3)	NM; *
SPEEDY SWAB KIT COVID-19	\$0(3)	QL (8 tests / 30 days), NM; *
<i>streptomycin sulfate</i> SOLR 1gm	\$0(2)	NDS
<i>sulfadiazine</i> TABS 500mg	\$0(2)	NDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln</i> 400-80 mg/5ml	\$0(1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp</i> 200-40 mg/5ml	\$0(1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 400-80 mg	\$0(1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 800-160 mg	\$0(1)	
<i>tinidazole</i> TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
TOBI PODHALER CAPS 28mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>tobramycin</i> NEBU 300mg/5ml	\$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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tobramycin sulfate</i> SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml	\$0(1)	
<i>trimethoprim</i> TABS 100mg	\$0(1)	
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 125mg	\$0(1)	QL (80 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 250mg	\$0(1)	QL (160 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl</i> SOLR 1gm, 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

PA - Autorización previa QL - Límites de 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: 00025126 v8

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

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025126 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
APTIVUS CAPS 250mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>atazanavir sulfate</i> CAPS 150mg, 200mg, 300mg	\$0(1)	NM
<i>darunavir</i> TABS 600mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>darunavir</i> TABS 800mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
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

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025126 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
PREZISTA TABS 150mg	\$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM
REYATAZ PACK 50mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>ritonavir</i> TABS 100mg	\$0(1)	NM
RUKOBIA TB12 600mg	\$0(2)	NDS, NM
SELZENTRY SOLN 20mg/ml; TABS 75mg	\$0(2)	NDS, NM
SELZENTRY TABS 25mg	\$0(2)	NM
SUNLENCA TBPK 300mg	\$0(2)	NDS, NM
<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

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025126 v8



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

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025126 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
TRIUMEQ PD TAB	\$0(2)	NM
TRIUMEQ TAB	\$0(2)	NDS, NM
<b>ANTITUBERCULAR AGENTS - DRUGS TO TREAT TUBERCULOSIS</b>		
<i>cycloserine</i> CAPS 250mg	\$0(2)	NDS
<i>ethambutol hcl</i> TABS 100mg, 400mg	\$0(1)	
<i>isoniazid</i> SYRP 50mg/5ml; TABS 100mg, 300mg	\$0(1)	
PRIFTIN TABS 150mg	\$0(2)	
<i>pyrazinamide</i> TABS 500mg	\$0(1)	
<i>rifabutin</i> CAPS 150mg	\$0(1)	
<i>rifampin</i> CAPS 150mg, 300mg; SOLR 600mg	\$0(1)	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	\$0(2)	NDS, NM, 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

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025126 v8

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

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025126 v8

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

PA - Autorización previa QL - Límites de 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	\$0(2)	NDS
<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
e.e.s. 400 TABS 400mg	\$0(1)	
<i>ery-tab</i> TBEC 250mg, 333mg, 500mg	\$0(1)	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	\$0(2)	
<i>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>FLUOROQUINOLONAS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS</b>		
<i>ciprofloxacin</i> 200 mg/100ml in d5w	\$0(1)	
<i>ciprofloxacin</i> 400 mg/200ml in d5w	\$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</i> 250 mg/50ml	\$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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	\$0(1)	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	\$0(1)	
<i>moxifloxacin hcl TABS 400mg</i>	\$0(1)	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i>	\$0(1)	
<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)	

**PA** - Autorización previa    **QL** - Límites de 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	\$0(1)	
<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)	

PA - Autorización previa QL - Límites de 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: 00025126 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 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	\$0(1)	
<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

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025126 v8



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cyclophosphamide</i> CAPS 25mg, 50mg; SOLR 1gm, 500mg	\$0(1)	B/D
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: 00025126 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: 00025126 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: 00025126 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: 00025126 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<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: 00025126 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: 00025126 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: 00025126 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: 00025126 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: 00025126 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
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: 00025126 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: 00025126 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: 00025126 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: 00025126 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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</i> cap 2.5-10 mg	\$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: 00025126 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<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: 00025126 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: 00025126 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 5-20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ENTRESTO 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: 00025126 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: 00025126 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: 00025126 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: 00025126 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: 00025126 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: 00025126 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: 00025126 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: 00025126 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>metolazone</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>spironolactone &amp; hydrochlorothiazide</i> tab 25-25 mg	\$0(1)	
<i>torse mide</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: 00025126 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: 00025126 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: 00025126 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
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: 00025126 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: 00025126 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: 00025126 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: 00025126 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: 00025126 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: 00025126 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: 00025126 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: 00025126 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: 00025126 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: 00025126 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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: 00025126 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: 00025126 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: 00025126 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: 00025126 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: 00025126 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: 00025126 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: 00025126 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: 00025126 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 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nicotine mini lozenge</i> LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nicotine polacrilex</i> GUM 2mg, 4mg; LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nicotine polacrilex m</i> LOZG 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nicotine transdermal</i> PT24 7mg/24hr, 14mg/24hr, 21mg/24hr	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense nicotine</i> LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense nicotine gum</i> GUM 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense nicotine polacr</i> GUM 2mg, 4mg; LOZG 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm nicotine polacrilex</i> GUM 2mg, 4mg; LOZG 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>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)	

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025126 v8



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	\$0(2)	
<i>sm nicotine</i> GUM 4mg; LOZG 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm nicotine polacrilex</i> GUM 2mg, 4mg; LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm nicotine transdermal s</i> PT24 7mg/24hr, 14mg/24hr, 21mg/24hr	\$0(3)	NM; *
<i>varenicline tartrate</i> TABS .5mg, 1mg	\$0(1)	QL (56 tabs / 28 days)
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg &amp; 42 x 1 mg start pack</i>	\$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)

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>glipizide</i> TABS 5mg	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TABS 10mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TB24 2.5mg, 5mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TB24 10mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl</i> TB24 2.5mg, 5mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl</i> TB24 10mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-500MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-500MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 100-1000	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
JARDIANCE TABS 10mg, 25mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-500	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-850	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 500mg	\$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 850mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 1000mg	\$0(1)	QL (75 tabs / 30 days)

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025126 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: 00025126 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: 00025126 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: 00025126 v8

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

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025126 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
zoledronic acid CONC 4mg/5ml; SOLN 5mg/100ml	\$0(1)	B/D, NM
<b>CHELATING AGENTS</b>		
CHEMET CAPS 100mg	\$0(2)	NDS
deferasirox TABS 90mg; TBSO 125mg	\$0(1)	NM, PA
deferasirox TABS 180mg, 360mg	\$0(2)	NM, PA
deferasirox TBSO 250mg, 500mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
kionex SUSP 15gm/60ml	\$0(1)	
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	\$0(2)	
penicillamine TABS 250mg	\$0(2)	NDS, NM
sodium polystyrene sulfonate powder	\$0(1)	
sps SUSP 15gm/60ml	\$0(1)	
trientine hcl CAPS 250mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<b>CONTRACEPTIVES - DRUGS FOR BIRTH CONTROL</b>		
afirmelle	\$0(1)	
aftera TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
AIMSCO MIS LUBRICAT	\$0(3)	NM; *
altavera	\$0(1)	
alyacen 1/35	\$0(1)	
alyacen 7/7/7	\$0(1)	
amethia	\$0(1)	
amethyst	\$0(1)	
apri	\$0(1)	
aranelle	\$0(1)	
ashlyna	\$0(1)	
aubra eq	\$0(1)	
aurovela 1/20	\$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: 00025126 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>aurovela 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>aurovela fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>aviane</i>	\$0(1)	
<i>ayuna</i>	\$0(1)	
<i>azurette</i>	\$0(1)	
<i>balziva</i>	\$0(1)	
<i>blisovi 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>briellyn</i>	\$0(1)	
<i>camila TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>camrese</i>	\$0(1)	
<i>camrese lo</i>	\$0(1)	
<i>chateal eq</i>	\$0(1)	
<i>cryselle-28</i>	\$0(1)	
<i>curae TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<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)	

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025126 v8



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	\$0(1)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	\$0(1)	
DUREX MIS REALFEEL	\$0(3)	NM; *
<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)	
<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)	
FANTASY LUBR MIS COLORS	\$0(3)	NM; *
FANTASY LUBR MIS SPERMICI	\$0(3)	NM; *
FANTASY MIS LUBRICAT	\$0(3)	NM; *
FC2 FEMALE MIS CONDOM	\$0(3)	NM; *
<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)	

PA - Autorización previa QL - Límites de 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>her style</i> TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>iclevia</i>	\$0(1)	
<i>incassia</i> TABS .35mg	\$0(1)	
<i>introvale</i>	\$0(1)	
<i>isibloom</i>	\$0(1)	
<i>jasmiel</i>	\$0(1)	
<i>jolessa</i>	\$0(1)	
<i>juleber</i>	\$0(1)	
<i>junel</i> 1.5/30	\$0(1)	
<i>junel</i> 1/20	\$0(1)	
<i>junel fe</i> 1.5/30	\$0(1)	
<i>junel fe</i> 1/20	\$0(1)	
<i>junel fe</i> 24	\$0(1)	
<i>kaitlib fe</i>	\$0(1)	
<i>kariva</i>	\$0(1)	
<i>kelnor</i> 1/35	\$0(1)	
<i>kelnor</i> 1/50	\$0(1)	
KIMONO COLOR MIS	\$0(3)	NM; *
KIMONO MAXX MIS LG FLARE	\$0(3)	NM; *
KIMONO MICRO MIS THIN	\$0(3)	NM; *
KIMONO MICRO MIS THIN +	\$0(3)	NM; *
KIMONO MIS LUBRICAT	\$0(3)	NM; *
KIMONO MIS SENSATIO	\$0(3)	NM; *
KIMONO PLUS MIS SPERMICI	\$0(3)	NM; *
KIMONO SENSAS MIS PLUS	\$0(3)	NM; *
KIMONO SPEC MIS	\$0(3)	NM; *
<i>kurvelo</i>	\$0(1)	
<i>larin</i> 1.5/30	\$0(1)	
<i>larin</i> 1/20	\$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: 00025126 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 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)	
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>loestrin fe 1/20</i>	\$0(1)	

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>loryna</i>	\$0(1)	
<i>low-ogestrel</i>	\$0(1)	
<i>lutra</i>	\$0(1)	
<i>lyleq</i> TABS .35mg	\$0(1)	
<i>lyza</i> TABS .35mg	\$0(1)	
<i>marlissa</i>	\$0(1)	
MAXX MIS LUBRICAT	\$0(3)	NM; *
MAXX PLUS MIS SPERMICI	\$0(3)	NM; *
<i>medroxyprogesterone acetate</i> (contraceptive) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml	\$0(1)	
<i>mibelas 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>microgestin 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>microgestin 1/20</i>	\$0(1)	
<i>microgestin 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>microgestin fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>mili</i>	\$0(1)	
<i>mono-lynyah</i>	\$0(1)	
<i>my choice</i> TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>my way</i> TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>necon 0.5/35-28</i>	\$0(1)	
<i>new day</i> TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
NEXPLANON IMPL 68mg	\$0(2)	NM
<i>nikki</i>	\$0(1)	
<i>nora-be</i> TABS .35mg	\$0(1)	
<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone &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: 00025126 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: 00025126 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>react</i> TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
REALITY MIS LUBRICAT	\$0(3)	NM; *
<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>take action</i> TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
<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)	

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>trivora-28</i>	\$0(1)	
TRUSTEX LUBR MIS ASSORTED	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS BANANA	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS CHOC	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS COLA	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS COLORS	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS EX LARGE	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS EX STR	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS GRAPE	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS RIB/STUD	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS SPERMICI	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS STRWBRY	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS VANILLA	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX MIS BANANA	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX MIS CHOCOLAT	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX MIS FLAVORS	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX MIS MINT	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX MIS STRWBRY	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX MIS VANILLA	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX/RIA MIS LUBRICAT	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX/RIA MIS NON-LUB	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX/RIA MIS SPERMICI	\$0(3)	NM; *
TRUSTX NON-9 MIS RIB/STUD	\$0(3)	NM; *
<i>turqoz</i>	\$0(1)	
<i>tydemy</i>	\$0(1)	
<i>velivet</i>	\$0(1)	
<i>vestura</i>	\$0(1)	
<i>vienva</i>	\$0(1)	
<i>viorele</i>	\$0(1)	

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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 PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr</i>	\$0(2)	
<i>estradiol 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</i>	\$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 CREA .1mg/gm; TABS 10mcg</i>	\$0(1)	
<i>estradiol valerate OIL 10mg/ml, 20mg/ml, 40mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	\$0(2)	
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	\$0(2)	
<i>jinteli</i>	\$0(2)	

**PA** - Autorización previa    **QL** - Límites de 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: 00025126 v8



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lyllana</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	\$0(2)	
<i>mimvey</i>	\$0(2)	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	\$0(2)	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	\$0(2)	
<i>yuvafem</i> TABS 10mcg	\$0(1)	
<b>GLUCOCORTICOIDS - DRUGS TO TREAT INFLAMMATORY RESPONSE</b>		
<i>dexamethasone</i> ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	\$0(1)	
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml	\$0(2)	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml; SOSY 4mg/ml	\$0(1)	
<i>fludrocortisone acetate</i> TABS .1mg	\$0(1)	
<i>hydrocortisone</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>methylprednisolone</i> TABS 4mg, 8mg, 16mg, 32mg	\$0(1)	B/D
<i>methylprednisolone</i> TBPK 4mg	\$0(1)	
<i>methylprednisolone acetate</i> SUSP 40mg/ml, 80mg/ml	\$0(1)	B/D
<i>methylprednisolone sod succ</i> SOLR 40mg, 125mg, 1000mg	\$0(1)	B/D
<i>prednisolone</i> SOLN 15mg/5ml	\$0(1)	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 5mg/5ml, 15mg/5ml, 25mg/5ml	\$0(1)	B/D

PA - Autorización previa QL - Límites de 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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>		
BD GLUCOSE CHEW 5gm	\$0(3)	NM; *
<i>cvs glucose</i> GEL 40%	\$0(3)	NM; *
CVS GLUCOSE CHW FRUIT	\$0(3)	NM; *
DEX4 CHW FRUIT	\$0(3)	NM; *
DEX4 CHW GRAPE	\$0(3)	NM; *
DEX4 CHW ORANGE	\$0(3)	NM; *
DEX4 CHW RASPBERRY	\$0(3)	NM; *
DEX4 CHW SOUR APL	\$0(3)	NM; *
DEX4 CHW WATERMLN	\$0(3)	NM; *
DEX4 POUCH CHW PACK	\$0(3)	NM; *
DEX4 QUICK DISSOLVE GLUCO CHEW 4gm	\$0(3)	NM; *
<i>diazoxide</i> SUSP 50mg/ml	\$0(2)	NDS
GLUCOSE CHEW 4gm	\$0(3)	NM; *
GLUCOSE CHW FRUIT	\$0(3)	NM; *
GLUCOSE CHW GRAPE	\$0(3)	NM; *
GLUCOSE CHW ORANGE	\$0(3)	NM; *
GLUCOSE CHW RASPBERRY	\$0(3)	NM; *
GLUCOSE CHW WATERMLN	\$0(3)	NM; *
GNP GLUCOSE CHW GRAPE	\$0(3)	NM; *
GNP GLUCOSE CHW ORANGE	\$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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GNP GLUCOSE CHW RASPBERRY	\$0(3)	NM; *
GNP GLUCOSE CHW WATERMLN	\$0(3)	NM; *
GNP QUICK DISSOLVE GLUCOS CHEW 4gm	\$0(3)	NM; *
KROG GLUCOSE CHW ORANGE	\$0(3)	NM; *
KROG GLUCOSE CHW RASPBERRY	\$0(3)	NM; *
KROG GLUCOSE CHW WATERMLN	\$0(3)	NM; *
LEADER QUICK DISSOLVE GLU CHEW 4gm	\$0(3)	NM; *
PX GLUCOSE CHW FRUIT	\$0(3)	NM; *
PX GLUCOSE CHW ORANGE	\$0(3)	NM; *
PX GLUCOSE CHW RASPBERRY	\$0(3)	NM; *
PX GLUCOSE CHW SOUR APL	\$0(3)	NM; *
SM GLUCOSE CHEW 4gm	\$0(3)	NM; *
SM GLUCOSE CHW ORANGE	\$0(3)	NM; *
SM GLUCOSE CHW RASPBERRY	\$0(3)	NM; *
TRUEPLUS GLUCOSE CHEW 4gm	\$0(3)	NM; *
TRUEPLUS GLUCOSE GEL GEL 15gm/32ml	\$0(3)	NM; *
TRUEPLUS GLUCOSE ON THE G CHEW 4gm	\$0(3)	NM; *
<i>value plus glucose</i> GEL 40%	\$0(3)	NM; *
VP GLUCOSE CHW FRUIT	\$0(3)	NM; *
VP GLUCOSE CHW GRAPE	\$0(3)	NM; *
WALGREENS GLUCOSE CHEW 4gm	\$0(3)	NM; *
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

**PA** - Autorización previa    **QL** - Límites de 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: 00025126 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<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
CHEMSTRIP 5 TES OB	\$0(3)	NM; *
CHEMSTRIP 7 TES	\$0(3)	NM; *
CHEMSTRIP 10 TES MD	\$0(3)	NM; *
<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
CVS KETONE TES CARE	\$0(3)	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)	
<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
KETO-DIASTIX TES	\$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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
MULTISTIX 10 TES SG	\$0(3)	NM; *
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
<i>octreotide acetate</i> SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
OVIDREL INJ 250mcg/0.5ml	\$0(3)	NM; *
PRECISN XTRA TES KETONE	\$0(3)	NM; *
<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

**PA** - Autorización previa    **QL** - Límites de 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	\$0(2)	NDS, NM, 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)	
<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)	

PA - Autorización previa QL - Límites de 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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; *
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; *

**PA** - Autorización previa    **QL** - Límites de 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: 00025126 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<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; TABS 648mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate (antacid)</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft antacid &amp; antigas</i>	\$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</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid &amp; anti-gas ma</i>	\$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 ultra strengt</i> CHEW 1000mg	\$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; *

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025126 v8



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MAG-AL LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>mag-al plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mag-al plus xs</i>	\$0(3)	NM; *
<i>magnesium oxide</i> TABS 400mg, 420mg	\$0(3)	NM; *
<i>mintox maximum strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mintox plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc antacid/anti-gas</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc antacid/anti-gas maxim</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>sb antacid extra strength</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm antacid extra strength</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium antacid extra</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>smooth antacid extra stre</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>sodium bicarbonate (antacid)</i> TABS 325mg, 650mg	\$0(3)	NM; *
SODIUM POW BICARBON	\$0(3)	NM; *
TUMS CHEWY DELIGHTS CHEW 1177mg	\$0(3)	NM; *
<i>tums smoothies</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<b>ANTI-DIARRHEAL</b>		
<i>abatine</i> x CAPS 680mg	\$0(3)	NM; *
ACIDOPHILUS WAFR 1mg	\$0(3)	NM; *
<i>acidophilus extra strengt</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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>acidophilus probiotic</i> CAPS 10mg, 100mg; TABS .5mg, 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>acidophilus probiotic for</i>	\$0(3)	NM; *
ACIDOPHILUS/ TAB CIT PECT	\$0(3)	NM; *
<i>anti-diarrheal</i> SOLN 1mg/7.5ml; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>azo complete feminine bal</i>	\$0(3)	NM; *
AZO DUAL CAP PROTECT	\$0(3)	NM; *
BIO-K PLUS CAP STRONG	\$0(3)	NM; *
BIOMEPRO CAP	\$0(3)	NM; *
BIOMEPRO LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>bismuth subsalicylate</i> CHEW 262mg	\$0(3)	NM; *
CULTURELLE CAP ADV REG	\$0(3)	NM; *
CULTURELLE CAP WOMENS	\$0(3)	NM; *
<i>culturelle prenatal welln</i>	\$0(3)	NM; *
<i>culturelle total balance</i>	\$0(3)	NM; *
<i>culturelle womens wellnes</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs acidophilus probiotic</i> TABS .5mg, 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>eql digestive probiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql probiotic acidophilus</i>	\$0(3)	NM; *
FLORAJEN CAP ACIDOPHI	\$0(3)	NM; *
FLORAJEN CAP WOMEN	\$0(3)	NM; *
<i>floranex</i>	\$0(3)	NM; *
<i>freeze dried acidophilus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft anti-diarrheal</i> CAPS 2mg; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft stomach relief</i> CHEW 262mg; SUSP 525mg/30ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp anti-diarrheal</i> CAPS 2mg; TABS 2mg	\$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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp loperamide hydrochlor</i> SOLN 1mg/7.5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pink bismuth</i> CHEW 262mg; TABS 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pink bismuth ultra st</i> SUSP 525mg/15ml	\$0(3)	NM; *
GNP PROBIOTI CAP XTRA STR	\$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>hm stomach relief</i> SUSP 525mg/30ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm stomach relief ultra</i> SUSP 525mg/15ml	\$0(3)	NM; *
IDEAL BOWEL SUPPORT CAPS 43.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>intestinex</i> CAPS 600mg	\$0(3)	NM; *
KALA TAB	\$0(3)	NM; *
<i>lactobacillus</i> CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>*lactobacillus - packet**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*lactobacillus acidophilus-pectin cap**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*lactobacillus cap**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lactobacillus extra stren</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*lactobacillus tab**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>loperamide hcl</i> SOLN 1mg/7.5ml, 2mg/15ml; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
MORE-DOPHILUS ACIDOPHILUS POWD 1550mg/1.55gm	\$0(3)	NM; *
<i>primadophilus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>probiata</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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>probiotic acidophilus</i>	\$0(3)	NM; *
PROBIOTIC CAP	\$0(3)	NM; *
<i>probiotic gold extra stre</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc anti-diarrheal</i> CAPS 2mg; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>ra digestive health</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb anti-diarrhea</i> TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm acidophilus</i> CAPS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm anti-diarrheal</i> CAPS 2mg; SOLN 1mg/7.5ml; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm stomach relief</i> CHEW 262mg; TABS 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>stomach relief</i> CHEW 262mg; SUSP 525mg/30ml; TABS 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>stomach relief extra stre</i> SUSP 525mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>stomach relief ultra</i> SUSP 525mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<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>driminate</i> TABS 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>dronabinol</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	B/D, QL (60 caps / 30 days)
<i>ft motion sickness</i> TABS 25mg, 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp motion sickness relie</i> TABS 25mg, 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>granisetron hcl</i> SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml	\$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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>granisetron hcl</i> TABS 1mg	\$0(1)	B/D
<i>meclizine hcl</i> CHEW 25mg; TABS 12.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>meclizine hcl</i> TABS 12.5mg, 25mg	\$0(2)	
<i>metoclopramide hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml; TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>motion sickness relief</i> TABS 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>motion sickness relief/le</i> TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>motion-time</i> CHEW 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>ondansetron</i> TBDP 4mg, 8mg	\$0(1)	B/D
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml; SOSY 4mg/2ml	\$0(1)	
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/5ml; TABS 4mg, 8mg	\$0(1)	B/D
<i>prochlorperazine</i> SUPP 25mg	\$0(1)	
<i>prochlorperazine edisylate</i> SOLN 10mg/2ml	\$0(1)	
<i>prochlorperazine maleate</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>promethazine hcl</i> SOLN 6.25mg/5ml, 25mg/ml, 50mg/ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	\$0(2)	PA; PA 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
<i>sm motion sickness</i> TABS 50mg	\$0(3)	NM; *
<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)

PA - Autorización previa QL - Límites de 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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 20 mg/50ml</i>	\$0(1)	
<i>famotidine maximum streng</i> TABS 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>famotidine original stren</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft acid reducer</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft acid reducer maximum s</i> TABS 20mg	\$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; *
<i>heartburn relief maximum</i> TABS 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	\$0(1)	
<i>qc acid controller</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc acid controller maximu</i> TABS 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>sb acid reducer</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm acid reducer</i> TABS 10mg, 200mg	\$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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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; *
<i>calcium polycarbophil</i> TABS 625mg	\$0(3)	NM; *
<i>castor oil</i> OIL 100%	\$0(3)	NM; *
<i>castor oil stimulant laxa</i> OIL 100%	\$0(3)	NM; *
<i>chocolated laxative</i> CHEW 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>chocolated laxative regul</i> CHEW 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>clearlax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>colace 2-in-1</i>	\$0(3)	NM; *
COLACE CLEAR CAPS 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	

**PA** - Autorización previa    **QL** - Límites de 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cvs castor oil</i> OIL 100%	\$0(3)	NM; *
<i>cvs chocolate laxative pi</i> CHEW 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>docusate calcium</i> CAPS 240mg	\$0(3)	NM; *
<i>docusate mini</i> ENEM 283mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>docusate sodium</i> CAPS 100mg, 250mg; LIQD 50mg/5ml, 100mg/10ml	\$0(3)	NM; *
DOCUSOL KIDS ENEM 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>dok</i> TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>enema ready-to-use</i>	\$0(3)	NM; *
<i>enemeez mini</i> ENEM 283mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>enemeez plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>epsom salt</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql castor oil</i> OIL 100%	\$0(3)	NM; *
<i>eql laxative eql laxative</i> CHEW 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>fiber-lax</i> TABS 625mg	\$0(3)	NM; *
FLEET BISACODYL ENEM 10mg/30ml	\$0(3)	NM; *
FLEET ENE PED	\$0(3)	NM; *
<i>ft castor oil</i> OIL 100%	\$0(3)	NM; *
<i>ft clearlax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>ft fiber laxative</i> TABS 625mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft gentle laxative</i> SUPP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft laxative</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft magnesium citrate</i> SOLN 1.745gm/30ml	\$0(3)	NM; *
<i>ft mineral oil</i> OIL 99.9%	\$0(3)	NM; *
<i>ft senna laxative</i> TABS 8.6mg	\$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: 00025126 v8



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ft senna-s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft stool softener</i> CAPS 100mg, 250mg	\$0(3)	NM; *
<i>gavilax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>gavilyte-c</i>	\$0(1)	
<i>gavilyte-g</i>	\$0(1)	
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	\$0(1)	
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>gentle laxative</i> SUPP 10mg; TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>glycolax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>gnp castor oil</i> OIL 100%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp clearlax</i> PACK 17gm; POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>gnp epsom salt</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp fiber powder</i> POWD 43%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp fiber therapy</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp fiber-caps</i> TABS 625mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp gentle laxative</i> SUPP 10mg; TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp magnesium citrate</i> SOLN 1.745gm/30ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp milk of magnesia</i> SUSP 1200mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mineral oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp senna lax</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp senna plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp stool softener</i> CAPS 100mg, 240mg, 250mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp stool softener/stimul</i>	\$0(3)	NM; *

**PA** - Autorización previa    **QL** - Límites de 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp womens gentle laxativ</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense clearlax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>healthylax</i> PACK 17gm	\$0(3)	NM; *
<i>hm enema mineral oil</i> ENEM 100%	\$0(3)	NM; *
<i>hm enema saline laxative</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm stool softener/stimula</i>	\$0(3)	NM; *
KONSYL DAILY FIBER PACK 100%	\$0(3)	NM; *
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>laxative maximum strength</i> TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>laxative regular strength</i> TABS 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>milk of magnesia</i> SUSP 7.75%, 400mg/5ml, 1200mg/15ml, 2400mg/30ml	\$0(3)	NM; *
MILK OF MAGNESIA CONCENTR SUSP 2400mg/10ml	\$0(3)	NM; *
<i>mineral oil</i> OIL 100%	\$0(3)	NM; *
<i>mineral oil enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>onelax senna</i> SYRP 8.8mg/5ml	\$0(3)	NM; *
PEDIA-LAX LIQD 50mg/15ml; SUPP 2.8gm	\$0(3)	NM; *
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln</i> 236 gm	\$0(1)	
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln</i> 420 gm	\$0(1)	
PLENVU SOL	\$0(2)	
<i>polyethylene glycol 3350</i> PACK 17gm; POWD 17gm/scoop	\$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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>qc chocolate laxative</i> CHEW 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc gentle laxative</i> SUPP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc milk of magnesia</i> SUSP 400mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc mineral oil heavy</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc natura-lax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>qc stool softener</i> CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc stool softener plus la</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc vegetable laxative</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>sb milk of magnesia</i> SUSP 400mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>senexon-s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>senna laxative</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>senna plus</i>	\$0(3)	NM; *
SENNAPLUS CAP 8.6-50MG	\$0(3)	NM; *
<i>senna-lax</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>senna-tabs</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>senna-time</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>senna-time s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sennosides</i> CAPS 8.6mg; LIQD 8.8mg/5ml; SYRP 8.8mg/5ml; TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>sennosides-docusate sodium tab</i> 8.6-50 mg	\$0(3)	NM; *
<i>senokot extra strength</i> TABS 17.2mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm clearlax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>sm enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm epsom salt</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm fiber</i> POWD 28.3%, 43%, 58.6%; TABS 625mg	\$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: 00025126 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>sm fiber laxative</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm gentle laxative</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm magnesium citrate</i> SOLN 1.745gm/30ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm milk of magnesia</i> SUSP 1200mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm senna laxative</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm senna-s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm stool softener</i> CAPS 100mg, 250mg; TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm stool softener plus la</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm stool softener/stimula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol</i> 17.5-3.13-1.6 gm/177ml	\$0(1)	
<i>*sodium phosphates - enema***</i>	\$0(3)	NM; *
<i>soluble fiber</i>	\$0(3)	NM; *
SORBITOL SOLN 70%	\$0(3)	NM; *
<i>stimulant laxative</i>	\$0(3)	NM; *
STL SOFT/LAX CAP 8.6-50MG	\$0(3)	NM; *
<i>stool softener</i> CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>stool softener + stimulan</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stool softener laxative</i> CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>stool softener plus laxat</i>	\$0(3)	NM; *
<b>MISCELLANEOUS</b>		
<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)	

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 2.5-0.025 mg/5ml</i>	\$0(2)	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i>	\$0(2)	
<i>ft gas relief drops infan SUSP</i> 20mg/0.3ml	\$0(3)	NM; *
<i>ft gas relief extra stren CAPS 125mg;</i> <i>CHEW 125mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft gas relief ultra stren CAPS 180mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gas relief CHEW 80mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gas relief extra strength CAPS</i> 125mg; CHEW 125mg	\$0(3)	NM; *
<i>gas relief infants SUSP 20mg/0.3ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gas relief ultra strength CAPS</i> 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>gas-x extra strength CAPS 125mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gas-x ultra strength CAPS 180mg</i>	\$0(3)	NM; *
GATTEX KIT 5mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>gnp anti-gas ultra streng CAPS</i> 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp gas relief CHEW 80mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp gas relief extra stre CHEW</i> 125mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp infant gas relief SUSP</i> 20mg/0.3ml	\$0(3)	NM; *
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg	\$0(2)	QL (30 caps / 30 days)
<i>loperamide hcl CAPS 2mg</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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>misoprostol</i> TABS 100mcg, 200mcg	\$0(1)	
MOVANTIK TABS 12.5mg, 25mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
PHAZYME MAXIMUM STRENGTH CAPS 250mg	\$0(3)	NM; *
RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml	\$0(2)	NDS, QL (28 syringes / 28 days), PA
<i>simethicone</i> CHEW 80mg, 125mg	\$0(3)	NM; *
<i>simethicone drops infants</i> SUSP 20mg/0.3ml	\$0(3)	NM; *
<i>simethicone ultra strengt</i> CAPS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm gas relief</i> CAPS 180mg; CHEW 80mg, 125mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm gas relief drops infan</i> SUSP 20mg/0.3ml	\$0(3)	NM; *
<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 10000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 15000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 20000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 25000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 40000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 60000UNT	\$0(2)	

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>PROTON PUMP INHIBITORS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID</b>		
<i>acid reducer</i> CPDR 20.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg, 40mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg; TBEC 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft acid reducer</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp esomeprazole magnesiu</i> CPDR 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp omeprazole</i> CPDR 20.6mg; TBEC 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp omeprazole odt</i> TBDD 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense esomeprazole ma</i> CPDR 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense lansoprazole</i> CPDR 15mg; TBDD 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg, 30mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	
<i>omeprazole</i> TBDD 20mg; TBEC 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>omeprazole magnesium</i> CPDR 20.6mg; TBEC 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>pantoprazole sodium</i> SOLR 40mg; TBEC 20mg, 40mg	\$0(1)	
<i>qc esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$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: 00025126 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>qc omeprazole magnesium</i> CPDR 20.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>rabeprazole sodium</i> TBEC 20mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>sm esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg	\$0(3)	NM; *
<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</i> 0.5-0.4 mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>finasteride</i> TABS 5mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>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>gnp urinary pain relief</i> TABS 95mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp urinary pain relief m</i> TABS 99.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm urinary pain relief</i> TABS 95mg, 99.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	\$0(1)	
<i>qc urinary pain relief</i> TABS 95mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm urinary pain relief</i> TABS 95mg, 99.5mg	\$0(3)	NM; *

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **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: 00025126 v8



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>sm urinary pain relief ma</i> TABS 97.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>urinary pain relief</i> TABS 95mg, 99.5mg	\$0(3)	NM; *
<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)
OXYTROL FOR WOMEN PTTW 3.9mg/24hr	\$0(3)	NM; *
<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 3</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<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; *

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>miconazole 7</i> CREA 2%; SUPP 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>miconazole nitrate vaginal</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>qc 3 day vaginal cream</i> CREA 4%	\$0(3)	NM; *
<i>qc clotrimazole</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>qc miconazole 7</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>sm 3-day vaginal</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>sm clotrimazole vaginal</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm miconazole 3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm miconazole 7</i> CREA 2%; SUPP 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	\$0(1)	
<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

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HEP SOD/NACL 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)
<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>IRON</b>		
ACCRUFER CAPS 30mg	\$0(3)	NM; *
ACTIVE FE TAB 75-1.25	\$0(3)	NM; *
BENTIVITE TAB 35-1MG	\$0(3)	NM; *
<i>bprotected pedia iron</i> SOLN 15mg/ml	\$0(3)	NM; *
CENTRATEX CAP	\$0(3)	NM; *
<i>chromagen</i>	\$0(3)	NM; *
<i>corvita 150</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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CORVITE 150 TAB	\$0(3)	NM; *
CORVITE FE TAB	\$0(3)	NM; *
<i>cvs iron</i> TABS 27mg, 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>cvs slow release iron</i> TBCR 45mg	\$0(3)	NM; *
<i>eq slow-release iron</i> TBCR 45mg	\$0(3)	NM; *
<i>eql carbonyl iron</i> TABS 45mg	\$0(3)	NM; *
<i>eql iron supplement thera</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>eql slow release iron</i> TBCR 160mg	\$0(3)	NM; *
EZFE 200 CAPS 200mg	\$0(3)	NM; *
FE SULFATE POW	\$0(3)	NM; *
<i>fe-vite iron</i> SOLN 15mg/ml	\$0(3)	NM; *
FERAHEME SOLN 510mg/17ml	\$0(3)	NM; *
<i>ferate</i> TABS 27mg	\$0(3)	NM; *
<i>fergon</i> TABS 240mg	\$0(3)	NM; *
FERIVA TAB 21/7	\$0(3)	NM; *
<i>ferosul</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
FERRALET 90 TAB	\$0(3)	NM; *
<i>ferrex 150</i> CAPS 150mg	\$0(3)	NM; *
<i>ferric x-150</i> CAPS 150mg	\$0(3)	NM; *
<i>ferrous gluconate</i> TABS 27mg, 240mg, 324mg	\$0(3)	NM; *
FERROUS GLUCONATE TABS 324mg	\$0(3)	NM; *
<i>ferrous sulfate</i> SOLN 15mg/ml, 220mg/5ml, 300mg/5ml, 300mg/6.8ml; TABS 65mg, 325mg; TBCR 45mg; TBEC 324mg, 325mg	\$0(3)	NM; *
FOLIVANE-F CAP	\$0(3)	NM; *
FUSION PLUS CAP	\$0(3)	NM; *
<i>gnp iron</i> TABS 200mg; TBCR 45mg	\$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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HEMATEX LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
HEMATEX POLYSACCHARIDE IR TABS 150mg	\$0(3)	NM; *
HEMATOGEN FA CAP	\$0(3)	NM; *
HEMOCYTE PLS CAP	\$0(3)	NM; *
<i>iferex 150</i> CAPS 150mg	\$0(3)	NM; *
<i>iferex 150 forte</i>	\$0(3)	NM; *
INFED SOLN 50mg/ml	\$0(3)	NM; *
INJECTAFER SOLN 750mg/15ml	\$0(3)	NM; *
INTEGRA F CAP	\$0(3)	NM; *
INTEGRA PLUS CAP	\$0(3)	NM; *
IRON TABS 90mg	\$0(3)	NM; *
<i>iron 27</i> TABS 240mg	\$0(3)	NM; *
IRON CHEWS PEDIATRIC CHEW 15mg	\$0(3)	NM; *
IRON FOLATE CAP -F	\$0(3)	NM; *
IRON FOLATE CAP PLUS	\$0(3)	NM; *
<i>iron infant &amp; toddler</i> SOLN 15mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>iron infant/toddler</i> SOLN 15mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>iron slow release</i> TBCR 45mg	\$0(3)	NM; *
<i>iron supplement</i> SOLN 15mg/ml, 220mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>iron supplement childrens</i> SOLN 15mg/ml	\$0(3)	NM; *
IRON UP LIQD 15mg/0.5ml	\$0(3)	NM; *
IROSPAN 24/6 MIS	\$0(3)	NM; *
<i>kp ferrous gluconate</i> TABS 324mg	\$0(3)	NM; *
<i>kp ferrous sulfate</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
MONOFERRIC SOLN 1000mg/10ml	\$0(3)	NM; *
NEPHRON FA 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NIFEREX TAB	\$0(3)	NM; *
NOVAFERRUM 50 CAPS 50mg	\$0(3)	NM; *
NOVAFERRUM 125 LIQD 125mg/5ml	\$0(3)	NM; *
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROP LIQD 15mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>nu-iron 150</i> CAPS 150mg	\$0(3)	NM; *
<i>one vite ferrous sulfate</i> SOLN 220mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>pc pediatric iron drops</i> SOLN 15mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>poly-iron 150</i> CAPS 150mg	\$0(3)	NM; *
<i>polysaccharide iron complex</i> CAPS 150mg	\$0(3)	NM; *
PROFE CAPS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc ferrous sulfate</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>ra high potency iron</i> TABS 27mg	\$0(3)	NM; *
<i>ra iron</i> TABS 27mg	\$0(3)	NM; *
<i>ra slow release iron</i> TBCR 45mg	\$0(3)	NM; *
<i>se-tan plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>slow iron</i> TBCR 160mg	\$0(3)	NM; *
<i>slow release iron</i> TBCR 45mg, 50mg, 160mg	\$0(3)	NM; *
SLOW RELEASE IRON TBCR 47.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>slow-release iron</i> TBCR 45mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm iron</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm iron slow release</i> TBCR 45mg, 160mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm slow release iron</i> TBCR 45mg	\$0(3)	NM; *
SM SLOW RELEASE IRON TBCR 143mg	\$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: 00025126 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>sodium ferric gluconate complex in sucrose</i> SOLN 12.5mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>sv iron</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>tandem plus</i>	\$0(3)	NM; *
TARON FORTE CAP	\$0(3)	NM; *
<i>tricon</i>	\$0(3)	NM; *
<i>trigels-f forte</i>	\$0(3)	NM; *
VENOFER SOLN 20mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>wee care</i> SUSP 15mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
<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: 00025126 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: 00025126 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: 00025126 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
TREMIFYA SOPN 100mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
TREMIFYA 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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>DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS) - DRUGS TO TREAT RHEUMATOID ARTHRITIS</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>IMMUNOGLOBULINS</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: 00025126 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: 00025126 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
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: 00025126 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: 00025126 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>MISCELLANEOUS</b>		
<b>MISCELLANEOUS</b>		
ACETAMIN POW	\$0(3)	NM; *
AVICEL PH105 POW MICROCRY	\$0(3)	NM; *
AZ CREAM CRE	\$0(3)	NM; *
1ST BASE CRE	\$0(3)	NM; *
BENZYL ALC LIQ	\$0(3)	NM; *
BENZYL BENZO LIQ	\$0(3)	NM; *
BIOTIN POW	\$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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BIOTIN-D POW	\$0(3)	NM; *
BORIC ACID GRA	\$0(3)	NM; *
BORIC ACID POW	\$0(3)	NM; *
CAFFEINE POW ANHYDROU	\$0(3)	NM; *
CAPSULE SZ 1 CAP LACTOSE	\$0(3)	NM; *
CASTOR OIL	\$0(3)	NM; *
CELLULOSE CRY MICROCRY	\$0(3)	NM; *
CHOLESTEROL POW	\$0(3)	NM; *
CHOLESTEROL POW ACETATE	\$0(3)	NM; *
CITRULLINE POW (L)	\$0(3)	NM; *
CLEODERM CRE	\$0(3)	NM; *
COENZYME Q10 POW	\$0(3)	NM; *
CREAM BASE CRE	\$0(3)	NM; *
CYANOCOBAL POW	\$0(3)	NM; *
CYANOCOBALAM CRY	\$0(3)	NM; *
DISTILLED LIQ WATER	\$0(3)	NM; *
EMOLLIENT CRE BASE	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP #0	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP #00	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 0	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 1	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 2	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 3	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 4	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 5	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 7	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 00	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 10	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 11	\$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: 00025126 v8



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 13	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 000	\$0(3)	NM; *
FLAVOR SWEET SYP S/F	\$0(3)	NM; *
GLYCERIN LIQD 99%, 99.5%	\$0(3)	NM; *
GLYCERIN LIQ	\$0(3)	NM; *
GRAPE SYP	\$0(3)	NM; *
H-COSMETIC CRE ARBEM	\$0(3)	NM; *
HYDROPHILIC OIN PETROLAT	\$0(3)	NM; *
HYDROUS CRE EMULSIFI	\$0(3)	NM; *
HYDROXOCOBAL POW	\$0(3)	NM; *
HYPROMELLOSE POW 4000MPA	\$0(3)	NM; *
L-CARNITINE POW	\$0(3)	NM; *
L-CITRULLINE POW	\$0(3)	NM; *
L-LYSINE HCL POW	\$0(3)	NM; *
L-LYSINE POW	\$0(3)	NM; *
LACTOSE POW	\$0(3)	NM; *
LACTOSE POW ANHYDROU	\$0(3)	NM; *
LACTOSE POW HYDROUS	\$0(3)	NM; *
LACTOSE POW MONOHYDR	\$0(3)	NM; *
LIP BALM OIN BASE	\$0(3)	NM; *
LIOPEN CRE ARBEM	\$0(3)	NM; *
LOLLIBASE POW	\$0(3)	NM; *
METHOCEL E4M POW PREMIUM	\$0(3)	NM; *
METHYLCELLUL POW	\$0(3)	NM; *
METHYLCELLUL POW 400CPS	\$0(3)	NM; *
METHYLCELLUL POW 1500CPS	\$0(3)	NM; *
METHYLCELLUL POW 4000CPS	\$0(3)	NM; *
MICRODERM CRE BASE	\$0(3)	NM; *
MICROSOME CRE BASE	\$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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MX-SOL BLEND SUS	\$0(3)	NM; *
MX-SOL BLEND SUS SF	\$0(3)	NM; *
MX-SOL SF SYP	\$0(3)	NM; *
MX-SOL SUS SUSPEND	\$0(3)	NM; *
MX-SOL SYP	\$0(3)	NM; *
NICE DISTILL LIQ WATER	\$0(3)	NM; *
ORA-BLEND SF SUS	\$0(3)	NM; *
ORA-BLEND SUS	\$0(3)	NM; *
ORA-PLUS LIQ	\$0(3)	NM; *
ORA-SWEET SF SYP	\$0(3)	NM; *
ORA-SWEET SYP	\$0(3)	NM; *
ORAL MIX SF SUS	\$0(3)	NM; *
ORAL MIX SUS SUSPENDI	\$0(3)	NM; *
ORAL SUSPEND LIQ	\$0(3)	NM; *
ORAL SYP FLAVORED	\$0(3)	NM; *
ORAL SYP SF	\$0(3)	NM; *
ORAPENN SD LIQ SWEET	\$0(3)	NM; *
ORAPENN SD LIQ UNSWEET	\$0(3)	NM; *
PCCA BASE CRE 7542	\$0(3)	NM; *
PCCA EMOLLIE CRE BASE	\$0(3)	NM; *
PEG 1000 LIQ	\$0(3)	NM; *
PEG 3350 POW	\$0(3)	NM; *
PEG BLEND OIN	\$0(3)	NM; *
PEG OIN	\$0(3)	NM; *
PFCB CRE	\$0(3)	NM; *
PHARMABASE CRE ANTIOXID	\$0(3)	NM; *
PHARMABASE CRE COSMETIC	\$0(3)	NM; *
PHARMABASE CRE LIGHT	\$0(3)	NM; *
PHARMABASE CRE VAGINAL	\$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: 00025126 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
PHYTOBASE CRE	\$0(3)	NM; *
POLY GLYCOL POW 8000	\$0(3)	NM; *
POTASSIUM CRY BROMIDE	\$0(3)	NM; *
PROPYLENE GL LIQ	\$0(3)	NM; *
QC CASTOR OIL	\$0(3)	NM; *
SALICYLIC POW ACID	\$0(3)	NM; *
SCAR CARE CRE	\$0(3)	NM; *
SESAME OIL	\$0(3)	NM; *
SOD BENZOATE POW	\$0(3)	NM; *
SOD BROMIDE GRA	\$0(3)	NM; *
SOSWEET SYP	\$0(3)	NM; *
SUSPENDIT SUS ANHYDRS	\$0(3)	NM; *
SYRPALTA SYRP 83%	\$0(3)	NM; *
SYRSPEND SF LIQ	\$0(3)	NM; *
SYRSPEND SF SUS	\$0(3)	NM; *
SYRSPEND SF SUS ALKA	\$0(3)	NM; *
THEOPHYLLINE POW ANHYDROU	\$0(3)	NM; *
U-BASE CRE	\$0(3)	NM; *
UNISPEND ANH SUS SWEETENE	\$0(3)	NM; *
VANIBASE CRE	\$0(3)	NM; *
VANISHING CRE BOTANCAL	\$0(3)	NM; *
VERSATILE CRE BASE	\$0(3)	NM; *
VERSIGEL CRE	\$0(3)	NM; *
WOUND CARE CRE	\$0(3)	NM; *
XCEL 100 CRE	\$0(3)	NM; *
<b>NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS - VITAMINS AND SUPPLEMENTS</b>		
<b><i>ELECTROLYTES</i></b>		
<i>advantage care oral elect</i>	\$0(3)	NM; *
BIOLYTE SOL BERRY	\$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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BIOLYTE SOL CITRUS	\$0(3)	NM; *
BIOLYTE SOL MELON	\$0(3)	NM; *
BIOLYTE SOL TROPICAL	\$0(3)	NM; *
<i>ceralyte 70</i>	\$0(3)	NM; *
CERASPORT SOL	\$0(3)	NM; *
CERASPORT SOL EX1	\$0(3)	NM; *
<i>cvs electrolyte solution</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs pediatric electrolyte</i>	\$0(3)	NM; *
ENFAMIL SOL ENFALYTE	\$0(3)	NM; *
<i>gnp electrolyte solution</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pediatric electrolyte</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense electrolyte</i>	\$0(3)	NM; *
<i>h-e-b oral electrolyte so</i>	\$0(3)	NM; *
HYDRALYTE SOL BERRY	\$0(3)	NM; *
HYDRALYTE SOL LEMONADE	\$0(3)	NM; *
HYDRALYTE SOL ORANGE	\$0(3)	NM; *
KINDERLYTE SOL	\$0(3)	NM; *
KINDERLYTE SOL CHERRY	\$0(3)	NM; *
KINDERLYTE SOL FRUIT	\$0(3)	NM; *
KINDERLYTE SOL GRAPE	\$0(3)	NM; *
KINDERLYTE SOL LEM/LIME	\$0(3)	NM; *
KINDERLYTE SOL LEMON	\$0(3)	NM; *
KINDERLYTE SOL LEMONADE	\$0(3)	NM; *
KINDERLYTE SOL ORANGE	\$0(3)	NM; *
KINDERLYTE SOL PREMAX	\$0(3)	NM; *
KINDERLYTE SOL STRWBRY	\$0(3)	NM; *
MEDI-LYTE TAB	\$0(3)	NM; *
<i>*oral electrolyte solution***</i>	\$0(3)	NM; *
<i>oralyte</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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pedia vance</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pediatric electrolyte fre</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra pediatric electrolyte</i>	\$0(3)	NM; *
<i>rehydralyte</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb pediatric electrolyte</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm pediatric electrolyte</i>	\$0(3)	NM; *
THERMOTABS TAB	\$0(3)	NM; *
<b>ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE</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)	
<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)	

**PA** - Autorización previa    **QL** - Límites de 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
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 SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%</i>	\$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)	

**PA** - Autorización previa    **QL** - Límites de 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	
<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>		
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	\$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: 00025126 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
CLINIMIX INJ 4.25/D10	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	\$0(2)	B/D
<i>clinisol sf 15%</i>	\$0(1)	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	\$0(2)	B/D
<i>dextrose SOLN 5%, 10%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose SOLN 50%, 70%</i>	\$0(1)	B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	\$0(2)	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	\$0(2)	B/D
<i>plenamine</i>	\$0(1)	B/D
PREMASOL SOL 10%	\$0(2)	NDS, B/D
PROSOL INJ 20%	\$0(2)	B/D
TRAVASOL INJ 10%	\$0(2)	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	\$0(2)	B/D
<b>MINERALS</b>		
CAL-CITRATE CAPS 150mg	\$0(3)	NM; *
CAL-CITRATE TAB PLUS D	\$0(3)	NM; *
CAL-MINT CHEW 260mg	\$0(3)	NM; *
CAL-QUICK LIQ 500-400	\$0(3)	NM; *
CALC CITRATE LIQ VIT D3	\$0(3)	NM; *
CALC CITRATE TAB +D	\$0(3)	NM; *
<i>calcitrate</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 500 + d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 500 +d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 500 +d3</i>	\$0(3)	NM; *
CALCIUM 500 CHW +D3	\$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: 00025126 v8



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>calcium 500+d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 500+d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 500+d high potenc</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 500/d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 500/vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600 TABS 600mg, 1500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600 + d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600 high potency TABS 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<b>CALCIUM 600 TAB +D</b>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600 with vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600+d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600+d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600+d3 plus miner</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600+d high potenc</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600+d plus minera</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600/vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600/vitamin d3</i>	\$0(3)	NM; *
<b>CALCIUM 1000 TAB + D</b>	\$0(3)	NM; *
<b>CALCIUM 1200 CHW</b>	\$0(3)	NM; *
<b>CALCIUM CARB CAP VIT D3</b>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carb-cholecalciferol tab 250 mg-3.125 mcg (125 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carb-cholecalciferol tab 500 mg-10 mcg (400 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carb-cholecalciferol tab 600 mg-10 mcg (400 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carb-cholecalciferol tab 600 mg-20 mcg (800 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*calcium carb-vit d w/ minerals chew tab 600 mg-400 unit***</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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CALCIUM CARBONATE CHEW 260mg, 500mg; POWD 800mg/2gm	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate</i> TABS 500mg, 600mg, 1250mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate-cholecalciferol</i> <i>tab 500 mg-5 mcg(200 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate-cholecalciferol</i> <i>tab 600 mg-5 mcg(200 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate-vitamin d cap</i> <i>600 mg-5 mcg (200 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate-vitamin d tab 250</i> <i>mg-3.125 mcg (125 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate-vitamin d tab 600</i> <i>mg-5 mcg (200 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
CALCIUM CHW 500-10	\$0(3)	NM; *
CALCIUM CHW 500MG	\$0(3)	NM; *
<i>calcium cit-vit d tab 200 mg-6.25</i> <i>mcg(250 unit) (elem ca)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium cit-vit d tab 315 mg-6.25</i> <i>mcg(250 unit) (elem ca)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium cit-vitamin d tab 315 mg-5</i> <i>mcg(200 unit) (elem ca)</i>	\$0(3)	NM; *
CALCIUM CIT/ TAB VIT D	\$0(3)	NM; *
CALCIUM CITRATE GRAN 760mg/3.5gm; TABS 250mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium citrate</i> TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium citrate + d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium citrate + d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium citrate + d3 max</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium citrate + d3 maxi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium citrate+d3</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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>calcium citrate+d3 petite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium citrate/d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium creamies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium gummies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium high potency TABS 1500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium high potency + vi</i>	\$0(3)	NM; *
CALCIUM LACTATE TABS 100mg, 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium plus vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium plus vitamin d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium+d3</i>	\$0(3)	NM; *
CALCIUM/D3 CAP 600-2500	\$0(3)	NM; *
<i>calcium/vitamin d3</i>	\$0(3)	NM; *
CALCIUM/VITD CAP 600-400	\$0(3)	NM; *
CALTRATE 600 CHW 600-800	\$0(3)	NM; *
CALTRATE + D TAB 300-800	\$0(3)	NM; *
CHEWABLE CALCIUM CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
CITRACAL CAL CHW GUMMIES	\$0(3)	NM; *
CITRACAL TAB MAX PLUS	\$0(3)	NM; *
CITRACAL+D3 CHW 250-500	\$0(3)	NM; *
<i>cvs calcium 600 &amp; vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs calcium 600 + d plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs calcium 600+d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs calcium &amp; vitamin d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs calcium carbonate TABS 1250mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs calcium citrate+d3 pe</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs magnesium TABS 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs magnesium oxide TABS 250mg</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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cvs oyster shell calcium/</i>	\$0(3)	NM; *
<i>600+d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eq calcium 500+d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eq calcium 600+d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eq calcium 600+d+minerals</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eq calcium citrate+d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql calcium 600mg/vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
EQL CALCIUM CAP VIT D	\$0(3)	NM; *
<i>eql calcium citrate w/vit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql calcium citrate/ vita</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql calcium/vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
GALZIN CAPS 25mg, 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp calcium TABS 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp calcium 500 +d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp calcium 600 +d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp calcium 600 +d3/miner</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp calcium 600 +d/minera</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp calcium citrate +d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp calcium citrate+d3 ma</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm calcium citrate+d3 pet</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm calcium/vitamin d/mine</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp calcium 600+d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp calcium 600+d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp calcium citrate+d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp mag-oxide magnesium TABS 200mg</i>	\$0(3)	NM; *
LIQUID CALCI CAP WITH D3	\$0(3)	NM; *
<i>liquid calcium/d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>liquid calcium/vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
MAG-G TABS 500mg	\$0(3)	NM; *

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mag-oxide</i> TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>magdelay</i> TBEC 64mg	\$0(3)	NM; *
MAGN CHLORID POW	\$0(3)	NM; *
MAGNESIUM CAPS 400mg; CHEW 200mg; TABS 64mg	\$0(3)	NM; *
MAGNESIUM CITRATE TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
MAGNESIUM EXTRA STRENGTH CAPS 400mg	\$0(3)	NM; *
<i>magnesium gluconate</i> TABS 27.5mg	\$0(3)	NM; *
MAGNESIUM GLUCONATE TABS 250mg	\$0(3)	NM; *
<i>magnesium lactate</i> TBCR 7meq	\$0(3)	NM; *
MAGNESIUM OXIDE CAPS 400mg; TABS 420mg	\$0(3)	NM; *
<i>magnesium oxide (mg supplement)</i> CAPS 500mg; TABS 250mg, 400mg, 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>magnesium-oxide</i> TABS 400mg	\$0(3)	NM; *
MAGONATE LIQ 1000/5ML	\$0(3)	NM; *
<i>mgo</i> TABS 400mg	\$0(3)	NM; *
<i>orazinc</i> CAPS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>os-cal</i>	\$0(3)	NM; *
<i>os-cal calcium + d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>os-cal extra d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>oysco 500+d</i>	\$0(3)	NM; *
OYST SHELL/D TAB 500MG	\$0(3)	NM; *
<i>oyster shell</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>oyster shell calcium + d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>oyster shell calcium + d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>oyster shell calcium plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>oyster shell calcium+d</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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>oyster shell calcium/d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>oyster shell calcium/vita</i>	\$0(3)	NM; *
<i>potassium &amp; sodium phosphates powder pack 280-160-250 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pronutrients calcium+d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pure calcium carbonate TABS 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc calcium fast dissoluti TABS 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc calcium/minerals/vitam</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra calcium 600 TABS 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra calcium 600 plus vitam</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra calcium 600/vit d/mine</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra calcium citrate plus v</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra calcium citrate/vitami</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra calcium plus vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra calcium/minerals/vitam</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra hi cal</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra magnesium CAPS 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
RISACAL-D TAB	\$0(3)	NM; *
<i>sb calcium + d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb oyster shell calcium TABS 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
SLOW MAG/CA TAB 64-106MG	\$0(3)	NM; *
SLOW-MAG TAB	\$0(3)	NM; *
SLOW-MAG TAB 71.5-119	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium 500/vitamin d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium 600+d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium 600/vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium /vitamin d</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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sm calcium citrate+ w/vit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium citrate+vitami</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium citrate/vitami</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium/vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium/vitamin d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm magnesium TABS 250mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm oyster shell calcium/v</i>	\$0(3)	NM; *
SOD CHLORIDE GRA	\$0(3)	NM; *
<i>sodium chloride SOLN 4meq/ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super calcium TABS 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super calcium 600 + d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super calcium 600+d3 400</i>	\$0(3)	NM; *
TR MAG COMPL CAP 400MG	\$0(3)	NM; *
UPCAL D POW	\$0(3)	NM; *
<i>zinc sulfate CAPS 220mg</i>	\$0(3)	NM; *
ZINC SULFATE POW GRANULAR	\$0(3)	NM; *
ZINC SULFATE POW HEPTAHYD	\$0(3)	NM; *
ZINC SULFATE POW MONOHYD	\$0(3)	NM; *
<b>MISCELLANEOUS</b>		
ALPHA LIPOIC ACID CAPS 300mg	\$0(3)	NM; *
<i>alpha-lipoic acid (thioctic acid)</i> CAPS 100mg, 200mg, 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>arginine</i> CAPS 500mg; TABS 1000mg	\$0(3)	NM; *
ARGININE PACK 500mg; TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
ARGININE2000 PACK 2000mg	\$0(3)	NM; *
BOOST LIQ BREEZE	\$0(3)	NM; *
CO Q-10 CAPS 75mg	\$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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>coenzyme q10 (ubidecarenone)</i> CAPS 10mg, 30mg, 50mg, 60mg, 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	\$0(3)	NM; *
<i>coq10 maximum strength</i> CAPS 400mg	\$0(3)	NM; *
COROMEGA EMU OMEGA 3	\$0(3)	NM; *
<i>cvs coenzyme q-10</i> CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>cvs coq-10</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg, 400mg	\$0(3)	NM; *
<i>cvs fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs fish oil half-the-siz</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs gummy fish childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs natural fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cyto arg</i>	\$0(3)	NM; *
CYTO-Q LIQD 80mg/10ml	\$0(3)	NM; *
CYTO-Q MAX LIQD 100mg/ml	\$0(3)	NM; *
CYTO-Q T/F LIQD 80mg/10ml	\$0(3)	NM; *
ENSURE CLEAR LIQ APPLE	\$0(3)	NM; *
ENSURE CLEAR LIQ BBRY/POM	\$0(3)	NM; *
ENSURE CLEAR LIQ MIX BERY	\$0(3)	NM; *
ENSURE CLEAR LIQ MIX FRUT	\$0(3)	NM; *
ENSURE CLEAR LIQ PEACH	\$0(3)	NM; *
<i>eql coq10</i> CAPS 100mg, 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>eql fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql omega 3 fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql omega-3 fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fish oil adult gummies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fish oil burp-less</i>	\$0(3)	NM; *
FISH OIL CAP 150MG	\$0(3)	NM; *
FISH OIL CAP 180MG	\$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: 00025126 v8



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FISH OIL CAP 183.33MG	\$0(3)	NM; *
FISH OIL CAP 360MG	\$0(3)	NM; *
FISH OIL CAP 1000MG	\$0(3)	NM; *
FISH OIL CAP 1360MG	\$0(3)	NM; *
FISH OIL CAP 1400MG	\$0(3)	NM; *
<i>fish oil concentrate</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fish oil double strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fish oil extra strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fish oil high potency</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fish oil maximum strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fish oil omega-3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fish oil pearls</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fish oil/super potent/no</i>	\$0(3)	NM; *
FRUCTOSE GRA	\$0(3)	NM; *
<i>glutamine powder</i>	\$0(3)	NM; *
GLUTATHIONE POW	\$0(3)	NM; *
<i>gnp co q10 CAPS 60mg, 100mg, 200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp co q-10 CAPS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
GNP FISH OIL CAP 840MG	\$0(3)	NM; *
<i>gnp fish oil maximum stre</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp omega-3 fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>l-arginine maximum streng TABS 1000mg</i>	\$0(3)	NM; *
L-ARGININE POW	\$0(3)	NM; *
L-GLUTAMINE POW	\$0(3)	NM; *
L-GLUTATHION CRY	\$0(3)	NM; *
L-ISOLEUCINE POW	\$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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
L-VALINE POW	\$0(3)	NM; *
LIPOIC ACID CAPS 150mg	\$0(3)	NM; *
LIQ-10 SYP 50-15/5	\$0(3)	NM; *
<i>maximum epa</i>	\$0(3)	NM; *
NEOQ10 CAPS 125mg	\$0(3)	NM; *
<i>norwegian salmon oil</i>	\$0(3)	NM; *
OMEGA BABY EMU PRENATAL	\$0(3)	NM; *
OMEGA MONOPU CAP 650 EC	\$0(3)	NM; *
OMEGA MONOPU CAP 1300MG	\$0(3)	NM; *
OMEGA-3 CAP 350MG	\$0(3)	NM; *
OMEGA-3 CAP 1400MG	\$0(3)	NM; *
OMEGA-3 CAP FISH OIL	\$0(3)	NM; *
<i>omega-3 fatty acids</i> CAPS 1000mg, 1200mg	\$0(3)	NM; *
<i>*omega-3 fatty acids cap 300 mg**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*omega-3 fatty acids cap 435 mg**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*omega-3 fatty acids cap 500 mg**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*omega-3 fatty acids cap 1000 mg**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*omega-3 fatty acids cap 1200 mg**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*omega-3 fatty acids cap delayed release 1000 mg**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>omega-3 microgel improved</i>	\$0(3)	NM; *
<i>omegapure 600 ec</i>	\$0(3)	NM; *
OMEGAPURE CAP 780 EC	\$0(3)	NM; *
OMEGAPURE CAP 820	\$0(3)	NM; *
OMEGAPURE CAP 900 EC	\$0(3)	NM; *
OMEGAPURE CAP 900-TG	\$0(3)	NM; *
OMERA CAP 750MG	\$0(3)	NM; *
<i>ovega-3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pure l-arginine hcl</i> CAPS 500mg	\$0(3)	NM; *

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PURE L-CITRULLINE CAPS 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>q-sorb co q-10</i> CAPS 100mg, 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>ra coenzyme q-10</i> CAPS 100mg, 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>ra fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra l-arginine</i> TABS 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>sam-e.p.a.</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb omega-3 fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sea-omega</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm co q-10</i> CAPS 100mg, 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm coenzyme q-10</i> CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm coq-10</i> CAPS 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
SM FISH OIL CAP 554MG	\$0(3)	NM; *
<i>sm omega-3 fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super dha gems</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super omega-3</i>	\$0(3)	NM; *
SUSTAINABLE CAP VEGAN O3	\$0(3)	NM; *
<i>the very finest fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>theragran-m fish oil conc</i>	\$0(3)	NM; *
<i>theromega</i>	\$0(3)	NM; *
ULTRA OMEGA3 CAP 1400MG	\$0(3)	NM; *
<i>ultra omega-3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>yl coenzyme q10</i> CAPS 30mg	\$0(3)	NM; *
<b>VITAMINS</b>		
<i>a thru z advanced</i>	\$0(3)	NM; *
<i>a thru z high potency</i>	\$0(3)	NM; *
<i>a thru z select</i>	\$0(3)	NM; *
<i>a thru z select 50+ advan</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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>a thru z select 50+ mens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>a thru z select advanced</i>	\$0(3)	NM; *
<i>a thru z select ultimate</i>	\$0(3)	NM; *
<i>a thru z ultimate mens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>a-25 CAPS 25000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>a-10000 CAPS 10000unit</i>	\$0(3)	NM; *
ABC COMPLETE TAB MENS 50+	\$0(3)	NM; *
ABC COMPLETE TAB SENIOR	\$0(3)	NM; *
ABC COMPLETE TAB WOMEN	\$0(3)	NM; *
<i>actical</i>	\$0(3)	NM; *
ACTIVESSENT PAK	\$0(3)	NM; *
ACTIVESSENTI PAK ONCOPLEX	\$0(3)	NM; *
ACTIVESSENTI PAK WOMEN	\$0(3)	NM; *
<i>activite</i>	\$0(3)	NM; *
ACTIVNUT W/O POW COP/IRON	\$0(3)	NM; *
ACTIVNUTRIEN CAP	\$0(3)	NM; *
ACTIVNUTRIEN CAP W/O IRON	\$0(3)	NM; *
ACTIVNUTRIEN CHW	\$0(3)	NM; *
ADEK CHW PLUS ZN	\$0(3)	NM; *
ADLT ONE DLY CHW GUMMIES	\$0(3)	NM; *
ADULT 50+ CAP EYE HLTH	\$0(3)	NM; *
ADULT 50+ CAP OCUVITE	\$0(3)	NM; *
<i>50+ adult eye health</i>	\$0(3)	NM; *
<i>advanced multi ea</i>	\$0(3)	NM; *
<i>airborne</i>	\$0(3)	NM; *
AIRBORNE CHW	\$0(3)	NM; *
AIRBORNE CHW KIDS	\$0(3)	NM; *
<i>airborne gummies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>airborne immune system</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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>airborne kids</i>	\$0(3)	NM; *
AIRSHIELD CHW IMMUNITY	\$0(3)	NM; *
ALIVE 50+ TAB ENERGY	\$0(3)	NM; *
ALIVE DAILY TAB WOMENS	\$0(3)	NM; *
ALIVE DIABET TAB MULTIVIT	\$0(3)	NM; *
ALIVE ENERGY TAB WOMENS	\$0(3)	NM; *
ALIVE HAIR CHW SKN/NAIL	\$0(3)	NM; *
ALIVE IMMUNE CAP HEALTH	\$0(3)	NM; *
ALIVE LIQ MULT-VIT	\$0(3)	NM; *
ALIVE MENS TAB	\$0(3)	NM; *
ALIVE MULTI CHW CHILDRNS	\$0(3)	NM; *
ALIVE WOMENS CHW 50+	\$0(3)	NM; *
ALIVE WOMENS CHW GUMMY	\$0(3)	NM; *
<i>allbee plus vitamin c</i>	\$0(3)	NM; *
AMLADEX TAB	\$0(3)	NM; *
<i>anti-oxidant</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antioxidant</i>	\$0(3)	NM; *
ANTIOXIDANT TAB FORMULA	\$0(3)	NM; *
<i>antioxidant vitamins</i>	\$0(3)	NM; *
APETIBEX CAP	\$0(3)	NM; *
APETIGEN TAB PLUS	\$0(3)	NM; *
APPE-CURB CAP	\$0(3)	NM; *
AQUA-E LIQD 75unit/ml	\$0(3)	NM; *
<i>aqueous vitamin d infants</i> LIQD 10mcg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>aqueous vitamin e</i> SOLN 15mg/0.67ml	\$0(3)	NM; *
ASCOR SOLN 25000mg/50ml	\$0(3)	NM; *
<i>ascorbic acid</i> TABS 250mg, 500mg, 1000mg	\$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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ascorbic acid tab 500 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ascorbic acid tab 1000 mg</i>	\$0(3)	NM; *
ATP IGNITE PAK	\$0(3)	NM; *
AZO HORMONAL TAB HEALTH	\$0(3)	NM; *
<i>b6 natural TABS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>b-complex balanced</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*b-complex w/ c &amp; folic acid tab***</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*b-complex w/ c cap**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*b-complex w/ c tab**</i>	\$0(3)	NM; *
B-COMPLEX/FA TAB /VIT C	\$0(3)	NM; *
<i>baby super daily d3 LIQD</i> 400out/0.028ml	\$0(3)	NM; *
<i>baby vitamin d3 drops LIQD</i> 400out/0.028ml	\$0(3)	NM; *
BACMIN TAB	\$0(3)	NM; *
BARIATRIC CAP MULTIVIT	\$0(3)	NM; *
<i>bec/zinc</i>	\$0(3)	NM; *
<i>berocca</i>	\$0(3)	NM; *
<i>beta carotene CAPS 25000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>beta carotene provitamin CAPS</i> 25000unit	\$0(3)	NM; *
<i>better b complex</i>	\$0(3)	NM; *
BIO-35 GLUTE CAP FREE	\$0(3)	NM; *
BIO-D-MULSION LIQD 400unt/0.04ml	\$0(3)	NM; *
BIO-D-MULSION FORTE LIQD 2000unt/0.04ml	\$0(3)	NM; *
BIOCAL CAP	\$0(3)	NM; *
BIOTIN CAPS 1mg	\$0(3)	NM; *
<i>biotin CAPS 5mg, 10mg, 5000mcg</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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>biotin/maximum strength</i> CAPS 5000mcg	\$0(3)	NM; *
<i>body/hair/skin/nails</i>	\$0(3)	NM; *
BONEUP 3 PER CAP DAY	\$0(3)	NM; *
BONEUP CAP	\$0(3)	NM; *
BONEUP VEG TAB	\$0(3)	NM; *
BP VIT 3 CAP	\$0(3)	NM; *
BPROTECT PED DRO TRI-VITE	\$0(3)	NM; *
<i>bprotected multi-vite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>bprotected pedia d-vite</i> LIQD 400unit/ml	\$0(3)	NM; *
<i>c 500</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>c 1000</i> TABS 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>c-250</i> TABS 250mg	\$0(3)	NM; *
<i>c-500</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>c-500/rose hips</i>	\$0(3)	NM; *
<i>c-1000</i> TABS 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>c-1000/rose hips</i>	\$0(3)	NM; *
C-BUFF POW	\$0(3)	NM; *
<i>calcidol</i> SOLN 200mcg/ml	\$0(3)	NM; *
CENT MATURE TAB ADLT 50+	\$0(3)	NM; *
<i>centavite a-z complete mu</i>	\$0(3)	NM; *
CENTRAL-VITE TAB	\$0(3)	NM; *
<i>centravites</i>	\$0(3)	NM; *
<i>centravites 50 plus</i>	\$0(3)	NM; *
CENTRAVITES TAB 50 PLUS	\$0(3)	NM; *
CENTRAVITES TAB ADULTS	\$0(3)	NM; *
CENTRUM 50+ CHW FRSH/FRU	\$0(3)	NM; *
CENTRUM CHW ADULTS	\$0(3)	NM; *
CENTRUM CHW FLAV BST	\$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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CENTRUM CHW SILVER	\$0(3)	NM; *
CENTRUM KIDS CHW	\$0(3)	NM; *
CENTRUM KIDS CHW FLAV BST	\$0(3)	NM; *
CENTRUM MINI TAB ADULT 50	\$0(3)	NM; *
CENTRUM MINI TAB WOMEN 50	\$0(3)	NM; *
CENTRUM SPEC TAB HEART	\$0(3)	NM; *
CENTRUM SPEC TAB VISION	\$0(3)	NM; *
CENTRUM TAB CARDIO	\$0(3)	NM; *
CENTRUM TAB MEN	\$0(3)	NM; *
CENTRUM TAB SILVER	\$0(3)	NM; *
CENTRUM TAB ULTRA	\$0(3)	NM; *
<i>century</i>	\$0(3)	NM; *
<i>century mature</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cerovite jr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cerovite senior</i>	\$0(3)	NM; *
<i>certa-vite</i>	\$0(3)	NM; *
CERTAVITE TAB SENIOR	\$0(3)	NM; *
CERTAVITE/ TAB ANTIOXID	\$0(3)	NM; *
<i>certavite/antioxidants</i>	\$0(3)	NM; *
<i>childrens animal shapes c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>childrens chewable multiv</i>	\$0(3)	NM; *
<i>childrens chewable vitami</i>	\$0(3)	NM; *
CHILDRENS CHW GUMMIES	\$0(3)	NM; *
CHLORELLA CAP	\$0(3)	NM; *
<i>chlorocaps</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: 00025126 v8



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cholecalciferol</i> CAPS 1.25mg, 25mcg, 50mcg, 250mcg, 400unit, 1000unit, 2000unit, 5000unit, 10000unit, 50000unit; CHEW 25mcg, 400unit, 1000unit, 2000unit; LIQD 400unit/ml; TABS 25mcg, 50mcg, 125mcg, 400unit, 1000unit, 2000unit, 5000unit, 10000unit	\$0(3)	NM; *
<i>cholecalciferol cap 1.25 mg (50000 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cholecalciferol cap 250 mcg (10000 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>companion</i>	\$0(3)	NM; *
<i>compete</i>	\$0(3)	NM; *
<i>complete multivitamin/mul</i>	\$0(3)	NM; *
CONCEPTIONXR MIS MOTILITY	\$0(3)	NM; *
<i>corvita</i>	\$0(3)	NM; *
CULTURELLE CHW MULTIVIT	\$0(3)	NM; *
<i>culturelle kids complete</i>	\$0(3)	NM; *
<i>culturelle kids multivita</i>	\$0(3)	NM; *
<i>culturelle kids probiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs airshield</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs airshield effervescent</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs b6</i> TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>cvs b complex plus c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs biotin</i> CAPS 10mg, 5000mcg	\$0(3)	NM; *
<i>cvs chewable childrens vi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs childrens chewable co</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs d3</i> CAPS 400unit, 1000unit, 2000unit, 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>cvs daily gummies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs daily gummies adult</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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cv</i> s daily multiple for me	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s daily multiple for wo	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s e CAPS 200unit	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s e oil OIL 45mg/0.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s eye health & lutein	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s folic acid TABS 800mcg	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s mens daily gummies	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s one daily essential	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s one daily mens health	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s one daily womens form	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s spectravite advanced	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s spectravite men	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s spectravite men 50+	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s spectravite senior	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s spectravite ultra hea	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s spectravite ultra wom	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s spectravite women	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s spectravite women 50+	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s stress formula/zinc	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s super b complex/c	\$0(3)	NM; *
CVS VISION CAP HEALTH	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s vitamin a CAPS 8000unit	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s vitamin c TABS 250mg, 500mg, 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s vitamin c/rose hips TABS 500mg, 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s vitamin d3 CAPS 10000unit; CHEW 25mcg, 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s vitamin e CAPS 180mg, 400unit, 1000unit	\$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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cvs womens active daily</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs womens daily gummies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cyanocobalamin SOLN</i> 500mcg/0.1ml, 1000mcg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>d3 CHEW 50mcg, 400unit; TABS 50mcg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>D3 CHEW 62.5mcg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d3 2000 CAPS 50mcg, 2000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d3 5000 CAPS 5000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d3 adult CHEW 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d3 adult gummy CHEW 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>D3 BABY DROPS LIQD</i> 400ut/0.025ml	\$0(3)	NM; *
<i>d3 high potency CAPS 25mcg, 50mcg, 125mcg, 1000unit, 2000unit, 5000unit; TABS 400unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d3 kids CHEW 400unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>D3 LIQUID LIQD 25mcg/0.04ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d3 maximum strength CAPS 5000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d3 super strength CAPS 2000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d3-50 CAPS 50000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d3-1000 CAPS 1000unit; TABS 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d2000 ultra strength CAPS 2000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d 400 TABS 400unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d 1000 CAPS 1000unit; CHEW 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d 5000 CAPS 5000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d 10000 CAPS 10000unit</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: 00025126 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>d-3-5 CAPS 5000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d-400 TABS 400unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d-1000 extra strength TABS 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d-5000 TABS 5000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d-vite pediatric LIQD 400unit/ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily combo multi vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily multiple vitamins</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily multivitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily value multivitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily vitamins</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily vite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily vite multivitamin/i</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily-vite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily-vite multivitamin</i>	\$0(3)	NM; *
DDROPS LIQD 1000ut/0.028ml, 2000ut/0.028ml	\$0(3)	NM; *
DECARA CAPS 25000unit	\$0(3)	NM; *
<i>decara CAPS 50000unit</i>	\$0(3)	NM; *
DECARA K CAP	\$0(3)	NM; *
DECUBI-VITE CAP	\$0(3)	NM; *
DEKAS CAP ESSENTIA	\$0(3)	NM; *
DEKAS CHW BARIATRI	\$0(3)	NM; *
DEKAS LIQ ESSENTIA	\$0(3)	NM; *
DEKAS PLUS CAP	\$0(3)	NM; *
DEKAS PLUS CAP OCEAN	\$0(3)	NM; *
DEKAS PLUS CHW	\$0(3)	NM; *
DEKAS PLUS LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>delta d3 TABS 400unit</i>	\$0(3)	NM; *
DIABET HLTH PAK SUPPORT	\$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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diabetes health formula</i>	\$0(3)	NM; *
DIABETES PAK HEALTH	\$0(3)	NM; *
<i>dialyvite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dialyvite 800</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dialyvite 800/ultra d</i>	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE TAB 3000	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE TAB 5000	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE TAB SUPREM D	\$0(3)	NM; *
<i>dialyvite vitamin d3 max TABS</i> 50000unit	\$0(3)	NM; *
<i>dialyvite vitamin d 5000 CAPS</i> 5000unit	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE WAF 800	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE/ TAB ZINC	\$0(3)	NM; *
<i>dodex SOLN 1000mcg/ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dry eye formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>e200 CAPS 200unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>e400 CAPS 400unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>e1000 CAPS 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>e 1000 CAPS 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>e-200 CAPS 200unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>e-400 CAPS 400unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>e-400-clear CAPS 400unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>e-oil OIL 45mg/0.25ml,</i> 100unt/0.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>eldertonic</i>	\$0(3)	NM; *
EMERGEN-C CHW VITA C	\$0(3)	NM; *
EMERGEN-C PAK BLUE	\$0(3)	NM; *
EMERGEN-C PAK HEART	\$0(3)	NM; *
EMERGEN-C PAK IMMUNE	\$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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EMERGEN-C PAK KIDZ	\$0(3)	NM; *
EMERGEN-C PAK MSM LITE	\$0(3)	NM; *
EMERGEN-C PAK PINK	\$0(3)	NM; *
EMERGEN-C PAK VIT D/CA	\$0(3)	NM; *
EMERGEN-C PAK VITA C	\$0(3)	NM; *
<i>endur-acin</i> TBCR 250mg, 500mg, 750mg	\$0(3)	NM; *
ENDUR-VM TAB	\$0(3)	NM; *
ENDUR-VM TAB IRON	\$0(3)	NM; *
<i>eq complete chewable mult</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eq complete multivitamin</i>	\$0(3)	NM; *
EQ COMPLETE TAB ADULT	\$0(3)	NM; *
EQ MULTIVITA CHW GUMMIES	\$0(3)	NM; *
EQ ONE DAILY TAB MENS	\$0(3)	NM; *
EQ ONE DAILY TAB WOMENS	\$0(3)	NM; *
<i>eq one daily womens healt</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eq l b-6</i> TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>eq l biotin</i> CAPS 5000mcg	\$0(3)	NM; *
<i>eq l century</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eq l century mature</i>	\$0(3)	NM; *
EQL CENTURY TAB MENS	\$0(3)	NM; *
<i>eq l childrens multivitami</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eq l one daily mens 50+ ad</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eq l one daily mens health</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eq l one daily womens 50+</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eq l stress b-complex/vita</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eq l super b complex/vitam</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eq l vision formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eq l vitamin c</i> TABS 500mg, 1000mg	\$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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>eql vitamin c/rose hips</i> TABS 500mg, 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>eql vitamin d3</i> CAPS 400unit, 1000unit, 2000unit, 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>eql vitamin e</i> CAPS 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>ergocalciferol</i> CAPS 1.25mg, 50000unit; SOLN 8000unit/ml	\$0(3)	NM; *
<i>essentia</i>	\$0(3)	NM; *
<i>essential balance</i>	\$0(3)	NM; *
ESTROVEN MEN TAB SUPPLEM	\$0(3)	NM; *
EYE HEALTH CAP ADLT 50+	\$0(3)	NM; *
EYE HEALTH TAB LUTEIN	\$0(3)	NM; *
EYE MULTIVIT TAB SODIUM	\$0(3)	NM; *
<i>fa-8</i> CAPS .8mg	\$0(3)	NM; *
FLINTSTONES CHW BONE BLD	\$0(3)	NM; *
FLINTSTONES CHW COMPLETE	\$0(3)	NM; *
FLINTSTONES CHW GUMMIES	\$0(3)	NM; *
FLINTSTONES CHW IMMUNITY	\$0(3)	NM; *
FLINTSTONES CHW SOUR GUM	\$0(3)	NM; *
<i>flintstones complete</i>	\$0(3)	NM; *
<i>flintstones gummies plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>flintstones multivitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>flintstones plus calcium</i>	\$0(3)	NM; *
<i>flintstones w/iron</i>	\$0(3)	NM; *
<i>flintstones/my first</i>	\$0(3)	NM; *
FLORIVA DRO PLUS	\$0(3)	NM; *
<i>folate</i> TABS 400mcg	\$0(3)	NM; *
<i>folic acid</i> CAPS 5mg, 800mcg; SOLN 5mg/ml; TABS 1mg, 400mcg, 800mcg	\$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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FOLIC ACID CAPS 20mg	\$0(3)	NM; *
FOLIC ACID POW	\$0(3)	NM; *
FREEDAVITE TAB	\$0(3)	NM; *
<i>fruity chews</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fruity chews/iron</i>	\$0(3)	NM; *
<i>full spectrum b/vitamin c</i>	\$0(3)	NM; *
GENADEK CAP STEP 1	\$0(3)	NM; *
GENADEK CAP STEP 2	\$0(3)	NM; *
<i>gerber grow mighty</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gerber lil' brainies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gerivite complete</i>	\$0(3)	NM; *
<i>glucoten</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp b-complex plus vitami</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp biotin CAPS 5000mcg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp childrens chewables/e</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp childrens chewables/i</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp d 1000 CAPS 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp d 2000 CHEW 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp essential one daily</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp folic acid TABS 400mcg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp hair/skin/nails</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp healthy eyes</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp little ones childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mega multi for men</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mega multi for women</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp one daily mens health</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp one daily womens heal</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp one daily womens meta</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp therapeutic-m</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: 00025126 v8



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp vitamin a</i> CAPS 10000unit	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin b-6</i> TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin c</i> TABS 250mg, 500mg, 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin c w/rose hips</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin c/rose hips</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin d</i> CHEW 400unit; TABS 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin d3</i> TABS 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin d3 extra stre</i> TABS 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin d maximum str</i> TABS 2000unit	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin d super stren</i> TABS 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin e</i> CAPS 200unit, 400unit, 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin e water dispe</i> CAPS 400unit	\$0(3)	NM; *
GUMMI BEAR CHW MULTIVIT	\$0(3)	NM; *
GUMMY DINOS CHW	\$0(3)	NM; *
GUMMY DINOS CHW CHLDRN	\$0(3)	NM; *
GUMMY MULTIV CHW KIDS	\$0(3)	NM; *
HAIR SKIN & TAB NAILS AD	\$0(3)	NM; *
HAIR SKIN TAB NAILS	\$0(3)	NM; *
HAIR/SKIN/ CAP NAILS	\$0(3)	NM; *
<i>hair/skin/nails</i>	\$0(3)	NM; *
<i>healthy eyes</i>	\$0(3)	NM; *
HEALTHY EYES CAP SUPERVIS	\$0(3)	NM; *
<i>healthy eyes/lutein/zeaxa</i>	\$0(3)	NM; *
<i>healthy hair skin &amp; nails</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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HEALTHY KIDS CHW GUMMIES	\$0(3)	NM; *
<i>healthy kids vitamin d3 CHEW 400unit</i>	\$0(3)	NM; *
HIGH POTENCY TAB MULTIVIT	\$0(3)	NM; *
HIGH POTENCY TAB MV/FA	\$0(3)	NM; *
HM COMPLETE TAB MEN	\$0(3)	NM; *
<i>hm complete women</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm womens 50+ advanced on</i>	\$0(3)	NM; *
HONEY BEARS CHW	\$0(3)	NM; *
HONEY BEARS CHW IRON-ZIN	\$0(3)	NM; *
<i>hydroxocobalamin acetate SOLN 1000mcg/ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>i-vite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>icaps</i>	\$0(3)	NM; *
ICAPS AREDS TAB FORMULA	\$0(3)	NM; *
<i>icaps lutein &amp; omega-3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>icaps mv</i>	\$0(3)	NM; *
IMMUNE CHW SUPPORT	\$0(3)	NM; *
IMMUNE SUPP POW VIT C	\$0(3)	NM; *
INFUVITE INJ PEDIATRI	\$0(3)	NM; *
<i>is-d 10,000 CAPS 10000unit</i>	\$0(3)	NM; *
K-PAX TAB PROF ST	\$0(3)	NM; *
<i>kids first vitamin d3 gum CHEW 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
KIDZ MULTVIT CHW PROBIOTI	\$0(3)	NM; *
<i>kp adults 50+ daily formu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp adults daily formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp b complex/c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp folic acid TABS 1mg, 800mcg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp mens 50+ daily formula</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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>kp mens daily formula</i>	\$0(3)	NM; *
KP MENS MIS DAILY PK	\$0(3)	NM; *
<i>kp niacin TABS 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp vision formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp vision formula w/lutei</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp vitamin b-6 TABS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp vitamin d CAPS 1000unit; CHEW 400unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp vitamin d3 CAPS 1000unit, 2000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp vitamin e CAPS 100unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp womens 50+ daily formu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp womens daily formula</i>	\$0(3)	NM; *
KP WOMENS PAK DAILY	\$0(3)	NM; *
<i>land before time multivit</i>	\$0(3)	NM; *
LIFE PACK MIS MENS	\$0(3)	NM; *
LIFE PACK MIS WOMENS	\$0(3)	NM; *
LYSIPLEX LIQ PLUS	\$0(3)	NM; *
<i>macular health formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>macuvite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>macuvite eye care</i>	\$0(3)	NM; *
<i>macuvite/lutein</i>	\$0(3)	NM; *
MAXIMIN PAK	\$0(3)	NM; *
MAXIMUM D3 CAPS 325mcg	\$0(3)	NM; *
<i>maximum daily green</i>	\$0(3)	NM; *
MEGA MULTI TAB MEN	\$0(3)	NM; *
<i>mega-marathon 100 tr</i>	\$0(3)	NM; *
MEGAVITE TAB FRT/VEG	\$0(3)	NM; *
MEGAVITE TAB GOLD 55+	\$0(3)	NM; *
<i>meijer advanced formula</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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>meijer advanced formula f</i>	\$0(3)	NM; *
<i>meijer c</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
MENS 50+ CAP ADVANCED	\$0(3)	NM; *
MENS 50+ TAB MULTIVIT	\$0(3)	NM; *
<i>mens daily formula/lycope</i>	\$0(3)	NM; *
MENS DAILY PAK PACK	\$0(3)	NM; *
MENS MULTI CHW	\$0(3)	NM; *
MENS PAK	\$0(3)	NM; *
<i>meribin</i> CAPS 5mg	\$0(3)	NM; *
MOOD FOOD CAP	\$0(3)	NM; *
MOOD FOOD ES CAP	\$0(3)	NM; *
<i>multi + omega-3 adult gum</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi adult gummies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi complete/iron</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi for her</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi for her 50+</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi for him</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi for him 50+</i>	\$0(3)	NM; *
MULTI FOR POW HIM	\$0(3)	NM; *
MULTI VITAMI TAB	\$0(3)	NM; *
MULTI VITAMI TAB D-3	\$0(3)	NM; *
MULTI VITAMN TAB MINERALS	\$0(3)	NM; *
MULTI ZERO CHW YUMVSKID	\$0(3)	NM; *
MULTI-VITAMI TAB MONOCAPS	\$0(3)	NM; *
<i>multi-vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi-vitamin gummies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi-vitamin/minerals</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi-vitamins/iron</i>	\$0(3)	NM; *
MULTI-VITE 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MULTI/IRON/ DRO 11MG/ML	\$0(3)	NM; *
MULTI/IRON/ DRO INF/TODD	\$0(3)	NM; *
<i>*multiple vitamin tab**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multiple vitamin/minerals</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multiple vitamins essenti</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*multiple vitamins w/ iron tab**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*multiple vitamins w/ minerals liquid**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*multiple vitamins w/ minerals tab**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multiple vitamins/womens</i>	\$0(3)	NM; *
MULTIV INFAN DRO /TODDLER	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin &amp; mineral</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin adult one da</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin adults</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin adults 50+</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin childrens</i>	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN CHW CHILD	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN CHW CHILDREN	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN CHW GUMMIES	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN CHW IRON	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN DRO INFANT	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin gummies adul</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin gummies mens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin gummies wome</i>	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin men 50+</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin men 50+ one</i>	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN TAB	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN TAB ADULT	\$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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MULTIVITAMIN TAB ADULTS	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN TAB ZINC STR	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin women</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin women 50+</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin womens 50+ a</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin/multimineral</i>	\$0(3)	NM; *
MVW COMPLETE CAP D3000	\$0(3)	NM; *
MVW COMPLETE CAP D5000	\$0(3)	NM; *
MVW COMPLETE CAP FORMULAT	\$0(3)	NM; *
MVW COMPLETE CAP MINIS	\$0(3)	NM; *
MVW COMPLETE CHW BUBBLGUM	\$0(3)	NM; *
MVW COMPLETE CHW D3000	\$0(3)	NM; *
MVW COMPLETE CHW D5000	\$0(3)	NM; *
MVW COMPLETE CHW GRAPE	\$0(3)	NM; *
MVW COMPLETE CHW ORANGE	\$0(3)	NM; *
MVW COMPLETE DRO PEDIATRI	\$0(3)	NM; *
MVW HI-D CHW ADEK	\$0(3)	NM; *
MVW HI-D DR LIQ EX VIT D	\$0(3)	NM; *
MVW MODULAT CAP FORM MIN	\$0(3)	NM; *
MVW MODULAT CAP FORMULAT	\$0(3)	NM; *
<i>myamulti</i>	\$0(3)	NM; *
NANOVM POW 1-3 YRS	\$0(3)	NM; *
NANOVM POW 4-8YEARS	\$0(3)	NM; *
NANOVM POW 9-18 YRS	\$0(3)	NM; *
NANOVM T/F POW	\$0(3)	NM; *
<i>natural c/rose hips TABS 1000mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>natural vitamin d-3 TABS 5000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>natural vitamin e CAPS 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
NATURAL VITAMIN E TABS 200unit	\$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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NEPHPLEX RX TAB	\$0(3)	NM; *
<i>nephro vitamins</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nephro-vite</i>	\$0(3)	NM; *
NEPHRONEX LIQ 0.9/5ML	\$0(3)	NM; *
<i>niacin</i> CPCR 250mg; TABS 50mg, 100mg, 250mg, 500mg; TBCR 250mg, 500mg	\$0(3)	NM; *
NIACIN TR TBCR 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>*niacinamide w/ zn-cu-methylfol-se-cr tab 750-27-2-0.5 mg***</i>	\$0(3)	NM; *
<i>niavasc</i> TBCR 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>niavasc 750</i> TBCR 750mg	\$0(3)	NM; *
NOVAMV PED DRO 10MG/ML	\$0(3)	NM; *
OCULAR TAB VITAMINS	\$0(3)	NM; *
<i>ocutabs</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ocutabs vision formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ocutabs/lutein</i>	\$0(3)	NM; *
OCUVITE CAP ADULT	\$0(3)	NM; *
<i>ocuvite extra</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ocuvite eye + multi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ocuvite eye health gummie</i>	\$0(3)	NM; *
OCUVITE LUTE CAP	\$0(3)	NM; *
<i>ocuvite/lutein</i>	\$0(3)	NM; *
OMNICAP TAB	\$0(3)	NM; *
ONCOVITE TAB	\$0(3)	NM; *
<i>one daily complete</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily for men 50+ adv</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily for men/lycopen</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily for women</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily for women 50+a</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: 00025126 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>one daily healthy weight</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily maximum</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily mens 50+ multiv</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily mens health/lyc</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily mens multivitam</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily multivitamin ad</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily multivitamin/ir</i>	\$0(3)	NM; *
ONE DAILY TAB ESSENTL	\$0(3)	NM; *
ONE DAILY TAB MENS 50+	\$0(3)	NM; *
ONE DAILY TAB WMNS 50+	\$0(3)	NM; *
ONE DAILY TAB WOMENS	\$0(3)	NM; *
<i>one daily womens 50 plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily womens 50+</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily/iron/calcium</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily/minerals</i>	\$0(3)	NM; *
ONE VITE TAB DAILY MV	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY CHW IMMUNITY	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY CHW JLY RANC	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY CHW VITACRAV	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY TAB 50+ ADV	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY TAB 50+ MENS	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY TAB 50+ WMN	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY TAB 65+	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY TAB ENERGY	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY TAB MENOPAUS	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY TAB MENS	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY TAB TEEN/HIM	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY TAB WOMENS	\$0(3)	NM; *
<i>one-a-day teen advantage</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: 00025126 v8



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ONE-DAILY CAP MULTI	\$0(3)	NM; *
<i>one-daily multi vitamins</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one-daily multi-vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one-daily multi-vitamin/i</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one-daily multi-vitamin/m</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one-daily/iron</i>	\$0(3)	NM; *
<i>optic-vites</i>	\$0(3)	NM; *
OPTIFAST POS CHW BARIATRI	\$0(3)	NM; *
<i>optimal d3 CAPS 50000unit</i>	\$0(3)	NM; *
OPTIMAL D3 M CAPS 14000unit	\$0(3)	NM; *
OPTIMAL D3 M CAP	\$0(3)	NM; *
<i>optimal d3 pack CAPS 50000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>optimum pms</i>	\$0(3)	NM; *
OPTISOURCE CHW BARIATRC	\$0(3)	NM; *
OPURITY CHW BYPASS	\$0(3)	NM; *
OSTEO-VIT3 LIQD 417mcg/ml	\$0(3)	NM; *
OSTEOPRIME TAB PLUS	\$0(3)	NM; *
PARVLEX TAB	\$0(3)	NM; *
<i>pc pediatric tri-vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
PED POLY-VIT DRO	\$0(3)	NM; *
PED POLY-VIT DRO /IRON	\$0(3)	NM; *
<i>*pediatric multiple vitamins w/ iron chew tab 15 mg**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pharmacist choice d-vitam LIQD 400unit/ml</i>	\$0(3)	NM; *
PHLEXY-VITS POW	\$0(3)	NM; *
PHYTOMULTI TAB	\$0(3)	NM; *
<i>phytonadione SOLN 10mg/ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>phytonadione TABS 5mg</i>	\$0(3)	NM, PA; *
POLY-VI-SOL DRO 50MG/ML	\$0(3)	NM; *

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
POLY-VI-SOL SOL 50MG/ML	\$0(3)	NM; *
POLY-VI-SOL SOL IRON	\$0(3)	NM; *
POLY-VITA DRO	\$0(3)	NM; *
POLY-VITA/FE DRO	\$0(3)	NM; *
POLY-VITE DRO	\$0(3)	NM; *
POLY-VITE SOL 50MG/ML	\$0(3)	NM; *
POLY-VITE SOL /IRON	\$0(3)	NM; *
POLY-VITE SOL IRON	\$0(3)	NM; *
PORENAL+D CAP OMEGA 3	\$0(3)	NM; *
PRESERVISION CAP AREDS	\$0(3)	NM; *
PRESERVISION CAP AREDS 2	\$0(3)	NM; *
PRESERVISION CAP LUTEIN	\$0(3)	NM; *
PRESERVISION CHW AREDS 2	\$0(3)	NM; *
PRESERVISION TAB AREDS	\$0(3)	NM; *
<i>prevent</i>	\$0(3)	NM; *
PRO-CAL TAB	\$0(3)	NM; *
PROCERV HP TAB	\$0(3)	NM; *
PRORENAL +D TAB	\$0(3)	NM; *
PRORENAL+D CAP OMEGA-3	\$0(3)	NM; *
PRORENAL+D TAB	\$0(3)	NM; *
<i>prosght</i>	\$0(3)	NM; *
PROTECT CAP CARDIO	\$0(3)	NM; *
PROTECT CAP PLUS SO	\$0(3)	NM; *
PROTECT IRON LIQ	\$0(3)	NM; *
PROTEGRA CAP	\$0(3)	NM; *
PROXEED PLUS PAK	\$0(3)	NM; *
<i>pureway-c</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>pyridoxine hcl</i> SOLN 100mg/ml; TABS 50mg, 100mg	\$0(3)	NM; *
PYRIDOXINE POW HCL	\$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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>qc childrens chewable com</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc childrens chewable vit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc daily multivitamins/ir</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc maximum daily multivit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc mens daily multivitami</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc multi-vite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc multi-vite 50 &amp; over</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc therin-m</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc vitamin d3 TABS 25mcg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc womens daily multivita</i>	\$0(3)	NM; *
QUIN B TAB STRONG	\$0(3)	NM; *
QUINTABS TAB	\$0(3)	NM; *
<i>quintabs-m</i>	\$0(3)	NM; *
QUINTABS-M TAB	\$0(3)	NM; *
RA B-COMPLEX TAB VIT C TR	\$0(3)	NM; *
<i>ra biotin CAPS 2500mcg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra central-vite womens ma</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra chewable vitamins comp</i>	\$0(3)	NM; *
RA ESSENCE-C POW ORANGE	\$0(3)	NM; *
RA ESSENCE-C POW RASPBR	\$0(3)	NM; *
RA ESSENCE-C POW TNGERINE	\$0(3)	NM; *
<i>ra folic acid TABS 400mcg, 800mcg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra niacin TABS 100mg, 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra no flush niacin 500 TABS 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra one daily maximum</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra one daily mens 50+ wit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra one daily mens/vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra vitamin a CAPS 10000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra vitamin b-6 TABS 50mg, 100mg</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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ra vitamin c</i> TABS 250mg, 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>ra vitamin c/rose hips</i> TABS 500mg, 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>ra vitamin d-3</i> CAPS 2000unit, 5000unit; TABS 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>ra vitamin e</i> CAPS 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>radiance platinum vitamin</i> TABS 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>rena-vite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>rena-vite rx</i>	\$0(3)	NM; *
<i>renal caps</i>	\$0(3)	NM; *
<i>renal vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>renaplex</i>	\$0(3)	NM; *
RENAPLEX-D TAB	\$0(3)	NM; *
<i>reno caps</i>	\$0(3)	NM; *
REPLESTA WAFR 50000unit	\$0(3)	NM; *
REPLESTA NX WAFR 14000unit	\$0(3)	NM; *
<i>sb vitamin c</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>senior tabs</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sentry</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sentry senior</i>	\$0(3)	NM; *
SENTRY TAB	\$0(3)	NM; *
SENTRY TAB SENIOR	\$0(3)	NM; *
<i>sm animal shapes complete</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm animal shapes kids fir</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm antioxidant vitamins</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm b super vitamin comple</i>	\$0(3)	NM; *
SM B-COMPLEX TAB /VIT C	\$0(3)	NM; *
<i>sm biotin</i> CAPS 5000mcg	\$0(3)	NM; *
<i>sm complete</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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sm complete 50+</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm complete 50+ ultimate</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm complete advanced form</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm complete senior formul</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm folic acid</i> TABS 400mcg	\$0(3)	NM; *
<i>sm hair/skin/nails</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm multiple vitamins esse</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm multiple vitamins/iron</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm niacin cr</i> TBCR 250mg	\$0(3)	NM; *
SM ONE DAILY TAB MENS	\$0(3)	NM; *
SM ONE DAILY TAB WOMENS	\$0(3)	NM; *
<i>sm opti-vitamins</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm super b complex-vitami</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm vit c/rose hips</i> TABS 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin b6</i> TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin b complex with</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin b-6</i> TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin c</i> TABS 250mg, 500mg, 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin c/rose hips</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin d</i> TABS 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin d3</i> CAPS 50mcg, 2000unit; TABS 125mcg, 1000unit	\$0(3)	NM; *
SM VITAMIN D3 MAXIMUM STR CAPS 4000unit	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin e</i> CAPS 200unit, 400unit, 1000unit	\$0(3)	NM; *
SOLO TAB	\$0(3)	NM; *
<i>soluvita e</i> SOLN 15.8mg/0.7ml	\$0(3)	NM; *
SPECTRAVITE CHW ADLT 50+	\$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: 00025126 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
SPECTRAVITE TAB	\$0(3)	NM; *
SPECTRAVITE TAB ADLT 50+	\$0(3)	NM; *
SPECTRAVITE TAB ADULTS	\$0(3)	NM; *
SPECTRAVITE TAB MEN 50+	\$0(3)	NM; *
SPECTRAVITE TAB ULT MEN	\$0(3)	NM; *
SPECTRAVITE TAB ULT WMN	\$0(3)	NM; *
<i>stress b-complex/vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stress b/zinc</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stress formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stress formula/iron</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stress formula/zinc</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stresstabs advanced</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stresstabs energy</i>	\$0(3)	NM; *
STROVITE ONE TAB	\$0(3)	NM; *
SUPER ANTIOX CAP	\$0(3)	NM; *
<i>super antioxidant/a/c/e/s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super aytinal 50 plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super aytinal for active</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super b with c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super b-complex/folic aci</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super b-complex/vitamin c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super biotin CAPS 5000mcg</i>	\$0(3)	NM; *
SUPER DAILY D3 LIQD 1000ut/0.028ml, 2000ut/0.028ml	\$0(3)	NM; *
<i>super multiple</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super thera vite m</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super vita-mins</i>	\$0(3)	NM; *
SUPPORT-500 CAP	\$0(3)	NM; *
SYSTANE ICAP CHW AREDS2	\$0(3)	NM; *
SYSTANE ICAP TAB AREDS2	\$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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>systane icaps areds2</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tab-a-vite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tab-a-vite multivitamin/i</i>	\$0(3)	NM; *
TAB-A-VITE TAB IRON/BET	\$0(3)	NM; *
<i>tab-a-vite w/beta caroten</i>	\$0(3)	NM; *
THERA TAB	\$0(3)	NM; *
<i>thera vital m</i>	\$0(3)	NM; *
<i>thera-d 2000</i> TABS 2000unit	\$0(3)	NM; *
THERA-D 4000 TABS 4000unit	\$0(3)	NM; *
<i>thera-d rapid repletion</i> TABS 2000unit	\$0(3)	NM; *
<i>thera-tabs</i>	\$0(3)	NM; *
THERA-TABS M TAB	\$0(3)	NM; *
<i>therabasic-m</i>	\$0(3)	NM; *
THERAGRAN-M TAB	\$0(3)	NM; *
THERAGRAN-M TAB 50 PLUS	\$0(3)	NM; *
THERAGRAN-M TAB ADVANCED	\$0(3)	NM; *
THERAGRAN-M TAB PREMIER	\$0(3)	NM; *
THERAMILL CAP FORTE	\$0(3)	NM; *
<i>therapeutic formula/hemat</i>	\$0(3)	NM; *
<i>therapeutic-m</i>	\$0(3)	NM; *
<i>theratrum complete</i>	\$0(3)	NM; *
<i>theratrum complete 50 plu</i>	\$0(3)	NM; *
THEREMS TAB MULTIVIT	\$0(3)	NM; *
<i>thiamine hcl</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/2ml	\$0(3)	NM; *
<i>totalday multiple</i>	\$0(3)	NM; *
TRI-VI-SOL SOL A/C/D	\$0(3)	NM; *
<i>tri-vite pediatric</i>	\$0(3)	NM; *
<i>triphrocaps</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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tropical liquid nutrition</i>	\$0(3)	NM; *
ULTRA BONEUP TAB	\$0(3)	NM; *
<i>ultra choice multivitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ultra freeda</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ultra freeda/iron</i>	\$0(3)	NM; *
ULTRA MEGA G TAB 75MG CR	\$0(3)	NM; *
ULTRA MEGA G TAB 100MG	\$0(3)	NM; *
ULTRA MEGA TAB 75MG CR	\$0(3)	NM; *
ULTRA MEGA TAB TWO	\$0(3)	NM; *
ULTRA POTENC TAB WOMEN 50	\$0(3)	NM; *
<i>ultrachoice advanced form</i>	\$0(3)	NM; *
UPSPRING BABY VITAMIN D LIQD 400ut/0.025ml	\$0(3)	NM; *
UPSPRINGBABY DRO MV/IRON	\$0(3)	NM; *
<i>virt-caps</i>	\$0(3)	NM; *
<i>vision formula/lutein</i>	\$0(3)	NM; *
VISION HEALT CAP	\$0(3)	NM; *
<i>vision vitamins</i>	\$0(3)	NM; *
VISTA ADVAN CAP AREDS2	\$0(3)	NM; *
VISTA ADVAN CAP DRY EYE	\$0(3)	NM; *
<i>vita hair</i>	\$0(3)	NM; *
<i>vitabasic complete</i>	\$0(3)	NM; *
<i>vitabasic senior</i>	\$0(3)	NM; *
VITABEX PLUS CAP	\$0(3)	NM; *
VITACHEW CHW	\$0(3)	NM; *
VITACHEW CHW ADULT	\$0(3)	NM; *
VITACRAVES CHW IMMUNITY	\$0(3)	NM; *
VITACRAVES CHW MENS	\$0(3)	NM; *
VITACRAVES CHW SOUR GUM	\$0(3)	NM; *
VITACRAVES CHW WOMENS	\$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: 00025126 v8



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>vitajoy daily d gummies</i> CHEW 1000unit	\$0(3)	NM; *
VITAL-D RX TAB	\$0(3)	NM; *
<i>vitalee</i>	\$0(3)	NM; *
VITALETS CHW CHILD	\$0(3)	NM; *
VITAMI A-C-D DRO INF/TODD	\$0(3)	NM; *
VITAMI A-C-D DRO INFANT	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin a</i> CAPS 8000unit, 10000unit; TABS 10000unit	\$0(3)	NM; *
VITAMIN A PALMITATE TABS 15000unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin b complex-c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin b complex/vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
VITAMIN C TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
VITAMIN D2 CAPS 2000unit; TABS 400unit, 2000unit	\$0(3)	NM; *
VITAMIN D3 LIQD 1000unit/spray, 1200unit/15ml, 5000unit/0.5ml, 5000unit/ml; TABS 3000unit; TDBP 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin d3 adult gummies</i> CHEW 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin d3 extra strength</i> CHEW 25mcg	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin d3 gummies</i> CHEW 25mcg	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin d3 gummies adult</i> CHEW 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin d3 high potency</i> CAPS 2000unit	\$0(3)	NM; *
VITAMIN D3 IMMUNE HEALTH LIQD 25mcg/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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>vitamin d3 maximum streng</i> CAPS 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin d3 super strength</i> CAPS 2000unit; TABS 2000unit	\$0(3)	NM; *
VITAMIN D3 TAB COMPLETE	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin d3 ultra potency</i> TABS 1250mcg	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin d3 ultra strength</i> CAPS 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin d high potency</i> CAPS 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin d infant</i> LIQD 10mcg/ml, 400unit/ml	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin d-1000 maximum st</i> TABS 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin e</i> CAPS 45mg, 90mg, 100unit, 180mg, 200unit, 400unit, 450mg, 1000unit; OIL 100unt/0.25ml; SOLN 15mg/0.67ml	\$0(3)	NM; *
VITAMIN E CHEW 400unit; TABS 100unit, 200unit, 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin e blend</i> CAPS 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin e high potency</i> CAPS 90mg, 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin e/d-alpha natural</i> CAPS 268mg	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin supplement e-400</i> CAPS 400unit	\$0(3)	NM; *
VITASANA TAB	\$0(3)	NM; *
<i>vitatrum</i>	\$0(3)	NM; *
<i>vitatrum complete</i>	\$0(3)	NM; *
VITATRUM 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>vitrum senior</i>	\$0(3)	NM; *
VITRUM TAB SENIOR	\$0(3)	NM; *
<i>weekly-d CAPS 1.25mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>wescaps</i>	\$0(3)	NM; *
<i>westab one</i>	\$0(3)	NM; *
WMNS MULTIVI CHW +COLLAGE	\$0(3)	NM; *
<i>womens 50+ advanced</i>	\$0(3)	NM; *
WOMENS 50+ TAB MULTIVIT	\$0(3)	NM; *
<i>womens daily formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>womens daily formula/foli</i>	\$0(3)	NM; *
WOMENS DAILY PAK PACK	\$0(3)	NM; *
WOMENS MULT CHW GUMMIES	\$0(3)	NM; *
<i>womens multi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>womens multivitamin</i>	\$0(3)	NM; *
WOMENS PAK	\$0(3)	NM; *
<i>xcellent a 3000 CAPS 3000mcg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>xcellent a 7500 CAPS 7500mcg</i>	\$0(3)	NM; *
XCELLENT E CAP 33.5MG	\$0(3)	NM; *
YELETS TEEN TAB FORMULA	\$0(3)	NM; *
<i>yl beta carotene CAPS 25000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>yl folic acid TABS 400mcg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>yl vitamin b-6 TABS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>yl vitamin c TABS 1000mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>yl vitamin c/rose hips TABS 500mg, 1000mg</i>	\$0(3)	NM; *
YOUR LIFE CHW GUMMIES	\$0(3)	NM; *
YUMVS DIABET CHW MULTIVIT	\$0(3)	NM; *
YUMVS MULTI CHW ZERO	\$0(3)	NM; *
<i>yumvs vitamin d3 CHEW 25mcg</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: 00025126 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>yumvs vitamin d3 zero CHEW 25mcg</i>	\$0(3)	NM; *
YUMVS VITAMIN D3 ZERO CHEW 62.5mcg	\$0(3)	NM; *
<i>yumvskids vitamin d3 zero CHEW 25mcg</i>	\$0(3)	NM; *
ZELDANA CAP	\$0(3)	NM; *
ZINC LOZ	\$0(3)	NM; *
<i>zoo friends/extra c</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)	

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025126 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%</i>	\$0(1)	
<i>erythromycin (ophth) OINT 5mg/gm</i>	\$0(1)	
<i>gatifloxacin (ophth) SOLN .5%</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%</i>	\$0(1)	
<i>moxifloxacin hcl (ophth) SOLN .5%</i>	\$0(1)	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) SOLN .3%</i>	\$0(1)	
<i>polycin ophth oint</i>	\$0(1)	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	\$0(1)	
<i>sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%</i>	\$0(1)	
<i>tobramycin (ophth) SOLN .3%</i>	\$0(1)	
<i>trifluridine SOLN 1%</i>	\$0(1)	
XDEM VY SOLN .25%	\$0(2)	NDS, NM, PA
ZIRGAN GEL .15%	\$0(2)	
<b>ANTI-INFLAMMATORIES - DRUGS TO TREAT INFLAMMATION</b>		
<i>bromfenac sodium (ophth) SOLN .07%, .075%</i>	\$0(1)	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%</i>	\$0(1)	
<i>diclofenac sodium (ophth) SOLN .1%</i>	\$0(1)	
FLAREX SUSP .1%	\$0(2)	
<i>fluorometholone (ophth) SUSP .1%</i>	\$0(1)	
<i>flurbiprofen sodium SOLN .03%</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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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; *
<i>sm eye itch relief</i> 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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>		
ALCON TEARS SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
<i>artificial tears</i>	\$0(3)	NM; *
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	\$0(2)	
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i> SOLN 1%	\$0(1)	
BION TEARS SOL 0.1-0.3%	\$0(3)	NM; *
<i>carboxymethylcellulose sodium (ophth)</i> GEL 1%; SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
CYSTADROPS SOLN .37%	\$0(2)	NDS, NM, PA
CYSTARAN SOLN .44%	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>dry eye relief drops</i>	\$0(3)	NM; *
EYSUVIS SUSP .25%	\$0(2)	
FRESHKOTE PF SOL 2.7-2%	\$0(3)	NM; *
FRESHKOTE SOL 2.7-2%	\$0(3)	NM; *
GENTEAL SEVERE TEARS GEL .3%	\$0(3)	NM; *
GENTEAL TEAR GEL SEV D/N	\$0(3)	NM; *
GENTEAL TEAR SOL MOD PF	\$0(3)	NM; *
GENTEAL TEAR SOL PF	\$0(3)	NM; *
<i>gentleal tears liquid drop</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gentleal tears night-time</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp artificial tears</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp lubricating plus eye</i> SOLN .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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>goodsense lubricating plu</i> SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
<i>lubricant eye drops</i> SOLN .5%, .6%	\$0(3)	NM; *
<i>lubricant eye nighttime</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lubricating eye drops</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lubrifresh p.m.</i>	\$0(3)	NM; *
MIEBO SOLN 1.338gm/ml	\$0(2)	
MURO 128 SOLN 2%	\$0(3)	NM; *
<i>proparacaine hcl</i> SOLN .5%	\$0(1)	
<i>refresh celluvisc</i> GEL 1%	\$0(3)	NM; *
REFRESH DRO OP	\$0(3)	NM; *
REFRESH DRO RELIEVA	\$0(3)	NM; *
REFRESH GEL OPTIVE	\$0(3)	NM; *
<i>refresh lacri-lube</i>	\$0(3)	NM; *
REFRESH OPT SOL MEGA-3	\$0(3)	NM; *
REFRESH OPTI DRO 0.5-0.9%	\$0(3)	NM; *
REFRESH RELI DRO 0.5-0.9%	\$0(3)	NM; *
REFRESH SOL DIGITAL	\$0(3)	NM; *
REFRESH SOL OPTIVE	\$0(3)	NM; *
RESTASIS EMUL .05%	\$0(2)	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	\$0(2)	
<i>sm dry eye relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm lubricant eye drops</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm lubricating plus</i> SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
<i>sm lubricating tears</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sodium chloride hypertonic</i> OINT 5%; SOLN 5%	\$0(3)	NM; *
SYSTANE COMPLETE PF SOLN .6%	\$0(3)	NM; *
SYSTANE GEL DRO 0.4-0.3%	\$0(3)	NM; *
<i>systane nighttime</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: 00025126 v8



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ultra lubricating eye dro</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)
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)

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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>ANTIHISTAMINES - DRUGS TO TREAT ALLERGIES</b>		
<i>all day allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>all day allergy childrens</i> SOLN 5mg/5ml	\$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 24-hr</i> TABS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>allergy childrens</i> LIQD 12.5mg/5ml; SOLN 5mg/5ml; SUSP 30mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief</i> CAPS 25mg; TABS 4mg, 5mg, 10mg, 25mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief 24hr</i> TABS 5mg, 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; *
<i>cetirizine hcl childrens</i> SOLN 1mg/ml, 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cetirizine hydrochloride</i> SOLN 1mg/ml, 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>childrens loratadine</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>chlorpheniramine maleate</i> TBCR 12mg	\$0(3)	NM; *
<i>complete allergy medicine</i> CAPS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>cyproheptadine hcl</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg	\$0(2)	PA; PA 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 all day allergy relief</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 24 hour</i> TABS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft allergy relief childre</i> CHEW 5mg; 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 all day allergy relie</i> CAPS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy</i> TABS 25mg	\$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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp allergy relief</i> CAPS 25mg; CHEW 12.5mg; TABS 4mg, 25mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy relief 24 hou</i> TABS 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy relief maximu</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp childrens allergy</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp loratadine</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 10mg; 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 PDX LIQD 1.25mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm all day allergy childr</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm fexofenadine hydrochlo</i> TABS 60mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm loratadine</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm loratadine childrens</i> SOLN 5mg/5ml	\$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

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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>levocetirizine dihydrochloride</i> TABS 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>liquid allergy relief</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>loratadine</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 10mg; TBDP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>loratadine childrens</i> CHEW 5mg; SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>m-dryl</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>MICLARA LQ</i> LIQD 1.25mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>pharbedryl</i> CAPS 25mg, 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc all day allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc allergy childrens</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc allergy relief</i> TBDP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc loratadine allergy rel</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sb allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sb loratadine</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm all day allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm all day allergy childr</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm all day allergy relief</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy childrens</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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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 childrens loratadine</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm fexofenadine hydrochlo</i> TABS 60mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm loratadine</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm loratadine allergy rel</i> TBDP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>triprolidine hcl</i> LIQD .625mg/ml, .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
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose	\$0(2)	QL (60 inhalations / 30 days)

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare 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: 00025126 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<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>COUGH AND COLD</b>		
<i>all day sinus &amp; cold-d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>all-nite cold &amp; flu night</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy &amp; congestion reli</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy multi-symptom</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief d-12</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief d-24</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief/nasal deco</i>	\$0(3)	NM; *
<i>aprodine</i>	\$0(3)	NM; *
AQUANAZ TAB	\$0(3)	NM; *
<i>benzonatate</i> CAPS 100mg, 150mg, 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>brantussin dm</i>	\$0(3)	NM; *
CAPCOF SYP 5-2-10MG	\$0(3)	NM; *
CAPMIST DM TAB	\$0(3)	NM; *
CAPRON DM LIQ	\$0(3)	NM; *
CAPRON DMT TAB 30-30MG	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine-pseudoephedrine tab er 12hr 5-120 mg</i>	\$0(3)	NM; *
CGH/CHEST SYP CONG DM	\$0(3)	NM; *
<i>chest congestion relief</i> LIQD 100mg/5ml; TABS 400mg	\$0(3)	NM; *
<i>chest congestion relief d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>chest congestion relief p</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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>childrens mucus relief co</i>	\$0(3)	NM; *
<i>childrens pain relief plu</i>	\$0(3)	NM; *
CHLO HIST SOL	\$0(3)	NM; *
CHLO TUSS LIQ	\$0(3)	NM; *
COLD & ALLER LIQ CHILDREN	\$0(3)	NM; *
<i>cold &amp; cough childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cold &amp; flu nighttime reli</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cold &amp; flu relief daytime</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cold &amp; flu relief nightti</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cold &amp; sinus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cold &amp; sinus relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cold relief plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cold/cough childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cold/flu daytime relief</i>	\$0(3)	NM; *
CONEX SOL CLD/ALRG	\$0(3)	NM; *
CONEX TAB 2-60MG	\$0(3)	NM; *
<i>cough &amp; cold</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cough &amp; cold hbp</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cough dm SUER 30mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cough dm childrens SUER 30mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daytime cold &amp; flu relief</i>	\$0(3)	NM; *
DELSYM TABS 15mg	\$0(3)	NM; *
DELSYM CGH LIQ SR THRT	\$0(3)	NM; *
DELSYM CHILD MIS DAY/NGHT	\$0(3)	NM; *
<i>delsym cough + chest cong</i>	\$0(3)	NM; *
<i>delsym cough + cold night</i>	\$0(3)	NM; *
DELSYM NIGHT SOL CGH/MAX	\$0(3)	NM; *
<i>dextromethorphan hbr CAPS 15mg</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: 00025126 v8



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dextromethorphan polistirex</i> SUER 30mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>dextromethorphan-guaifenesin liquid</i> 10-100 mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>dextromethorphan-guaifenesin syrup</i> 10-100 mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>dimaphen dm cold &amp; cough</i>	\$0(3)	NM; *
DOLOGESIC TAB 1-500MG	\$0(3)	NM; *
DOLOGESIC-DF TAB 1-500MG	\$0(3)	NM; *
<i>ed a-hist</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ed a-hist dm</i>	\$0(3)	NM; *
ED A-HIST DM TAB 10-4-10	\$0(3)	NM; *
ED BRON GP LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>endacof-dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fexofenadine-pseudoephedrine tab er</i> 12hr 60-120 mg	\$0(3)	NM; *
<i>fexofenadine-pseudoephedrine tab er</i> 24hr 180-240 mg	\$0(3)	NM; *
<i>flu hbp</i>	\$0(3)	NM; *
<i>flu/severe cold &amp; cough d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft allergy multi-symptom</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft chest congestion relie</i> TABS 400mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft cold &amp; flu relief dayt</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft cold &amp; flu relief nigh</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft mucus relief 12hr</i> TB12 600mg, 1200mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft mucus relief d 12 hour</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft mucus relief dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft nasal</i> SOLN .05%	\$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: 00025126 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>ft nasal decongestant max</i> TABS 30mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft nasal decongestant pe</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft tussin adult</i> LIQD 200mg/10ml	\$0(3)	NM; *
<i>ft tussin cf adult</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp all day allergy-d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy &amp; congestion</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy multi-symptom</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp cold &amp; cough children</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp cold + flu severe</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp cold + head congestio</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp cold max day/night ad</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp cold max daytime for</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp cough dm er</i> SUER 30mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp day time cold/flu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp fexofenadine/pseudoep</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mucus dm maximum stre</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mucus er</i> TB12 600mg, 1200mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mucus relief</i> TABS 400mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mucus relief dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mucus relief pe</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal decongestant</i> TABS 30mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal decongestant pe</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal decongestant/ma</i> TABS 30mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal four spray</i> SOLN 1%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal spray</i> SOLN .05%	\$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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp nasal spray extra moi SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal spray fast acti SOLN 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp night time cold &amp; flu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp night time cough</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp no drip nasal spray SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pseudoephedrine hcl 1 TB12 120mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pseudoephedrine hcl e TB12 120mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp sinus + headache for</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp sinus pressure/pain</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp sinus severe daytime</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tab tussin TABS 400mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tab tussin dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tussin cf cough &amp; col</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tussin cough long act SYRP 15mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tussin dm cough</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tussin dm cough/chest</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tussin dm max</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tussin mucus &amp; chest LIQD 100mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense all day allergy</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense cough dm SUER 30mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense cough dm childr SUER 30mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense day time cold &amp;</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense daytime cold &amp;</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense mucus er TB12 600mg</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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>goodsense mucus relief ch</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense nighttime cold</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense nighttime cough</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense tussin cf</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense tussin dm coug</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense tussin dm max</i>	\$0(3)	NM; *
<i>guaifenesin LIQD 100mg/5ml; TABS 200mg; TB12 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>guaifenesin er TB12 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>guaifenesin-codeine soln 100-10 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>head congestion/mucus</i>	\$0(3)	NM; *
HISTEX-DM SYP	\$0(3)	NM; *
<i>hm cold &amp; cough childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm cold &amp; sinus relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm cough dm SUER 30mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>12 hour decongestant TB12 120mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>12 hour nasal decongestan TB12 120mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>12 hour nasal spray SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>24hr allergy &amp; congestion</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocod polst-chlorphen polst er susp 10-8 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocodone bitart-homatropine methylbrom soln 5-1.5 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocodone bitart-homatropine methylbromide tab 5-1.5 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hydromet</i>	\$0(3)	NM; *
LOHIST-D LIQ	\$0(3)	NM; *
LOHIST-DM SYP 5-2-10MG	\$0(3)	NM; *
<i>loratadine-d 12hr</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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>loratadine-d 24hr</i>	\$0(3)	NM; *
LORTUSS LQ LIQ	\$0(3)	NM; *
M-END DMX LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>mapap cold formula multi-</i>	\$0(3)	NM; *
MAR-COF CG LIQ 225-7.5	\$0(3)	NM; *
<i>maxi-tuss ac</i>	\$0(3)	NM; *
<i>maxi-tuss g</i>	\$0(3)	NM; *
<i>maxi-tuss gmx</i>	\$0(3)	NM; *
MAXI-TUSS JR LIQ	\$0(3)	NM; *
MAXI-TUSS LIQ CD	\$0(3)	NM; *
MAXI-TUSS PE LIQ	\$0(3)	NM; *
MAXI-TUSS PE LIQ JR	\$0(3)	NM; *
MAXI-TUSS PE LIQ MAX	\$0(3)	NM; *
MAXI-TUSS TR LIQ 1.25-30	\$0(3)	NM; *
MAXICHLOR TAB PEH DM	\$0(3)	NM; *
MAXIFED TAB 60-360MG	\$0(3)	NM; *
MAXIFED TR TAB 1.25-30	\$0(3)	NM; *
MICLARA DM LIQ	\$0(3)	NM; *
MUCINEX CHIL LIQ	\$0(3)	NM; *
MUCINEX CHLD MIS DAY/NITE	\$0(3)	NM; *
MUCINEX CNG/ LIQ CG/CL/FL	\$0(3)	NM; *
MUCINEX CNG/ TAB CG/CD/FL	\$0(3)	NM; *
MUCINEX COLD CAP /FLU	\$0(3)	NM; *
MUCINEX COLD CAP FLU/THRT	\$0(3)	NM; *
MUCINEX COLD LIQ FLU&SORE	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex cough &amp; chest con</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex cough childrens</i>	\$0(3)	NM; *
MUCINEX D/N CAP CLD/FLU	\$0(3)	NM; *
MUCINEX D/N PAK FAST/MAX	\$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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MUCINEX FAST CAP COLD/FLU	\$0(3)	NM; *
MUCINEX FAST LIQ COLD/FLU	\$0(3)	NM; *
MUCINEX FAST LIQ DAY/NITE	\$0(3)	NM; *
MUCINEX FAST TAB 5-10-200	\$0(3)	NM; *
MUCINEX FAST TAB DAY/NITE	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex fast-max chest co LIQD 400mg/20ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex fast-max cold flu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex fast-max cold/flu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex fast-max congesti</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex fast-max dm max</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex fast-max dm max m</i>	\$0(3)	NM; *
MUCINEX FREE LIQ CLD/FLU	\$0(3)	NM; *
MUCINEX FREE LIQ DAY/NIGH	\$0(3)	NM; *
MUCINEX FREE LIQ MULTISYM	\$0(3)	NM; *
MUCINEX LIQ DAY/NITE	\$0(3)	NM; *
MUCINEX LIQ FAST-MAX	\$0(3)	NM; *
MUCINEX LIQ SINUS	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex multi-symptom col</i>	\$0(3)	NM; *
MUCINEX NIGH SOL CLEAR	\$0(3)	NM; *
MUCINEX NIGH SOL COLD/FLU	\$0(3)	NM; *
MUCINEX NIGH SOL SV CD/FL	\$0(3)	NM; *
MUCINEX NIGH TAB COLD/FLU	\$0(3)	NM; *
MUCINEX NIGH TAB SIN MAX	\$0(3)	NM; *
MUCINEX NIGH TAB SV CD/FL	\$0(3)	NM; *
MUCINEX SIN CAP DAY/NGHT	\$0(3)	NM; *
MUCINEX SINS CAP PR/PN/CG	\$0(3)	NM; *
MUCINEX SINU TAB DAY/NITE	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex sinus-max</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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mucinex sinus-max clear &amp;</i> SOLN .05%	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex sinus-max severe</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex sinus-max sinus/a</i> SOLN .05%	\$0(3)	NM; *
MUCINEX SOL NIGHT	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief</i> TB12 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief cough childr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief dm cough</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief dm maximum s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief er</i> TB12 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief maximum stre</i> TB12 1200mg	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief pe sinus con</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus-dm maximum strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi symptom flu &amp; sever</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nasal decongestant</i> TABS 30mg	\$0(3)	NM; *
<i>nasal decongestant pe</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>nasal decongestant pe max</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>nasal decongestant spray</i> SOLN .05%	\$0(3)	NM; *
<i>nasal four</i> SOLN 1%	\$0(3)	NM; *
<i>nasal relief</i> SOLN .05%	\$0(3)	NM; *
<i>nasal spray 12 hour</i> SOLN .05%	\$0(3)	NM; *
<i>nasal spray extra moistur</i> SOLN .05%	\$0(3)	NM; *
<i>nasal spray no drip</i> SOLN .05%	\$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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NEO-SYNEPHRINE COLD+ALLER SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
<i>nighttime cold/flu relief</i>	\$0(3)	NM; *
NINJACOF-A LIQ	\$0(3)	NM; *
NINJACOF-XG LIQ 200-8/5	\$0(3)	NM; *
NIVANEX DMX TAB	\$0(3)	NM; *
<i>no drip nasal spray SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nohist-dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nohist-lq</i>	\$0(3)	NM; *
NOREL AD TAB 4-10-325	\$0(3)	NM; *
<i>phenylephrine hcl (oral) TABS 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>phenylephrine w/ dm-gg liqd 10-18-200 mg/15ml</i>	\$0(3)	NM; *
PRO-RED AC SYP 5-1-9/5	\$0(3)	NM; *
<i>promethazine vc/codeine</i>	\$0(3)	NM; *
<i>promethazine w/ codeine syrup 6.25-10 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>promethazine-dm syrup 6.25-15 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pseudoephed-bromphen-dm syrup 30-2-10 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pseudoephedrine hcl TABS 30mg, 60mg; TB12 120mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pseudoephedrine-guaifenesin tab er 12hr 60-600 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pseudoephedrine-guaifenesin tab er 12hr 120-1200 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc ibuprofen cold/sinus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc loratadine-d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc medifin 400 TABS 400mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc medifin dm</i>	\$0(3)	NM; *

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **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: 00025126 v8



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>qc mucus relief</i> TB12 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc mucus relief er 12 hou</i> TB12 1200mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc nasal decongestant max</i> TABS 30mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc suphedrine maximum str</i> TB12 120mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc tussin dm cough &amp; ches</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc tussin expectorant adu</i> LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>robafen cf multi-symptom</i>	\$0(3)	NM; *
<i>robafen dm</i>	\$0(3)	NM; *
RU-HIST D TAB 4-10MG	\$0(3)	NM; *
RYDEX LIQ	\$0(3)	NM; *
RYMED TAB 2-10MG	\$0(3)	NM; *
<i>rynex dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>rynex pe</i>	\$0(3)	NM; *
<i>rynex pse</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb 12hr nasal spray</i> SOLN .05%	\$0(3)	NM; *
<i>sb cough control</i> LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sb coughtab</i> TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>sb mucus relief dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb mucus relief pe</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb tab tussin dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>severe cold &amp; flu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>severe cold/cough</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sinus + headache</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sinus congestion/pain</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sinus nasal spray</i> SOLN .05%	\$0(3)	NM; *
<i>sinus pressure/pain/adult</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: 00025126 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>sinus relief extra streng</i> SOLN 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sinus relief severe conge</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm 12 hour sinus deconges</i> TB12 120mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm all day allergy-d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm chest congestion relie</i> TABS 400mg	\$0(3)	NM; *
SM CLD/ALLER LIQ CHILDREN	\$0(3)	NM; *
<i>sm cold &amp; cough dm childr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm cold &amp; flu severe</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm cold &amp; sinus relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm day time cold &amp; flu re</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm lorata-dine d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm loratadine d 12hr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm mucus relief/12 hour</i> TB12 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal decongestant pe</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal spray</i> SOLN .05%	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal spray 12 hour</i> SOLN .05%	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal spray sinus</i> SOLN .05%	\$0(3)	NM; *
<i>sm nite time cold &amp; flu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm sinus severe for adult</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm tussin cf</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm tussin dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm tussin dm cough/chest</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm tussin dm max/cough +</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm tussin mucus + chest c</i> LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sodium chloride (inhalant)</i> AERS .9%	\$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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>soothing - 12 hour nasal SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
STAHIST AD TAB 25-60MG	\$0(3)	NM; *
STAHIST TP TAB 2.5-10MG	\$0(3)	NM; *
<i>sudogest TABS 30mg, 60mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sudogest 12 hour TB12 120mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sudogest maximum strength TABS 30mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sudogest sinus &amp; allergy</i>	\$0(3)	NM; *
<i>suphedrine 12hour maximum TB12 120mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>theraflu expressmax sever</i>	\$0(3)	NM; *
TUSNEL C SYP	\$0(3)	NM; *
<i>tusnel diabetic</i>	\$0(3)	NM; *
TUSNEL DM LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>tusnel dm pediatric</i>	\$0(3)	NM; *
TUSNEL LIQ	\$0(3)	NM; *
TUSNEL PED DRO 7.5-50	\$0(3)	NM; *
TUSNEL PEDI LIQ 15-5-50	\$0(3)	NM; *
TUSNEL PEDIA LIQ	\$0(3)	NM; *
TUSNEL TAB	\$0(3)	NM; *
TUSNEL-DM DRO PEDIATRC	\$0(3)	NM; *
TUSNEL-DM LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>tusnel-ex LIQD 100mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin cf</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin cough SYRP 15mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin dm cough &amp; chest c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin dm cough + chest c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin mucus &amp; chest cong LIQD 100mg/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: 00025126 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>tussin mucus + chest cong</i> LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
TUXARIN ER TAB 54.3-8MG	\$0(3)	NM; *
VANACOF LIQ	\$0(3)	NM; *
VANATAB DM TAB 5-9-198	\$0(3)	NM; *
<i>4-way fast acting</i> SOLN 1%	\$0(3)	NM; *
<i>westussin dm nf</i>	\$0(3)	NM; *
WESTUSSIN DM SYP	\$0(3)	NM; *
<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
AERCHMBR PLS MIS INTERMED	\$0(3)	NM; *
AERCHMBR PLS MIS LRG MASK	\$0(3)	NM; *
AERCHMBR PLS MIS MED MASK	\$0(3)	NM; *
AERCHMBR PLS MIS SM MASK	\$0(3)	NM; *
AERCHMBR Z- MIS STAT PLS	\$0(3)	NM; *
AEROCHAMBER MIS CHAMBER	\$0(3)	NM; *
AEROCHAMBER MIS FLOSIGNA	\$0(3)	NM; *
AEROCHAMBER MIS MTHPIECE	\$0(3)	NM; *
AEROCHAMBER MIS MV	\$0(3)	NM; *
AEROCHAMBER MIS PLUS	\$0(3)	NM; *
AEROVENT MIS PLUS	\$0(3)	NM; *
<i>afrin saline nasal mist</i>	\$0(3)	NM; *
AIRZONE PEAK MIS FLOW MTR	\$0(3)	NM; *
<i>altamist</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	\$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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ASSESS METER MIS FULL	\$0(3)	NM; *
ASSESS METER MIS LOW	\$0(3)	NM; *
<i>ayr</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
AYR NASAL DROPS SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
AYR NASAL MIST ALLERGY & SOLN 2.65%	\$0(3)	NM; *
<i>ayr saline nasal</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ayr saline nasal no-drip</i>	\$0(3)	NM; *
<i>baby ayr saline</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
BRONCHITOL CAPS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (560 caps / 28 days), NM, PA
COMPACT SPAC MIS CHAMBER	\$0(3)	NM; *
COMPACT SPAC MIS LG MASK	\$0(3)	NM; *
COMPACT SPAC MIS MD MASK	\$0(3)	NM; *
COMPACT SPAC MIS SM MASK	\$0(3)	NM; *
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	\$0(1)	B/D
<i>cromolyn sodium (nasal)</i> AERS 5.2mg/act	\$0(3)	NM; *
CVS NASAL MIST AERS .9%	\$0(3)	NM; *
<i>cvs saline nasal spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
<i>deep sea nasal spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
EASIVENT MIS	\$0(3)	NM; *
EASIVENT MIS MASK LG	\$0(3)	NM; *
EASIVENT MIS MASK MED	\$0(3)	NM; *
EASIVENT MIS MASK SM	\$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)
<i>eq saline nasal spray</i> SOLN .65%	\$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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>eql saline nasal spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
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
FLEXICHAMBER MIS	\$0(3)	NM; *
FLEXICHAMBER MIS MASK LRG	\$0(3)	NM; *
FLEXICHAMBER MIS MASK SM	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal moisturizing</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
HOLD CHAMBER MIS ADLT LG	\$0(3)	NM; *
HOLD CHAMBER MIS MEDIUM	\$0(3)	NM; *
HOLD CHAMBER MIS SMALL	\$0(3)	NM; *
INSPIREASE MIS DD SYST	\$0(3)	NM; *
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
LITTLE REMED AER MIST	\$0(3)	NM; *
LITTLE REMED SOL SALINE	\$0(3)	NM; *
<i>meijer saline nasal spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
MICROCHAMBER MIS	\$0(3)	NM; *
MICROLIFE MIS PEAK FLO	\$0(3)	NM; *
MICROSPACER MIS	\$0(3)	NM; *
MINI WRIGHT MIS PFM	\$0(3)	NM; *
MINI WRIGHT MIS PFM LOW	\$0(3)	NM; *
NASADROPS SALINE ON THE G SOLN .9%	\$0(3)	NM; *
<i>nasal moist</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
<i>nasal moisturizing spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
<i>nasogel</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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ocean for kids</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
OFEV CAPS 100mg, 150mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
OPTICHAMBER MIS DIA LG	\$0(3)	NM; *
OPTICHAMBER MIS DIA MD	\$0(3)	NM; *
OPTICHAMBER MIS DIA SM	\$0(3)	NM; *
OPTICHAMBER MIS DIAMOND	\$0(3)	NM; *
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
PANDA MASK MIS LARGE	\$0(3)	NM; *
PANDA MASK MIS MEDIUM	\$0(3)	NM; *
PANDA MASK MIS PEDIATRI	\$0(3)	NM; *
PANDA MASK MIS SMALL	\$0(3)	NM; *
PEAK AIR FLO MIS ADLT/PED	\$0(3)	NM; *
PEAK FLOW MIS METER	\$0(3)	NM; *
PEAK FLW MTR MIS ADULT	\$0(3)	NM; *
PEAK FLW MTR MIS CHILD	\$0(3)	NM; *
PERSONAL BES MIS FULL RNG	\$0(3)	NM; *
PIKO 1 MIS ELECTRON	\$0(3)	NM; *
<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

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pirfenidone</i> TABS 534mg, 801mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
POCKET CHAMB MIS	\$0(3)	NM; *
POCKET PEAK MIS METER	\$0(3)	NM; *
POCKET SPACE MIS	\$0(3)	NM; *
POCKETPEAK MIS MTR LOW	\$0(3)	NM; *
<i>potassium iodide (expectorant)</i> SOLN 1gm/ml	\$0(3)	NM; *
PROCARE MIS ADULT	\$0(3)	NM; *
PROCARE MIS CHILD	\$0(3)	NM; *
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
PURE COMFORT MIS SPACER	\$0(3)	NM; *
<i>ra saline nasal spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
RA STERILE SALINE NASAL M SOLN .9%	\$0(3)	NM; *
RITEFLO MIS	\$0(3)	NM; *
<i>roflumilast</i> TABS 250mcg	\$0(1)	QL (56 tabs / year)
<i>roflumilast</i> TABS 500mcg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>saline</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
<i>saline mist</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
<i>*saline nasal gel**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb saline nose</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
SIMPLY SALINE AERS .9%	\$0(3)	NM; *
SINUS WASH CRY SALT	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal spray saline</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
SOOTH SALINE AER NASAL	\$0(3)	NM; *
SPACE CHAMBR MIS ANTI-STA	\$0(3)	NM; *
SPACE CHAMBR MIS LARGE	\$0(3)	NM; *
SPACE CHAMBR MIS MEDIUM	\$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: 00025126 v8



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SPACE CHAMBR MIS SMALL	\$0(3)	NM; *
SPACER CHAMB MIS ADULT	\$0(3)	NM; *
SPACER CHAMB MIS CHILD	\$0(3)	NM; *
SPACER CHAMB MIS INFANT	\$0(3)	NM; *
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
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
TRUZONE PEAK MIS FLOW MTR	\$0(3)	NM; *
VORTEX VALVE MIS CHAMBER	\$0(3)	NM; *
VORTEX/MASK MIS CHILDS	\$0(3)	NM; *
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

**PA** - Autorización previa    **QL** - Límites de 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: 00025126 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
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>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 fluticasone propionat</i> SUSP 50mcg/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; *
<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>STERIOD 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>STERIOD/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)

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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>breyana</i>	\$0(1)	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 80-4.5 mcg/act</i>	\$0(1)	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 160-4.5 mcg/act</i>	\$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 100-50 mcg/act</i>	\$0(1)	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act</i>	\$0(1)	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act</i>	\$0(1)	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>wixela inhub</i>	\$0(1)	QL (60 inhalations / 30 days)
<b>TOPICAL - DRUGS TO TREAT EAR AND SKIN CONDITIONS</b>		
<b>DERMATOLOGY, ACNE</b>		
<i>accutane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(1)	PA
<i>acne medication 2.5</i> GEL 2.5%	\$0(3)	NM; *
<i>acne medication 5</i> GEL 5%	\$0(3)	NM; *
ACNE MEDICATION 5 LOTN 5%	\$0(3)	NM; *
<i>acne medication 10</i> GEL 10%	\$0(3)	NM; *
ACNE MEDICATION 10 LOTN 10%	\$0(3)	NM; *
<i>adapalene</i> GEL .1%	\$0(3)	NM; *
<i>amnesteem</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	PA

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025126 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>benzefoam</i> FOAM 5.3%	\$0(3)	NM; *
<i>benzoyl peroxide</i> GEL 2.5%, 5%, 10%; LIQD 10%	\$0(3)	NM; *
<i>benzoyl peroxide topical</i> LIQD 10%	\$0(3)	NM; *
<i>benzoyl peroxide wash</i> LIQD 5%, 10%	\$0(3)	NM; *
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel</i> 5-3%	\$0(1)	QL (46.6 gm / 30 days)
<i>bpo foaming cloths</i> MISC 6%	\$0(3)	NM; *
<i>claravis</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(1)	PA
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> GEL 1%	\$0(1)	QL (75 mL / 30 days)
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> LOTN 1%; SOLN 1%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>ery</i> PADS 2%	\$0(1)	QL (60 pledgets / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid)</i> GEL 2%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid)</i> SOLN 2%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>isotretinoin</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(1)	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> LOTN 10%	\$0(1)	QL (118 mL / 30 days)
<i>tretinoin</i> CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025%	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days), PA
<i>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>bacitracin (topical)</i> OINT 500unit/gm	\$0(3)	NM; *
<i>bacitracin zinc</i> OINT 500unit/gm	\$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: 00025126 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>double antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gentamicin sulfate (topical) CREA .1%; OINT .1%</i>	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
<i>gnp antibiotic + pain rel</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp bacitracin zinc OINT 500unit/gm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp triple antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp triple antibiotic plu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense first aid antib</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mupirocin OINT 2%</i>	\$0(1)	QL (220 gm / 30 days)
<i>poly bacitracin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc triple antibiotic maxi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>silver sulfadiazine CREA 1%</i>	\$0(1)	
<i>sm antibiotic OINT 500unit/gm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm antibiotic plus pain r</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm double antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm triple antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm triple antibiotic orig</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm triple antibiotic plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ssd CREA 1%</i>	\$0(1)	
<b>SULFAMYLON CREA 85mg/gm</b>	\$0(2)	QL (453.6 gm / 30 days)
<i>triple antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>triple antibiotic + pain</i>	\$0(3)	NM; *
<i>triple antibiotic plus</i>	\$0(3)	NM; *
<b>DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS</b>		
<i>ALEVAZOL OINT 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antifungal CREA 1%, 2%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antifungal powder POWD 2%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>athletes foot CREA 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>athletes foot antifungal AERP 1%</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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>athletes foot powder spr</i> AERP 2%	\$0(3)	NM; *
<i>baza antifungal</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>butenafine hcl</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%; SOLN 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 athletes foo</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i>	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
<i>critic-aid clear af</i> OINT 2%	\$0(3)	NM; *
<i>cvs jock itch</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>econazole nitrate</i> CREA 1%	\$0(1)	QL (85 gm / 30 days)
<i>ft antifungal cream</i> CREA 1%, 2%	\$0(3)	NM; *
<i>ft athletes foot cream</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
FUNGOID TINCTURE SOLN 2%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp athletes foot</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
GNP GENTIAN VIOLET SOLN 1%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp miconazorb af</i> POWD 2%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp terbinafine hydrochlo</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; *

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025126 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>miconazole nitrate (topical)</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>nyamyc</i> POWD 100000unit/gm	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> POWD 100000unit/gm	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystop</i> POWD 100000unit/gm	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>qc antifungal cream</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>qc tolnaftate</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<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>terbinafine hcl (topical)</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>tolnafi-al</i> SOLN 1%	\$0(3)	NM; *
<i>tolnaftate</i> CREA 1%; POWD 1%	\$0(3)	NM; *
<i>tolnaftate antifungal</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
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)	

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025126 v8

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

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025126 v8



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp hydrocortisone maximu</i> OINT 1%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp hydrocortisone plus</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp hydrocortisone/aloe</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>halobetasol propionate</i> CREA .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (50 gm / 30 days)
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 acetate (topical)</i> OINT 1%	\$0(3)	NM; *
<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/aloe maxim</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>mometasone furoate</i> CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	\$0(1)	
<i>qc anti-itch/aloe</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm hydrocortisone</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm hydrocortisone maximum</i> OINT 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm hydrocortisone plus</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .025%, .1%, .5%	\$0(1)	QL (454 gm / 30 days)
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> LOTN .025%, .1%; OINT .025%, .1%, .5%	\$0(1)	
<i>triderm</i> CREA .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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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</i> 2.5-2.5%	\$0(1)	B/D, QL (30 gm / 30 days)
<i>lidocan</i> PTCH 5%	\$0(1)	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>tridacaine ii</i> PTCH 5%	\$0(1)	QL (3 patches / 1 day), PA
<b>DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE</b>		
ALOE VESTA PROTECTIVE OINT 43%	\$0(3)	NM; *
<i>americerin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>anti-dandruff shampoo</i> SHAM 1%	\$0(3)	NM; *
<i>anti-itch</i>	\$0(3)	NM; *
AQUA GLYCOL CRE FACE	\$0(3)	NM; *
AQUAPHILIC OIN	\$0(3)	NM; *
AQUAPHOR OINT 41%	\$0(3)	NM; *
AQUAPHOR ADVANCED PROTECT OINT 41%	\$0(3)	NM; *
AQUAPHOR ADVANCED THERAPY OINT 41%	\$0(3)	NM; *
AQUAPHOR OIN	\$0(3)	NM; *
<i>arthritis pain relieving</i> CREA .075%	\$0(3)	NM; *
<i>banophen</i>	\$0(3)	NM; *
<i>benzoin compound tincture</i>	\$0(3)	NM; *
BENZOIN TIN	\$0(3)	NM; *
BENZOIN TIN PLAIN	\$0(3)	NM; *
BETA CARE CRE	\$0(3)	NM; *
BETA XMA CRE	\$0(3)	NM; *
BETADINE SOLN 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BETADINE SURGICAL SCRUB SOLN 7.5%	\$0(3)	NM; *
BETADINE SWABSTICKS SWAB 10%	\$0(3)	NM; *
<i>bexarotene (topical)</i> GEL 1%	\$0(2)	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA
BULL FROG SPR MOSQUITO	\$0(3)	NM; *
<i>capsaicin</i> CREA .025%, .075%, .1%	\$0(3)	NM; *
<i>capsaicin heat patch</i> PTCH .025%	\$0(3)	NM; *
<i>capsimide</i> PTCH .025%	\$0(3)	NM; *
CERAVE CRE MOISTURI	\$0(3)	NM; *
CERAVE HEALING OINT 46.5%	\$0(3)	NM; *
CERAVE SA CRE RGH/BMP	\$0(3)	NM; *
CETAPHIL CRE HAND	\$0(3)	NM; *
COCONUT OIL CRE BEAUTY	\$0(3)	NM; *
COLEMAN 100 MAX INSECT RE AERO 98.11%; LIQD 98.11%	\$0(3)	NM; *
COLEMAN INSECT REPELLENT/ AERO 25%, 40%	\$0(3)	NM; *
COLEMN BOTAN LIQ INSECT	\$0(3)	NM; *
COLEMN INSEC LIQ SKINSMAR	\$0(3)	NM; *
COLEMN INSEC SPR SKINSMAR	\$0(3)	NM; *
<i>corn and callus remover</i> LIQD 17%	\$0(3)	NM; *
CUTTER AERO 10%	\$0(3)	NM; *
CUTTER AER NATURAL	\$0(3)	NM; *
CUTTER ALL FAMILY AERO 7%; LIQD 7%	\$0(3)	NM; *
CUTTER ALL FAMILY MOSQUIT SHEE 7.15%	\$0(3)	NM; *
CUTTER BACKWOODS AERO 25%; LIQD 25%	\$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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CUTTER BACKWOODS DRY AERO 25%	\$0(3)	NM; *
CUTTER DRY AERO 10%	\$0(3)	NM; *
CUTTER LEMON LIQ EUCALYPT	\$0(3)	NM; *
CUTTER LIQ NATURAL	\$0(3)	NM; *
CUTTER SKINSATIONS AERO 7%; LIQD 7%	\$0(3)	NM; *
CUTTER SPORT AERO 15%	\$0(3)	NM; *
<i>cvs advanced healing</i> OINT 41%	\$0(3)	NM; *
<i>cvs advanced healing oint</i> OINT 41%	\$0(3)	NM; *
CVS DRY SKIN CRE THERAPY	\$0(3)	NM; *
CVS INSECT REPELLENT AERO 15%	\$0(3)	NM; *
CVS MOISTURE CRE	\$0(3)	NM; *
CVS TOTAL HOME INSECT REP AERO 30%	\$0(3)	NM; *
D-CERIN CREA 33%	\$0(3)	NM; *
<i>dandruff shampoo</i> LOTN 1%; SHAM 1%	\$0(3)	NM; *
DERMABASE CRE	\$0(3)	NM; *
DHS SAL SHAM 3%	\$0(3)	NM; *
DIABETIDERM CRE	\$0(3)	NM; *
DIABETIDERM CRE FOOT	\$0(3)	NM; *
<i>diclofenac sodium (topical)</i> SOLN 1.5%	\$0(1)	QL (300 mL / 28 days)
<i>diphenhydramine-zinc acetate cream</i> 2-0.1%	\$0(3)	NM; *
DML FORTE CRE	\$0(3)	NM; *
<i>dry skin treatment</i> OINT 41%	\$0(3)	NM; *
<i>e-ointment</i>	\$0(3)	NM; *
EAGLE WATCH MOSQUITO ELIM LIQD 25%	\$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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EMOLLIA-CREM CRE	\$0(3)	NM; *
EQ THERAPEUT CRE MOISTURI	\$0(3)	NM; *
EUCERIN ADV CRE REPAIR	\$0(3)	NM; *
EUCERIN HAND CRE ADV REPA	\$0(3)	NM; *
EUCERIN PLUS CRE	\$0(3)	NM; *
FIRST AID ANTISEPTIC OINT OINT 10%	\$0(3)	NM; *
<i>flanders buttocks</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fluorouracil (topical) CREA 5%</i>	\$0(1)	QL (40 gm / 30 days)
<i>fluorouracil (topical) SOLN 2%, 5%</i>	\$0(1)	QL (10 mL / 30 days)
<i>gnp anti-itch</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp callus removers PADS 40%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp capsaicin heat patch PTCH .025%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp itch relief spray ext</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp povidone-iodine SOLN 10%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp wart remover LIQD 17%</i>	\$0(3)	NM; *
GOLD BOND ADVANCED HEALIN OINT 45%	\$0(3)	NM; *
GOLD BOND CRE HEALING	\$0(3)	NM; *
GOLD BOND OIN HEALING	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense hemorrhoidal oi</i>	\$0(3)	NM; *
HYDRASYN25 CRE	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocortisone (rectal) CREA 1%, 2.5%</i>	\$0(1)	
<i>hydrolatum</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hydrophor OINT 42%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>imiquimod CREA 5%</i>	\$0(1)	QL (24 packets / 30 days)
<i>itch relief extra strengt</i>	\$0(3)	NM; *
KERADAN CRE	\$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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> CREA 12%; LOTN 12%	\$0(1)	
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> CREA 12%; LOTN 12%	\$0(3)	NM; *
LANAPHILIC OIN	\$0(3)	NM; *
LANOLOR CRE	\$0(3)	NM; *
<i>lansinoh lanolin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lansinoh lanolin minis ni</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lansinoh lanolin nipple</i>	\$0(3)	NM; *
LEADER FINGE CRE	\$0(3)	NM; *
<i>lidocaine</i> CREA 4%	\$0(3)	QL (120 gm / 30 days), NM; *
MAXI DEET LIQD 98.11%	\$0(3)	NM; *
<i>medela tender care lanoli</i>	\$0(3)	NM; *
<i>medicated callus removers</i> PADS 40%	\$0(3)	NM; *
<i>medicated corn removers</i> PADS 40%	\$0(3)	NM; *
<i>metronidazole (topical)</i> CREA .75%; GEL .75%	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
<i>metronidazole (topical)</i> LOTN .75%	\$0(1)	QL (59 mL / 30 days)
<i>minerin creme</i>	\$0(3)	NM; *
MOISTURIZING CRE	\$0(3)	NM; *
<i>moisturizing cream</i>	\$0(3)	NM; *
NATRAPEL LIQD 20%	\$0(3)	NM; *
NATRAPEL 12-HOUR TICK & I AERO 20%	\$0(3)	NM; *
NEUTROGENA CRE HAND	\$0(3)	NM; *
<i>nitroglycerin (intra-anal)</i> OINT .4%	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
<i>numbcream</i> CREA 5%	\$0(3)	QL (113 gm / 30 days), NM; *
NUTRADERM CRE	\$0(3)	NM; *
OFF ACTIVE AERO 15%	\$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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OFF DEEP WOODS AERO 25%; LIQD 25%	\$0(3)	NM; *
OFF DEEP WOODS DRY AERO 25%	\$0(3)	NM; *
OFF DEEP WOODS SPORTSMEN AERO 30%; LIQD 25%, 98.25%	\$0(3)	NM; *
OFF DEEP WOODS TOWELETTES SHEE 25%	\$0(3)	NM; *
OFF FAMILYCARE CLEAN FEEL LIQD 5%	\$0(3)	NM; *
OFF FAMILYCARE SMOOTH & D AERO 15%	\$0(3)	NM; *
OFF FAMILYCARE TROPICAL F LIQD 5%	\$0(3)	NM; *
OFF FAMILYCARE UNSCENTED LIQD 7%	\$0(3)	NM; *
OFF SMOOTH & DRY AERO 15%	\$0(3)	NM; *
OINTMENT OIN BASE	\$0(3)	NM; *
PANRETIN GEL .1%	\$0(2)	NDS, QL (60 gm / 30 days), PA
PEN-KERA CRE	\$0(3)	NM; *
PENTRAVAN CRE	\$0(3)	NM; *
PENTRAVAN CRE PLUS	\$0(3)	NM; *
PETROLATUM OIN	\$0(3)	NM; *
<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; *
PRETTY FEET CRE & HANDS	\$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)	

**PA** - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>qc anti-itch extra streng</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc povidone iodine SOLN 10%</i>	\$0(3)	NM; *
RA ADVANCED HEALING OINT 41%	\$0(3)	NM; *
RANGER READY REPELLENT LIQD 20%	\$0(3)	NM; *
REPEL 100 LIQD 98.11%	\$0(3)	NM; *
REPEL FAMILY AERO 15%	\$0(3)	NM; *
REPEL FAMILY DRY AERO 10%	\$0(3)	NM; *
REPEL HUNTERS FORMULA AERO 25%	\$0(3)	NM; *
REPEL LEMON SPR INSECT	\$0(3)	NM; *
REPEL MOSQUITO WIPES SHEE 30%	\$0(3)	NM; *
REPEL SPORTSMEN AERO 25%	\$0(3)	NM; *
REPEL SPORTSMEN DRY AERO 25%	\$0(3)	NM; *
REPEL SPORTSMEN MAX AERO 40%; LIQD 40%; LOTN 40%	\$0(3)	NM; *
REPEL TICK DEFENSE AERO 15%	\$0(3)	NM; *
RISABAL-PH CRE	\$0(3)	NM; *
SAWYER INSECT REPELLENT AERO 30%	\$0(3)	NM; *
SAWYER INSECT REPELLENT C LOTN 20%	\$0(3)	NM; *
SAWYER PREMIUM INSECT REP LIQD 20%	\$0(3)	NM; *
<i>sb povidone-iodine SOLN 10%</i>	\$0(3)	NM; *
SEBEX SHA	\$0(3)	NM; *
SENSI-CARE CRE MOISTURI	\$0(3)	NM; *
<i>sm anti-itch extra streng</i>	\$0(3)	NM; *
SM BENZOIN TIN	\$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: 00025126 v8



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SM BENZOIN TIN NFXI	\$0(3)	NM; *
<i>sm povidone-iodine</i> SOLN 10%	\$0(3)	NM; *
SORBIDON CRE HYDRATE	\$0(3)	NM; *
STUDIO 35 CRE MOIST	\$0(3)	NM; *
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1%	\$0(1)	QL (100 gm / 30 days), PA
THERAPEUTIC CRE MOISTUR	\$0(3)	NM; *
THERAPEUTIC DANDRUFF SHAM 3%	\$0(3)	NM; *
TOTAL HOME SPR INSECT	\$0(3)	NM; *
ULTRATHON INSECT REPELLEN AERO 25%; LOTN 34.34%	\$0(3)	NM; *
VALCHLOR GEL .016%	\$0(2)	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA
VANICREAM CRE	\$0(3)	NM; *
VELVACHOL CRE	\$0(3)	NM; *
<i>wart remover maximum stre</i> LIQD 17%	\$0(3)	NM; *
XERAC AC SOLN 6.25%	\$0(3)	NM; *
ZIKS ARTHRIT CRE RELIEF	\$0(3)	NM; *
<i>zinc oxide (topical)</i> OINT 20%	\$0(3)	NM; *
<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>ivermectin (pediculicide)</i> LOTN .5%	\$0(3)	NM; *
<i>lice killing maximum stre</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lice killing shampoo</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; *

PA - Autorización previa QL - Límites de 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: 00025126 v8

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cuánto le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
VANALICE GEL 0.3-3.5%	\$0(3)	NM; *
<b>DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS</b>		
REGRANEX GEL .01%	\$0(2)	NDS, QL (30 gm / 30 days), PA
SANTYL OINT 250unit/gm	\$0(2)	QL (180 gm / 30 days)
sodium chloride (gu irrigant) SOLN .9%	\$0(1)	
water for irrigation, sterile irrigation soln	\$0(1)	
<b>MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS</b>		
cevimeline hcl CAPS 30mg	\$0(1)	
chlorhexidine gluconate (mouth-throat) SOLN .12%	\$0(1)	
clotrimazole TROC 10mg	\$0(1)	QL (150 lozenges / 30 days)
kourzeq PSTE .1%	\$0(1)	
lidocaine hcl (mouth-throat) SOLN 2%	\$0(1)	
nystatin (mouth-throat) SUSP 100000unit/ml	\$0(1)	
periogard SOLN .12%	\$0(1)	
pilocarpine hcl (oral) TABS 5mg, 7.5mg	\$0(1)	
triamcinolone acetonide (mouth) PSTE .1%	\$0(1)	
<b>OTIC - DRUGS TO TREAT CONDITIONS OF THE EAR</b>		
ear drops SOLN 6.5%	\$0(3)	NM; *
earwax removal SOLN 6.5%	\$0(3)	NM; *
earwax removal kit SOLN 6.5%	\$0(3)	NM; *
ft earwax removal SOLN 6.5%	\$0(3)	NM; *
ft earwax removal kit SOLN 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: 00025126 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp earwax removal drops</i> SOLN 6.5%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp earwax removal kit</i> SOLN 6.5%	\$0(3)	NM; *
<i>sm ear drops</i> SOLN 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: 00025126 v8

## D. Índice de medicamentos cubiertos

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<b>*</b>		<b>4</b>	
*b-complex w/ c & folic acid tab***	151	4-way fast acting	205
*b-complex w/ c cap**	151	<b>5</b>	
*b-complex w/ c tab**	151	50+ adult eye health	149
*calcium carb-vit d w/ minerals chew tab 600 mg-400 unit***	138	<b>6</b>	
*lactobacillus - packet**	100	600+d3	141
*lactobacillus acidophilus-pectin cap**	100	<b>A</b>	
*lactobacillus cap**	100	a-25	149
*lactobacillus tab**	100	a-10000	149
*multiple vitamin tab**	166	abacavir sulfate	15
*multiple vitamins w/ iron tab**	166	abacavir sulfate-lamivudine tab 600- 300 mg	17
*multiple vitamins w/ minerals liquid**	166	abatinox	98
*multiple vitamins w/ minerals tab**	166	ABC COMPLETE TAB MENS 50+	149
*niacinamide w/ zn-cu-methylfol-se-cr tab 750-27-2-0.5 mg***	168	ABC COMPLETE TAB SENIOR	149
*omega-3 fatty acids cap 1000 mg**	147	ABC COMPLETE TAB WOMEN	149
*omega-3 fatty acids cap 1200 mg**	147	ABELCET	14
*omega-3 fatty acids cap 300 mg**	147	abiraterone acetate	27
*omega-3 fatty acids cap 435 mg**	147	ABRYSVO	126
*omega-3 fatty acids cap 500 mg**	147	acamprosate calcium	72
*omega-3 fatty acids cap delayed release 1000 mg**	147	acarbose	74
*oral electrolyte solution***	133	ACCRUFER	116
*pediatric multiple vitamins w/ iron chew tab 15 mg**	170	accutane	212
*saline nasal gel**	209	acebutolol hcl	48
*sodium phosphates - enema***	109	acetaminophen	1
<b>1</b>		acetaminophen/ibuprofen	5
12 hour decongestant	197	acetaminophen w/ codeine soln 120- 12 mg/5ml	8
12 hour nasal decongestan	197	acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg	8
12 hour nasal spray	197	acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg	8
12hr allergy relief	189	acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg	8
1ST BASE CRE	128	ACETAMIN POW	128
<b>2</b>		acetazolamide	50
24hr allergy & congestion	197	acetic acid	113
24hr allergy relief	189	acetic acid (otic)	186
<b>3</b>		acetylcysteine	205
3 day vaginal	114	acid gone	96
		ACIDOPHILUS	98
		acidophilus extra strengt	98
		acidophilus probiotic	99

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>acidophilus probiotic for</i> .....	99	AEROCHAMBER MIS CHAMBER.....	205
ACIDOPHILUS/ TAB CIT PECT .....	99	AEROCHAMBER MIS FLOSIGNA.....	205
<i>acid reducer</i> .....	103, 112	AEROCHAMBER MIS MTHPIECE.....	205
<i>acid reducer maximum stre</i> .....	103	AEROCHAMBER MIS MV .....	205
<i>acid reducer original str</i> .....	103	AEROCHAMBER MIS PLUS .....	205
<i>acitretin</i> .....	216	AEROVENT MIS PLUS .....	205
<i>acne medication 2.5</i> .....	212	<i>afirmelle</i> .....	80
<i>acne medication 5</i> .....	212	<i>afirin saline nasal mist</i> .....	205
ACNE MEDICATION 5.....	212	<i>aftera</i> .....	80
<i>acne medication 10</i> .....	212	AIMOVIG .....	69
ACNE MEDICATION 10 .....	212	AIMSCO MIS LUBRICAT .....	80
ACTHIB INJ.....	126	<i>airborne</i> .....	149
<i>actical</i> .....	149	AIRBORNE CHW .....	149
ACTIMMUNE .....	125	AIRBORNE CHW KIDS.....	149
ACTIVE FE TAB 75-1.25 .....	116	<i>airborne gummies</i> .....	149
ACTIVESSENTI PAK ONCOPLEX .....	149	<i>airborne immune system</i> .....	149
ACTIVESSENTI PAK WOMEN.....	149	<i>airborne kids</i> .....	150
ACTIVESSENT PAK.....	149	AIRSHIELD CHW IMMUNITY.....	150
<i>activite</i> .....	149	AIRZONE PEAK MIS FLOW MTR.....	205
ACTIVNUTRIEN CAP .....	149	AKEEGA TAB 50/500MG.....	27
ACTIVNUTRIEN CAP W/O IRON .....	149	AKEEGA TAB 100/500 .....	27
ACTIVNUTRIEN CHW .....	149	<i>ala-cort</i> .....	216
ACTIVNUT W/O POW COP/IRON.....	149	<i>alaway</i> .....	183
<i>acyclovir</i> .....	19	<i>alaway childrens allergy</i> .....	183
<i>acyclovir sodium</i> .....	19	<i>albendazole</i> .....	10
ADACEL INJ.....	126	<i>albuterol sulfate</i> .....	191
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN) .....	121	<i>alclometasone dipropionate</i> .....	217
ADALIMUMAB-AACF (2 SYRING .....	121	ALCOHOL SWABS\BD-EMBECTA/MHC/ RUGBY .....	77
<i>adapalene</i> .....	212	ALCON TEARS .....	184
<i>adefovir dipivoxil</i> .....	19	ALDURAZYME.....	92
ADEK CHW PLUS ZN.....	149	ALECENSA.....	30
ADLT ONE DLY CHW GUMMIES .....	149	<i>alendronate sodium</i> .....	79
ADMELOG.....	77	ALEVAZOL .....	214
ADMELOG SOLOSTAR .....	77	<i>alfuzosin hcl</i> .....	113
ADULT 50+ CAP EYE HLTH .....	149	<i>aliskiren fumarate</i> .....	51
ADULT 50+ CAP OCUVITE.....	149	ALIVE 50+ TAB ENERGY .....	150
ADVAIR HFA AER 45/21 .....	211	ALIVE DAILY TAB WOMENS .....	150
ADVAIR HFA AER 115/21 .....	211	ALIVE DIABET TAB MULTIVIT.....	150
ADVAIR HFA AER 230/21 .....	211	ALIVE ENERGY TAB WOMENS.....	150
<i>advanced multi ea</i> .....	149	ALIVE HAIR CHW SKN/NAIL.....	150
<i>advantage care oral elect</i> .....	132	ALIVE IMMUNE CAP HEALTH .....	150
AERCHMBR PLS MIS INTERMED .....	205	ALIVE LIQ MULT-VIT .....	150
AERCHMBR PLS MIS LRG MASK .....	205	ALIVE MENS TAB .....	150
AERCHMBR PLS MIS MED MASK .....	205	ALIVE MULTI CHW CHILDRENS.....	150
AERCHMBR PLS MIS SM MASK.....	205	ALIVE WOMENS CHW 50+ .....	150
AERCHMBR Z- MIS STAT PLS .....	205		

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
ALIVE WOMENS CHW GUMMY.....	150	<i>americerin</i> .....	219
<i>allbee plus vitamin c</i> .....	150	<i>amethia</i> .....	80
<i>all day allergy</i> .....	187	<i>amethyst</i> .....	80
<i>all day allergy childrens</i> .....	187	<i>amikacin sulfate</i> .....	10
<i>all-day allergy childrens</i> .....	187	<i>amiloride hcl</i> .....	50
<i>all day pain relief</i> .....	5	<i>amiloride &amp; hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>all day relief</i> .....	5	5-50 mg.....	50
<i>all day sinus &amp; cold-d</i> .....	192	<i>amiodarone hcl</i> .....	46
<i>aller-chlor</i> .....	187	<i>amitriptyline hcl</i> .....	54
<i>allergy</i> .....	187	AMLADDEX TAB.....	150
<i>allergy 24-hr</i> .....	187	<i>amlodipine besylate</i> .....	49
<i>allergy childrens</i> .....	187	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-</i>	
<i>allergy &amp; congestion reli</i> .....	192	10 mg.....	40
<i>allergy multi-symptom</i> .....	192	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i>	
<i>allergy relief</i> .....	187, 211	5-10 mg.....	41
<i>allergy relief 24hr</i> .....	187	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i>	
<i>allergy relief childrens</i> .....	187	5-20 mg.....	41
<i>allergy relief d</i> .....	192	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i>	
<i>allergy relief d-12</i> .....	192	5-40 mg.....	41
<i>allergy relief d-24</i> .....	192	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-</i>	
<i>allergy relief/nasal deco</i> .....	192	20 mg.....	41
<i>all-nite cold &amp; flu night</i> .....	192	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-</i>	
<i>allopurinol</i> .....	1	40 mg.....	41
<i>almacone double strength</i> .....	96	<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>	
ALOE VESTA PROTECTIVE.....	219	<i>tab 5-20 mg</i> .....	43
<i>alose tron hcl</i> .....	109	<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>	
ALPHA LIPOIC ACID.....	144	<i>tab 5-40 mg</i> .....	43
<i>alpha-lipoic acid (thioctic acid)</i> .....	144	<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>	
<i>alprazolam</i> .....	53	<i>tab 10-20 mg</i> .....	43
<i>altamist</i> .....	205	<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>	
<i>altavera</i> .....	80	<i>tab 10-40 mg</i> .....	43
ALUMINUM HYDROXIDE.....	96	<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i>	
<i>alum &amp; mag hydroxide-simethicone susp</i>		5-160 mg.....	43
200-200-20 mg/5ml.....	96	<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i>	
<i>alum &amp; mag hydroxide-simethicone susp</i>		5-320 mg.....	43
400-400-40 mg/5ml.....	96	<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-</i>	
ALUNBRIG.....	30	160 mg.....	43
ALUNBRIG PAK.....	30	<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-</i>	
ALVAIZ.....	120	320 mg.....	43
ALVESCO.....	211	<i>amnesteem</i> .....	212
<i>alyacen 1/35</i> .....	80	<i>amoxapine</i> .....	54
<i>alyacen 7/7/7</i> .....	80	<i>amoxicillin</i> .....	23
ALYGLO.....	124	<i>amoxicillin &amp; k clavulanate chew tab 400-</i>	
<i>alyq</i> .....	52	57 mg.....	23
<i>amantadine hcl</i> .....	56	<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 200-</i>	
<i>ambrisentan</i> .....	52	28.5 mg/5ml.....	23

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i> .....	23	<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i> .....	24
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i> .....	23	<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i> .....	24
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i> .....	23	<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i> .....	24
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab 250-125 mg</i> .	23	<i>anagrelide hcl</i> .....	120
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab 500-125 mg</i> .	23	<i>anastrozole</i> .....	27
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab 875-125 mg</i> ..	23	<b>ANORO ELLIPT AER 62.5-25</b> .....	186
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i> .....	23	<i>antacid</i> .....	96
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i> .....	66	<i>antacid/antigas liquid</i> .....	97
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i> .....	66	<i>antacid calcium regular s</i> .....	96
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i> .....	66	<i>antacid extra strength</i> .....	96
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i> .....	67	<i>antacid maximum strength</i> .....	97
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i> .....	67	<i>antacid regular strength</i> .....	97
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i> .....	67	<i>antacid ultra strength</i> .....	97
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i> .....	67	<i>anti-dandruff shampoo</i> .....	219
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i> .....	67	<i>anti-diarrheal</i> .....	99
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i> .....	67	<i>antifungal</i> .....	214
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i> .....	67	<i>antifungal powder</i> .....	214
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i> .....	67	<i>anti-gas/and gnp antacid</i> .....	97
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i> .....	67	<b>ANTIGEN TEST KIT 2-PACK</b> .....	10
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i> .....	67	<b>ANTIGEN TEST KIT 8-PACK</b> .....	10
<i>amphotericin b</i> .....	14	<i>anti-itch</i> .....	219
<i>amphotericin b liposome</i> .....	14	<i>anti-itch maximum strengt</i> .....	217
<i>ampicillin</i> .....	23	<i>anti-oxidant</i> .....	150
<i>ampicillin sodium</i> .....	24	<i>antioxidant</i> .....	150
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i> .....	24	<b>ANTIOXIDANT TAB FORMULA</b> .....	150
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i> .....	24	<i>antioxidant vitamins</i> .....	150
		<b>APETIBEX CAP</b> .....	150
		<b>APETIGEN TAB PLUS</b> .....	150
		<b>APPE-CURB CAP</b> .....	150
		<i>aprepitant</i> .....	101
		<i>aprepitant capsule therapy pack 80 &amp; 125 mg</i> .....	101
		<i>apri</i> .....	80
		<i>aprodine</i> .....	192
		<b>APTIOM</b> .....	61
		<b>APTIVUS</b> .....	16
		<b>AQUA-E</b> .....	150
		<b>AQUA GLYCOL CRE FACE</b> .....	219
		<b>AQUANAZ TAB</b> .....	192
		<b>AQUAPHILIC OIN</b> .....	219
		<b>AQUAPHOR</b> .....	219
		<b>AQUAPHOR ADVANCED PROTECT</b> .....	219
		<b>AQUAPHOR ADVANCED THERAPY</b> .....	219

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
AQUAPHOR OIN.....	219	<i>a thru z select 50+ advan</i> .....	148
<i>aqueous vitamin d infants</i> .....	150	<i>a thru z select 50+ mens</i> .....	149
<i>aqueous vitamin e</i> .....	150	<i>a thru z select advanced</i> .....	149
ARALAST NP.....	205	<i>a thru z select ultimate</i> .....	149
<i>aranelle</i> .....	80	<i>a thru z ultimate mens</i> .....	149
ARCALYST.....	125	<i>atomoxetine hcl</i> .....	67
AREXVY.....	126	<i>atorvastatin calcium</i> .....	47
<i>arginine</i> .....	144	<i>atovaquone</i> .....	10
ARGININE.....	144	<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i> ....	15
ARGININE2000.....	144	<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i> ....	15
ARIKAYCE.....	10	ATP IGNITE PAK.....	151
<i>aripiprazole</i> .....	57	ATROPINE SULFATE.....	184
ARISTADA.....	58	<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i> .....	184
ARISTADA INITIO.....	58	ATROVENT HFA.....	186
<i>armodafinil</i> .....	72	<i>abra eq</i> .....	80
ARNUITY ELLIPTA.....	211	AUGTYRO.....	30
<i>arthritis pain relief</i> .....	1	<i>aurovela 1/20</i> .....	80
<i>arthritis pain relieving</i> .....	219	<i>aurovela 24 fe</i> .....	81
<i>artificial tears</i> .....	184	<i>aurovela fe 1.5/30</i> .....	81
ASCOR.....	150	<i>aurovela fe 1/20</i> .....	81
<i>ascorbic acid</i> .....	150	AUSTEDO.....	70
<i>ascorbic acid tab 500 mg</i> .....	151	AUSTEDO XR.....	70
<i>ascorbic acid tab 1000 mg</i> .....	151	AUSTEDO XR TAB TITR KIT.....	70
<i>asenapine maleate</i> .....	58	AUVELITY TAB 45-105MG.....	54
<i>ashlyna</i> .....	80	<i>aviane</i> .....	81
<i>aspirin</i> .....	1	AVICEL PH105 POW MICROCRY.....	128
ASPIRIN.....	1	<i>ayr</i> .....	206
<i>aspirin adult low dose</i> .....	1	AYR NASAL DROPS.....	206
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-</i> <i>200 mg</i> .....	121	AYR NASAL MIST ALLERGY &.....	206
<i>aspirin low dose</i> .....	1	<i>ayr saline nasal</i> .....	206
<i>aspirin low strength</i> .....	1	<i>ayr saline nasal no-drip</i> .....	206
<i>aspirin regimen</i> .....	1	<i>ayuna</i> .....	81
ASSESS METER MIS FULL.....	206	AYVAKIT.....	30
ASSESS METER MIS LOW.....	206	<i>azacitidine</i> .....	26
ASTAGRAF XL.....	125	<i>azathioprine</i> .....	125
<i>atazanavir sulfate</i> .....	16	AZ CREAM CRE.....	128
<i>atenolol</i> .....	48	<i>azelastine hcl</i> .....	187
<i>atenolol &amp; chlorthalidone tab 50-25 mg</i> .....	48	<i>azelastine hcl (ophth)</i> .....	183
<i>atenolol &amp; chlorthalidone tab 100-25 mg</i> .....	48	<i>azithromycin</i> .....	22
<i>athletes foot</i> .....	214	<i>azo complete feminine bal</i> .....	99
<i>athletes foot antifungal</i> .....	214	AZO DUAL CAP PROTECT.....	99
<i>athletes foot powder spra</i> .....	215	AZO HORMONAL TAB HEALTH.....	151
<i>a thru z advanced</i> .....	148	<i>aztreonam</i> .....	10
<i>a thru z high potency</i> .....	148	<i>azurette</i> .....	81
<i>a thru z select</i> .....	148		



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<b>B</b>		<i>benzoyl peroxide</i> .....	213
<i>b6 natural</i> .....	151	<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i> ..	213
<i>baby ayr saline</i> .....	206	<i>benzoyl peroxide topical</i> .....	213
<i>baby super daily d3</i> .....	151	<i>benzoyl peroxide wash</i> .....	213
<i>baby vitamin d3 drops</i> .....	151	<i>benztropine mesylate</i> .....	56
<i>bacitracin (ophthalmic)</i> .....	181	BENZYL ALC LIQ.....	128
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i> .....	181	BENZYL BENZO LIQ.....	128
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i> .....	181	BERINERT.....	120
<i>bacitracin (topical)</i> .....	213	<i>berocca</i> .....	151
<i>bacitracin zinc</i> .....	213	BESIVANCE.....	181
<i>baclofen</i> .....	71	BESREMI.....	29
BACMIN TAB.....	151	BETA CARE CRE.....	219
BAFIERTAM.....	70	<i>beta carotene</i> .....	151
<i>balsalazide disodium</i> .....	104	<i>beta carotene provitamin</i> .....	151
BALVERSA.....	30	BETADINE.....	219
<i>balziva</i> .....	81	BETADINE SURGICAL SCRUB.....	220
<i>banophen</i> .....	187, 219	BETADINE SWABSTICKS.....	220
BARACLUDGE.....	19	<i>betaine powder for oral solution</i> .....	92
BARIATRIC CAP MULTIVIT.....	151	<i>betamethasone dipropionate augmented</i> ...217	
BASAGLAR KWIKPEN.....	77	<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> .....217	
<i>baza antifungal</i> .....	215	<i>betamethasone valerate</i> .....	217
BCG VACCINE.....	126	BETASERON.....	71
<i>b-complex balanced</i> .....	151	BETA XMA CRE.....	219
B-COMPLEX/FA TAB /VIT C.....	151	<i>betaxolol hcl</i> .....	48
BD GLUCOSE.....	91	<i>betaxolol hcl (ophth)</i> .....	183
<i>bec/zinc</i> .....	151	<i>bethanechol chloride</i> .....	113
<i>benazepril hcl</i> .....	42	BETOPTIC-S.....	183
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i> .....	41	<i>better b complex</i> .....	151
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> .....	41	BEVESPI AER 9-4.8MCG.....	186
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> .....	41	<i>bexarotene</i> .....	29
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i> .....	41	<i>bexarotene (topical)</i> .....	220
BENDAMUSTINE HYDROCHLORID.....	25	BEXSERO INJ.....	126
BENDEKA.....	25	<i>bicalutamide</i> .....	27
BENLYSTA.....	125, 126	BICILLIN L-A.....	24
BENTIVITE TAB 35-1MG.....	116	BIKTARVY TAB 30-120-15 MG.....	17
<i>benzefoam</i> .....	213	BIKTARVY TAB 50-200-25 MG.....	17
<i>benzoin compound tincture</i> .....	219	BINAXNOW COV KIT HOME TES.....	10
BENZOIN TIN.....	219	BIO-35 GLUTE CAP FREE.....	151
BENZOIN TIN PLAIN.....	219	BIOCAL CAP.....	151
<i>benzonatate</i> .....	192	BIO-D-MULSION.....	151
		BIO-D-MULSION FORTE.....	151
		BIO-K PLUS CAP STRONG.....	99
		BIOLYTE SOL BERRY.....	132
		BIOLYTE SOL CITRUS.....	133
		BIOLYTE SOL MELON.....	133
		BIOLYTE SOL TROPICAL.....	133

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
BIOMEPRO CAP .....	99	BREZTRI AERO AER SPHERE	
BIOMEPRO LIQ.....	99	(INSTITUTIONAL PACK) .....	186
BION TEARS SOL 0.1-0.3%.....	184	<i>brillyn</i> .....	81
<i>biotin</i> .....	151	BRILINTA .....	121
BIOTIN .....	151	<i>brimonidine tartrate</i> .....	183
BIOTIN-D POW .....	129	<i>brinzolamide</i> .....	183
<i>biotin/maximum strength</i> .....	152	BRIVIACT .....	61
BIOTIN POW .....	128	<i>bromfenac sodium (ophth)</i> .....	182
<i>bisacodyl</i> .....	104	<i>bromocriptine mesylate</i> .....	56
<i>bisacodyl ec</i> .....	104	BRONCHITOL.....	206
<i>bismuth subsalicylate</i> .....	99	BRUKINSA .....	31
<i>bisoprolol fumarate</i> .....	48	<i>budesonide</i> .....	104
<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 2.5-</i>		<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd</i>	
6.25 mg .....	48	aerosol 80-4.5 mcg/act .....	212
<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab</i>		<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd</i>	
5-6.25 mg .....	48	aerosol 160-4.5 mcg/act.....	212
<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 10-</i>		<i>budesonide (inhalation)</i> .....	211
6.25 mg .....	48	BULL FROG SPR MOSQUITO .....	220
BIVIGAM .....	124	<i>bumetanide</i> .....	50
<i>blisovi 24 fe</i> .....	81	<i>buprenorphine</i> .....	7
<i>blisovi fe 1.5/30</i> .....	81	<i>buprenorphine hcl</i> .....	72
<i>body/hair/skin/nails</i> .....	152	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	
BONEUP 3 PER CAP DAY .....	152	2-0.5 mg (base equiv) .....	72
BONEUP CAP .....	152	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	
BONEUP VEG TAB.....	152	4-1 mg (base equiv).....	72
BOOST LIQ BREEZE.....	144	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	
BOOSTRIX INJ.....	126	8-2 mg (base equiv) .....	72
BORIC ACID GRA .....	129	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	
BORIC ACID POW.....	129	12-3 mg (base equiv) .....	72
<i>bortezomib</i> .....	30	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i>	
BORTEZOMIB.....	30	2-0.5 mg (base equiv) .....	72
<i>bosentan</i> .....	52	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i>	
BOSULIF.....	30, 31	8-2 mg (base equiv) .....	72
<i>bpo foaming cloths</i> .....	213	<i>bupropion hcl</i> .....	54
<i>bprotected multi-vite</i> .....	152	<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> .....	73
<i>bprotected pedia d-vite</i> .....	152	<i>bupirone hcl</i> .....	53
<i>bprotected pedia iron</i> .....	116	<i>butenafine hcl</i> .....	215
BPROTECT PED DRO TRI-VITE .....	152	<i>butorphanol tartrate</i> .....	8
BP VIT 3 CAP .....	152	<b>C</b>	
BRAFTOVI .....	31	<i>c-250</i> .....	152
<i>brantussin dm</i> .....	192	<i>c 500</i> .....	152
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG.....	211	<i>c-500</i> .....	152
BREO ELLIPTA INH 100-25 .....	212	<i>c-500/rose hips</i> .....	152
BREO ELLIPTA INH 200-25 .....	212	<i>c 1000</i> .....	152
<i>breyana</i> .....	212	<i>c-1000</i> .....	152
BREZTRI AERO AER SPHERE .....	186		

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>c-1000/rose hips</i> .....	152	<i>calcium carb-cholecalciferol tab 600 mg-10 mcg (400 unit)</i> .....	138
<i>cabergoline</i> .....	93	<i>calcium carb-cholecalciferol tab 600 mg-20 mcg (800 unit)</i> .....	138
CABOMETYX.....	31	<i>calcium carbonate</i> .....	139
CAFFEINE POW ANHYDROU .....	129	CALCIUM CARBONATE.....	97, 139
CALC CITRATE LIQ VIT D3.....	137	<i>calcium carbonate (antacid)</i> .....	97
CALC CITRATE TAB +D .....	137	<i>calcium carbonate-cholecalciferol tab 500 mg-5 mcg(200 unit)</i> .....	139
<i>calcidol</i> .....	152	<i>calcium carbonate-cholecalciferol tab 600 mg-5 mcg(200 unit)</i> .....	139
<i>calcipotriene</i> .....	216	<i>calcium carbonate-vitamin d cap 600 mg-5 mcg (200 unit)</i> .....	139
<i>calcitonin (salmon) spray</i> .....	79	<i>calcium carbonate-vitamin d tab 250 mg-3.125 mcg (125 unit)</i> .....	139
<i>calcitrate</i> .....	137	<i>calcium carbonate-vitamin d tab 600 mg-5 mcg (200 unit)</i> .....	139
CAL-CITRATE .....	137	CALCIUM CHW 500-10.....	139
CAL-CITRATE TAB PLUS D .....	137	CALCIUM CHW 500MG.....	139
<i>calcitrene</i> .....	216	<i>calcium citrate</i> .....	139
<i>calcitriol</i> .....	96	CALCIUM CITRATE.....	139
<i>calcitriol (oral)</i> .....	96	<i>calcium citrate + d</i> .....	139
<i>calcium+d3</i> .....	140	<i>calcium citrate + d3</i> .....	139
<i>calcium 500 + d</i> .....	137	<i>calcium citrate+d3</i> .....	139
<i>calcium 500 +d</i> .....	137	<i>calcium citrate + d3 max</i> .....	139
<i>calcium 500+d</i> .....	138	<i>calcium citrate + d3 maxi</i> .....	139
<i>calcium 500 +d3</i> .....	137	<i>calcium citrate+d3 petite</i> .....	140
<i>calcium 500+d3</i> .....	138	<i>calcium citrate/d3</i> .....	140
<i>calcium 500+d high potenc</i> .....	138	CALCIUM CIT/ TAB VIT D .....	139
CALCIUM 500 CHW +D3.....	137	<i>calcium cit-vitamin d tab 315 mg-5 mcg(200 unit) (elem ca)</i> .....	139
<i>calcium 500/d</i> .....	138	<i>calcium cit-vit d tab 200 mg-6.25 mcg(250 unit) (elem ca)</i> .....	139
<i>calcium 500/vitamin d</i> .....	138	<i>calcium cit-vit d tab 315 mg-6.25 mcg(250 unit) (elem ca)</i> .....	139
<i>calcium 600</i> .....	138	<i>calcium creamies</i> .....	140
<i>calcium 600 + d</i> .....	138	CALCIUM/D3 CAP 600-2500.....	140
<i>calcium 600+d</i> .....	138	<i>calcium gummies</i> .....	140
<i>calcium 600+d3</i> .....	138	<i>calcium high potency</i> .....	140
<i>calcium 600+d3 plus miner</i> .....	138	<i>calcium high potency + vi</i> .....	140
<i>calcium 600+d high potenc</i> .....	138	CALCIUM LACTATE .....	140
<i>calcium 600+d plus minera</i> .....	138	<i>calcium plus vitamin d</i> .....	140
<i>calcium 600 high potency</i> .....	138	<i>calcium plus vitamin d3</i> .....	140
CALCIUM 600 TAB +D .....	138	<i>calcium polycarbophil</i> .....	104
<i>calcium 600/vitamin d</i> .....	138	<i>calcium/vitamin d3</i> .....	140
<i>calcium 600/vitamin d3</i> .....	138	CALCIUM/VITD CAP 600-400 .....	140
<i>calcium 600 with vitamin</i> .....	138		
CALCIUM 1000 TAB + D.....	138		
CALCIUM 1200 CHW.....	138		
<i>calcium antacid</i> .....	97		
<i>calcium antacid extra str</i> .....	97		
CALCIUM CARB CAP VIT D3.....	138		
<i>calcium carb-cholecalciferol tab 250 mg-3.125 mcg (125 unit)</i> .....	138		
<i>calcium carb-cholecalciferol tab 500 mg-10 mcg (400 unit)</i> .....	138		

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>cal-gest antacid</i> .....	97	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i> .....	57
<i>callus remover and corn</i> .....	220	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i> .....	57
CAL-MINT .....	137	<i>carbidopa &amp; levodopa tab 10-100 mg</i> .....	56
CALQUENCE.....	31	<i>carbidopa &amp; levodopa tab 25-100 mg</i> .....	56
CAL-QUICK LIQ 500-400 .....	137	<i>carbidopa &amp; levodopa tab 25-250 mg</i> .....	56
CALTRATE + D TAB 300-800 .....	140	<i>carbidopa &amp; levodopa tab er 25-100 mg</i> .....	56
CALTRATE 600 CHW 600-800 .....	140	<i>carbidopa &amp; levodopa tab er 50-200 mg</i> .....	57
<i>camila</i> .....	81	<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg</i> .....	56
<i>camrese</i> .....	81	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i> .....	56
<i>camrese lo</i> .....	81	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i> .....	56
<i>candesartan cilexetil</i> .....	45	<i>carboplatin</i> .....	25
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg</i> .....	43	<i>carboxymethylcellulose sodium (ophth)</i> .....	184
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg</i> .....	43	CARESTART KIT COVID-19 .....	10
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-25 mg</i> .....	43	<i>carglumic acid</i> .....	93
CAPCOF SYP 5-2-10MG.....	192	<i>carisoprodol</i> .....	71
CAPLYTA.....	58	<i>carteolol hcl (ophth)</i> .....	183
CAPMIST DM TAB.....	192	<i>cartia xt</i> .....	49
CAPRELSA .....	31	<i>carvedilol</i> .....	49
CAPRON DM LIQ .....	192	<i>caspofungin acetate</i> .....	14
CAPRON DMT TAB 30-30MG .....	192	<i>castor oil</i> .....	104
<i>capsaicin</i> .....	220	CASTOR OIL .....	129
<i>capsaicin heat patch</i> .....	220	<i>castor oil stimulant laxa</i> .....	104
<i>capsimide</i> .....	220	CAYSTON .....	10
CAPSULE SZ 1 CAP LACTOSE.....	129	C-BUFF POW .....	152
<i>captopril</i> .....	42	<i>cefaclor</i> .....	21
<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 25-15 mg</i> .....	41	<i>cefadroxil</i> .....	21
<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i> .....	41	CEFAZOLIN .....	21
<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</i> .....	41	CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML .....	21
<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i> .....	41	<i>cefazolin sodium</i> .....	21
<i>carbamazepine</i> .....	61	CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%.....	21
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i> .....	57	<i>cefdinir</i> .....	21
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i> .....	57	<i>cefepime hcl</i> .....	21
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i> .....	57	<i>cefixime</i> .....	21
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i> .....	57	<i>cefotetan disodium</i> .....	21
		<i>cefoxitin sodium</i> .....	21
		<i>cefpodoxime proxetil</i> .....	21
		<i>cefprozil</i> .....	21
		<i>ceftazidime</i> .....	21
		<i>ceftriaxone sodium</i> .....	21
		<i>cefuroxime axetil</i> .....	21
		<i>cefuroxime sodium</i> .....	21

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>celecoxib</i> .....	5	<i>cetirizine-pseudoephedrine tab er 12hr</i>	
CELLULOSE CRY MICROCRY.....	129	5-120 mg .....	192
<i>centavite a-z complete mu</i> .....	152	<i>cevimeline hcl</i> .....	227
CENT MATURE TAB ADLT 50+ .....	152	CGH/CHEST SYP CONG DM.....	192
CENTRAL-VITE TAB .....	152	<i>chateal eq</i> .....	81
CENTRATEX CAP .....	116	CHEMET .....	80
<i>centravites</i> .....	152	CHEMSTRIP 5 TES OB .....	93
<i>centravites 50 plus</i> .....	152	CHEMSTRIP 7 TES.....	93
CENTRAVITES TAB 50 PLUS .....	152	CHEMSTRIP 10 TES MD .....	93
CENTRAVITES TAB ADULTS.....	152	<i>chest congestion relief</i> .....	192
CENTRUM 50+ CHW FRSH/FRU.....	152	<i>chest congestion relief d</i> .....	192
CENTRUM CHW ADULTS .....	152	<i>chest congestion relief p</i> .....	192
CENTRUM CHW FLAV BST .....	152	CHEWABLE CALCIUM .....	140
CENTRUM CHW SILVER .....	153	<i>childrens acetaminophen</i> .....	1
CENTRUM KIDS CHW .....	153	<i>childrens animal shapes c</i> .....	153
CENTRUM KIDS CHW FLAV BST.....	153	<i>childrens chewable multiv</i> .....	153
CENTRUM MINI TAB ADULT 50.....	153	<i>childrens chewable vitam</i> i .....	153
CENTRUM MINI TAB WOMEN 50.....	153	CHILDRENS CHW GUMMIES .....	153
CENTRUM SPEC TAB HEART.....	153	<i>childrens ibuprofen</i> .....	5
CENTRUM SPEC TAB VISION.....	153	<i>childrens loratadine</i> .....	188
CENTRUM TAB CARDIO .....	153	<i>childrens mucus relief co</i> .....	193
CENTRUM TAB MEN .....	153	<i>childrens pain relief plu</i> .....	193
CENTRUM TAB SILVER .....	153	CHLO HIST SOL .....	193
CENTRUM TAB ULTRA.....	153	CHLORELLA CAP.....	153
<i>century</i> .....	153	<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i> .....	227
<i>century mature</i> .....	153	<i>chlorocaps</i> .....	153
<i>cephalexin</i> .....	21	<i>chloroquine phosphate</i> .....	15
<i>ceralyte 70</i> .....	133	<i>chlorpheniramine maleate</i> .....	188
CERASPORT SOL.....	133	<i>chlorpromazine hcl</i> .....	58
CERASPORT SOL EX1 .....	133	<i>chlorthalidone</i> .....	50
CERAVE CRE MOISTURI .....	220	CHLO TUSS LIQ .....	193
CERAVE HEALING .....	220	<i>chocolated laxative</i> .....	104
CERAVE SA CRE RGH/BMP .....	220	<i>chocolated laxative regul</i> .....	104
CERDELGA.....	93	<i>cholecalciferol</i> .....	154
CEREZYME .....	93	<i>cholecalciferol cap 1.25 mg (50000 unit)</i> ..	154
<i>cerovite jr</i> .....	153	<i>cholecalciferol cap 250 mcg (10000 unit)</i> ..	154
<i>cerovite senior</i> .....	153	CHOLESTEROL POW .....	129
<i>certa-vite</i> .....	153	CHOLESTEROL POW ACETATE .....	129
<i>certavite/antioxidants</i> .....	153	<i>cholestyramine</i> .....	47
CERTAVITE/ TAB ANTIOXID .....	153	<i>cholestyramine light</i> .....	47
CERTAVITE TAB SENIOR.....	153	<i>chromagen</i> .....	116
CETAPHIL CRE HAND .....	220	<i>ciclopirox</i> .....	215
<i>cetirizine hcl</i> .....	187	<i>ciclopirox olamine</i> .....	215
<i>cetirizine hcl allergy ch</i> .....	187	<i>cilostazol</i> .....	120
<i>cetirizine hcl childrens</i> .....	187	CILOXAN.....	181
<i>cetirizine hydrochloride</i> .....	188	CIMDUO TAB 300-300 .....	17

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>cinacalcet hcl</i> .....	93	<i>clonidine</i> .....	51
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i> .....	22	<i>clonidine hcl</i> .....	51
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i> .....	22	<i>clopidogrel bisulfate</i> .....	121
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i> .....	186	<i>clorazepate dipotassium</i> .....	62
<i>ciprofloxacin hcl</i> .....	22	<i>clotrimazole</i> .....	227
<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i> .....	182	<i>clotrimazole 3</i> .....	114
<i>cisplatin</i> .....	25	<i>clotrimazole antifungal</i> .....	215
<i>citalopram hydrobromide</i> .....	54	<i>clotrimazole athletes foo</i> .....	215
CITRACAL+D3 CHW 250-500 .....	140	<i>clotrimazole (topical)</i> .....	215
CITRACAL CAL CHW GUMMIES .....	140	<i>clotrimazole vaginal</i> .....	114
CITRACAL TAB MAX PLUS .....	140	<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i> .....	215
CITRULLINE POW (L).....	129	<i>clozapine</i> .....	58
<i>claravis</i> .....	213	COARTEM TAB 20-120MG.....	15
<i>clarithromycin</i> .....	22	COCONUT OIL CRE BEAUTY .....	220
<i>clearlax</i> .....	104	COENZYME Q10 POW .....	129
CLEODERM CRE .....	129	<i>coenzyme q10 (ubidecarenone)</i> .....	145
<i>clindamycin hcl</i> .....	10	<i>colace 2-in-1</i> .....	104
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> .....	10	COLACE CLEAR.....	104
<i>clindamycin phosphate</i> .....	10	<i>colchicine</i> .....	1
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i> .....	10	<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i> .....	1
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i> .....	10	COLD & ALLER LIQ CHILDREN .....	193
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i> .....	10	<i>cold &amp; cough childrens</i> .....	193
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> .....	213	<i>cold/cough childrens</i> .....	193
<i>clindamycin phosphate vaginal</i> .....	114	<i>cold/flu daytime relief</i> .....	193
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML.....	11	<i>cold &amp; flu nighttime reli</i> .....	193
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML.....	11	<i>cold &amp; flu relief daytime</i> .....	193
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML.....	11	<i>cold &amp; flu relief nightti</i> .....	193
CLINIMIX INJ 4.25/D5W .....	136	<i>cold relief plus</i> .....	193
CLINIMIX INJ 4.25/D10 .....	137	<i>cold &amp; sinus</i> .....	193
CLINIMIX INJ 5%/D15W .....	137	<i>cold &amp; sinus relief</i> .....	193
CLINIMIX INJ 5%/D20W .....	137	COLEMAN 100 MAX INSECT RE.....	220
CLINIMIX INJ 6/5.....	137	COLEMAN INSECT REPELLENT/ .....	220
CLINIMIX INJ 8/10 .....	137	COLEMN BOTAN LIQ INSECT .....	220
CLINIMIX INJ 8/14 .....	137	COLEMN INSEC LIQ SKINSMAR .....	220
<i>clinisol sf 15%</i> .....	137	COLEMN INSEC SPR SKINSMAR .....	220
CLINITEST KIT SELF-TST .....	11	<i>colesevelam hcl</i> .....	47
CLINOLIPID EMU 20% .....	137	<i>colestipol hcl</i> .....	47
<i>clobazam</i> .....	61	<i>colistimethate sodium</i> .....	11
<i>clobetasol propionate</i> .....	217	COMBIGAN SOL 0.2/0.5%.....	183
<i>clobetasol propionate e</i> .....	217	COMBIVENT AER 20-100 .....	186
<i>clomipramine hcl</i> .....	54	COMETRIQ (60MG DOSE).....	31
<i>clonazepam</i> .....	61	COMETRIQ KIT 100MG .....	31
		COMETRIQ KIT 140MG .....	31
		COMPACT SPAC MIS CHAMBER .....	206
		COMPACT SPAC MIS LG MASK .....	206

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
COMPACT SPAC MIS MD MASK.....	206	<i>cromolyn sodium (nasal)</i> .....	206
COMPACT SPAC MIS SM MASK.....	206	<i>cromolyn sodium (ophth)</i> .....	183
<i>companion</i> .....	154	<i>cryselle-28</i> .....	81
<i>compete</i> .....	154	CULTURELLE CAP ADV REG .....	99
COMPLERA TAB .....	17	CULTURELLE CAP WOMENS .....	99
<i>complete allergy medicine</i> .....	188	CULTURELLE CHW MULTIVIT .....	154
<i>complete multivitamin/mul</i> .....	154	<i>culturelle kids complete</i> .....	154
<i>compro</i> .....	101	<i>culturelle kids multivita</i> .....	154
CONCEPTIONXR MIS MOTILITY .....	154	<i>culturelle kids probiotic</i> .....	154
CONEX SOL CLD/ALRG .....	193	<i>culturelle prenatal welln</i> .....	99
CONEX TAB 2-60MG.....	193	<i>culturelle total balance</i> .....	99
<i>constulose</i> .....	104	<i>culturelle womens wellnes</i> .....	99
COPAXONE.....	71	<i>curae</i> .....	81
COPIKTRA .....	31	CUTTER.....	220
CO Q-10.....	144	CUTTER AER NATURAL .....	220
<i>coq10 maximum strength</i> .....	145	CUTTER ALL FAMILY .....	220
CORLANOR .....	51	CUTTER ALL FAMILY MOSQUIT .....	220
<i>corn and callus remover</i> .....	220	CUTTER BACKWOODS.....	220
COROMEGA EMU OMEGA 3.....	145	CUTTER BACKWOODS DRY .....	221
<i>corvita</i> .....	154	CUTTER DRY .....	221
<i>corvita 150</i> .....	116	CUTTER LEMON LIQ EUCALYPT .....	221
CORVITE 150 TAB .....	117	CUTTER LIQ NATURAL .....	221
CORVITE FE TAB .....	117	CUTTER SKINSATIONS .....	221
COSENTYX .....	121	CUTTER SPORT .....	221
COSENTYX SENSOREADY PEN.....	121	<i>cvs acidophilus probiotic</i> .....	99
COSENTYX UNOREADY .....	121	<i>cvs advanced healing</i> .....	221
COTELLIC .....	31	<i>cvs advanced healing oint</i> .....	221
<i>cough &amp; cold</i> .....	193	<i>cvs airshield</i> .....	154
<i>cough &amp; cold hbp</i> .....	193	<i>cvs airshield effervesce</i> .....	154
<i>cough dm</i> .....	193	<i>cvs b6</i> .....	154
<i>cough dm childrens</i> .....	193	<i>cvs b complex plus c</i> .....	154
COVID-19 AG KIT TEST.....	11	<i>cvs biotin</i> .....	154
COVID-19 AT- KIT 1-PACK .....	11	<i>cvs calcium 600+d</i> .....	140
COVID-19 AT- KIT 2-PACK .....	11	<i>cvs calcium 600 + d plus</i> .....	140
COVID-19 RAP KIT 1-PACK .....	11	<i>cvs calcium 600 &amp; vitamin</i> .....	140
COVID-19 RAP KIT 2-PACK.....	11	<i>cvs calcium carbonate</i> .....	140
COVID-19 TES KIT SPECIMEN .....	11	<i>cvs calcium citrate+d3 pe</i> .....	140
CREAM BASE CRE.....	129	<i>cvs calcium &amp; vitamin d3</i> .....	140
CREON CAP 3000UNIT .....	109	<i>cvs castor oil</i> .....	105
CREON CAP 6000UNIT .....	109	<i>cvs chewable childrens vi</i> .....	154
CREON CAP 12000UNT .....	109	<i>cvs childrens chewable co</i> .....	154
CREON CAP 24000UNT .....	110	<i>cvs chocolate laxative pi</i> .....	105
CREON CAP 36000UNT .....	110	<i>cvs coenzyme q-10</i> .....	145
<i>critic-aid clear af</i> .....	215	<i>cvs coq-10</i> .....	145
<i>cromolyn sodium</i> .....	206	CVS COVID-19 KIT HOME 2PK.....	11
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> .....	110	<i>cvs d3</i> .....	154

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>cvs daily gummies</i> .....	154	<i>cvs vitamin c</i> .....	155
<i>cvs daily gummies adult</i> .....	154	<i>cvs vitamin c/rose hips</i> .....	155
<i>cvs daily multiple for me</i> .....	155	<i>cvs vitamin d3</i> .....	155
<i>cvs daily multiple for wo</i> .....	155	<i>cvs vitamin e</i> .....	155
CVS DRY SKIN CRE THERAPY .....	221	<i>cvs womens active daily</i> .....	156
<i>cvs e</i> .....	155	<i>cvs womens daily gummies</i> .....	156
<i>cvs electrolyte solution</i> .....	133	CYANOCOBALAM CRY .....	129
<i>cvs e oil</i> .....	155	<i>cyanocobalamin</i> .....	156
<i>cvs eye health &amp; lutein</i> .....	155	CYANOCOBAL POW .....	129
<i>cvs fish oil</i> .....	145	<i>cyclobenzaprine hcl</i> .....	71
<i>cvs fish oil half-the-siz</i> .....	145	<i>cyclophosphamide</i> .....	26
<i>cvs folic acid</i> .....	155	CYCLOPHOSPHAMIDE .....	26
<i>cvs glucose</i> .....	91	CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR .....	26
CVS GLUCOSE CHW FRUIT .....	91	<i>cycloserine</i> .....	19
<i>cvs gummy fish childrens</i> .....	145	<i>cyclosporine</i> .....	126
CVS INSECT REPELLENT .....	221	<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> 126	
<i>cvs iron</i> .....	117	<i>cyproheptadine hcl</i> .....	188
<i>cvs jock itch</i> .....	215	<i>cyred eq</i> .....	81
CVS KETONE TES CARE .....	93	CYSTADROPS.....	184
<i>cvs magnesium</i> .....	140	CYSTAGON .....	93
<i>cvs magnesium oxide</i> .....	140	CYSTARAN .....	184
<i>cvs mens daily gummies</i> .....	155	<i>cytarabine</i> .....	26
CVS MOISTURE CRE .....	221	<i>cyto arg</i> .....	145
CVS NASAL MIST.....	206	CYTO-Q.....	145
<i>cvs natural fish oil</i> .....	145	CYTO-Q MAX .....	145
<i>cvs one daily essential</i> .....	155	CYTO-Q T/F .....	145
<i>cvs one daily mens health</i> .....	155		
<i>cvs one daily womens form</i> .....	155	<b>D</b>	
<i>cvs oyster shell calcium/</i> .....	141	D2.5W/NAACL INJ 0.45% .....	134
<i>cvs pediatric electrolyte</i> .....	133	<i>d3</i> .....	156
<i>cvs pinworm treatment</i> .....	11	D3.....	156
<i>cvs saline nasal spray</i> .....	206	<i>d-3-5</i> .....	157
<i>cvs slow release iron</i> .....	117	<i>d3-50</i> .....	156
<i>cvs spectravite advanced</i> .....	155	<i>d3-1000</i> .....	156
<i>cvs spectravite men</i> .....	155	<i>d3 2000</i> .....	156
<i>cvs spectravite men 50+</i> .....	155	<i>d3 5000</i> .....	156
<i>cvs spectravite senior</i> .....	155	<i>d3 adult</i> .....	156
<i>cvs spectravite ultra hea</i> .....	155	<i>d3 adult gummy</i> .....	156
<i>cvs spectravite ultra wom</i> .....	155	D3 BABY DROPS.....	156
<i>cvs spectravite women</i> .....	155	<i>d3 high potency</i> .....	156
<i>cvs spectravite women 50+</i> .....	155	<i>d3 kids</i> .....	156
<i>cvs stress formula/zinc</i> .....	155	D3 LIQUID .....	156
<i>cvs super b complex/c</i> .....	155	<i>d3 maximum strength</i> .....	156
CVS TOTAL HOME INSECT REP.....	221	<i>d3 super strength</i> .....	156
CVS VISION CAP HEALTH .....	155	D10W/NAACL INJ 0.2% .....	134
<i>cvs vitamin a</i> .....	155	<i>d 400</i> .....	156



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>d-400</i> .....	157	DEKAS PLUS CHW .....	157
<i>d 1000</i> .....	156	DEKAS PLUS LIQ.....	157
<i>d-1000 extra strength</i> .....	157	DELSTRIGO TAB.....	17
<i>d2000 ultra strength</i> .....	156	DELSYM .....	193
<i>d 5000</i> .....	156	DELSYM CGH LIQ SR THRT .....	193
<i>d-5000</i> .....	157	DELSYM CHILD MIS DAY/NGHT .....	193
<i>d 10000</i> .....	156	<i>delsym cough + chest cong</i> .....	193
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> .....	115	<i>delsym cough + cold night</i> .....	193
<i>daily combo multi vitamin</i> .....	157	DELSYM NIGHT SOL CGH/MAX .....	193
<i>daily multiple vitamins</i> .....	157	<i>delta d3</i> .....	157
<i>daily multivitamin</i> .....	157	DENGXAXIA SUS.....	127
<i>daily value multivitamin</i> .....	157	DEPO-SUBQ PROVERA 104 .....	81
<i>daily vitamins</i> .....	157	<i>depo-testosterone</i> .....	74
<i>daily vite</i> .....	157	DERMABASE CRE .....	221
<i>daily-vite</i> .....	157	DESCOVY TAB 120-15MG .....	18
<i>daily-vite multivitamin</i> .....	157	DESCOVY TAB 200/25MG .....	18
<i>daily vite multivitamin/i</i> .....	157	<i>desipramine hcl</i> .....	54
<i>dalfampridine</i> .....	71	<i>desmopressin acetate</i> .....	93
<i>danazol</i> .....	74	<i>desmopressin acetate spray</i> .....	93
<i>dandruff shampoo</i> .....	221	<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> ....	93
<i>dantrolene sodium</i> .....	71	<i>desogest-eth estrad &amp; eth estrad tab 0.15-</i> <i>0.02/0.01 mg(21/5)</i> .....	81
<i>dapsone</i> .....	11	<i>desvenlafaxine succinate</i> .....	54
DAPTACEL INJ .....	126	DEX4 CHW FRUIT .....	91
<i>daptomycin</i> .....	11	DEX4 CHW GRAPE.....	91
DAPTOMYCIN .....	11	DEX4 CHW ORANGE .....	91
<i>darunavir</i> .....	16	DEX4 CHW RASPBERRY .....	91
<i>dasetta 1/35</i> .....	81	DEX4 CHW SOUR APL .....	91
<i>dasetta 7/7/7</i> .....	81	DEX4 CHW WATERMLN .....	91
DAURISMO .....	31	DEX4 POUCH CHW PACK .....	91
<i>daysee</i> .....	81	DEX4 QUICK DISSOLVE GLUCO .....	91
<i>daytime cold &amp; flu relief</i> .....	193	<i>dexamethasone</i> .....	90
DAYVIGO.....	68	DEXAMETHASONE INTENSOL .....	90
D-CERIN.....	221	<i>dexamethasone sodium phosphate</i> .....	90
DDROPS.....	157	<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i> 182	
<i>deblitane</i> .....	81	<i>dexmethylphenidate hcl</i> .....	67
<i>decara</i> .....	157	<i>dextromethorphan-guaifenesin liquid 10-</i> <i>100 mg/5ml</i> .....	194
DECARA .....	157	<i>dextromethorphan-guaifenesin syrup 10-</i> <i>100 mg/5ml</i> .....	194
DECARA K CAP .....	157	<i>dextromethorphan hbr</i> .....	193
DECUBI-VITE CAP.....	157	<i>dextromethorphan polistirex</i> .....	194
<i>deep sea nasal spray</i> .....	206	<i>dextrose</i> .....	137
<i>deferasirox</i> .....	80	<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i> .	134
DEKAS CAP ESSENTIA .....	157	<i>dextrose 5% in lactated ringers</i> .....	134
DEKAS CHW BARIATRI .....	157	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i> .....	134
DEKAS LIQ ESSENTIA .....	157		
DEKAS PLUS CAP.....	157		
DEKAS PLUS CAP OCEAN.....	157		

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3% .....</i>	134	<i>diphenhydramine-zinc acetate cream</i>	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9% .....</i>	134	2-0.1%.....	221
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45% ...</i>	134	<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-</i>	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225% ..</i>	134	0.025 mg/5ml.....	110
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45% ..</i>	134	<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-</i>	
DHS SAL.....	221	0.025 mg .....	110
<i>diabetes health formula .....</i>	158	DIP/TET PED INJ 25-5LFU.....	127
DIABETES PAK HEALTH.....	158	<i>dipyridamole.....</i>	121
DIABET HLTH PAK SUPPORT.....	157	<i>disopyramide phosphate .....</i>	46
DIABETIDERM CRE.....	221	DISTILLED LIQ WATER .....	129
DIABETIDERM CRE FOOT.....	221	<i>disulfiram .....</i>	73
DIACOMIT .....	62	<i>divalproex sodium .....</i>	62
<i>dialyvite .....</i>	158	DML FORTE CRE.....	221
<i>dialyvite 800 .....</i>	158	<i>docetaxel .....</i>	29
<i>dialyvite 800/ultra d .....</i>	158	DOCETAXEL .....	29
DIALYVITE TAB 3000 .....	158	<i>docusate calcium.....</i>	105
DIALYVITE TAB 5000 .....	158	<i>docusate mini.....</i>	105
DIALYVITE TAB SUPREM D.....	158	<i>docusate sodium .....</i>	105
DIALYVITE/ TAB ZINC .....	158	DOCUSOL KIDS .....	105
<i>dialyvite vitamin d3 max .....</i>	158	<i>dodex.....</i>	158
<i>dialyvite vitamin d 5000.....</i>	158	<i>dofetilide .....</i>	46
DIALYVITE WAF 800 .....	158	<i>dok .....</i>	105
DIATRUST KIT COVID-19.....	11	<i>dolishale.....</i>	81
<i>diazepam .....</i>	62	DOLOGESIC-DF TAB 1-500MG.....	194
<i>diazepam (anticonvulsant).....</i>	62	DOLOGESIC TAB 1-500MG .....	194
<i>diazepam inj .....</i>	62	<i>donepezil hydrochloride .....</i>	53
<i>diazepam intensol.....</i>	62	DOPTelet .....	120
<i>diazoxide .....</i>	91	<i>dorzolamide hcl .....</i>	183
<i>diclofenac potassium .....</i>	5	<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln</i>	
<i>diclofenac sodium .....</i>	5	2-0.5%.....	183
<i>diclofenac sodium (ophth) .....</i>	182	<i>dotti .....</i>	89
<i>diclofenac sodium (topical) .....</i>	221	<i>double antibiotic .....</i>	214
<i>dicloxacillin sodium .....</i>	24	DOVATO TAB 50-300MG.....	18
<i>dicyclomine hcl .....</i>	102	<i>doxazosin mesylate .....</i>	43
DIFICID .....	22	<i>doxepin hcl .....</i>	54
<i>diflunisal .....</i>	5	<i>doxepin hcl (sleep).....</i>	68
<i>digoxin.....</i>	51	<i>doxorubicin hcl.....</i>	29
<i>dihydroergotamine mesylate .....</i>	69	<i>doxorubicin hcl liposomal.....</i>	29
DILANTIN.....	62	<i>doxy 100.....</i>	25
<i>diltiazem hcl .....</i>	49	<i>doxycycline hyclate .....</i>	25
<i>diltiazem hcl coated beads.....</i>	49	<i>doxycycline (monohydrate) .....</i>	25
<i>diltiazem hcl extended release beads.....</i>	50	<i>driminate .....</i>	101
<i>dilt-xr.....</i>	49	DRIZALMA SPRINKLE .....	54
<i>dimaphen dm cold &amp; cough .....</i>	194	<i>dronabinol.....</i>	101
<i>diphenhydramine hcl.....</i>	188	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab</i>	
		3-0.02 mg .....	82

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab</i>		<i>e.e.s. 400</i> .....	22
3-0.03 mg .....	82	<i>efavirenz</i> .....	16
<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate</i>		<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-</i>	
<i>tab 3-0.02-0.451 mg</i> .....	81	200-300 mg .....	18
<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate</i>		<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-</i>	
<i>tab 3-0.03-0.451 mg</i> .....	81	300-300 mg .....	18
DROXIA .....	120	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-</i>	
<i>droxidopa</i> .....	51	300-300 mg .....	18
<i>dry eye formula</i> .....	158	<i>eldertonic</i> .....	158
<i>dry eye relief drops</i> .....	184	ELIGARD .....	27
<i>dry skin treatment</i> .....	221	<i>elinest</i> .....	82
DULERA AER 50-5MCG.....	212	ELIQUIS .....	115
DULERA AER 100-5MCG .....	212	ELIQUIS STARTER PACK.....	115
DULERA AER 200-5MCG .....	212	ELLUME COV19 KIT HOME TES .....	11
<i>duloxetine hcl</i> .....	54	<i>eluryng</i> .....	82
DUPIXENT .....	121	EMERGEN-C CHW VITA C .....	158
DUREX MIS REALFEEL .....	82	EMERGEN-C PAK BLUE .....	158
<i>dutasteride</i> .....	113	EMERGEN-C PAK HEART .....	158
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i>	113	EMERGEN-C PAK IMMUNE.....	158
<i>d-vite pediatric</i> .....	157	EMERGEN-C PAK KIDZ .....	159
<b>E</b>		EMERGEN-C PAK MSM LITE.....	159
<i>e-200</i> .....	158	EMERGEN-C PAK PINK.....	159
<i>e200</i> .....	158	EMERGEN-C PAK VITA C.....	159
<i>e-400</i> .....	158	EMERGEN-C PAK VIT D/CA .....	159
<i>e400</i> .....	158	EMGALITY .....	69
<i>e-400-clear</i> .....	158	EMOLLIA-CREM CRE .....	222
<i>e 1000</i> .....	158	EMOLLIENT CRE BASE .....	129
<i>e1000</i> .....	158	EMPTY CAPSUL CAP #0 .....	129
EAGLE WATCH MOSQUITO ELIM.....	221	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 0.....	129, 130
<i>ear drops</i> .....	227	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 1.....	129
<i>earwax removal</i> .....	227	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 2 .....	129
<i>earwax removal kit</i> .....	227	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 3 .....	129
EASIVENT MIS.....	206	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 4.....	129
EASIVENT MIS MASK LG .....	206	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 5 .....	129
EASIVENT MIS MASK MED .....	206	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 7 .....	129
EASIVENT MIS MASK SM .....	206	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 10.....	129
<i>econazole nitrate</i> .....	215	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 11.....	129
<i>econtra one-step</i> .....	82	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 13.....	130
<i>ed a-hist</i> .....	194	EMSAM .....	55
<i>ed a-hist dm</i> .....	194	<i>emtricitabine</i> .....	16
ED A-HIST DM TAB 10-4-10 .....	194	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i>	
<i>ed-apap</i> .....	1	<i>tab 100-150 mg</i> .....	18
ED BRON GP LIQ.....	194	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i>	
<i>ed chlorped jr</i> .....	188	<i>tab 133-200 mg</i> .....	18
EDURANT.....	16	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i>	
		<i>tab 167-250 mg</i> .....	18

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i>		EPCLUSA PAK 150-37.5 .....	19
<i>tab 200-300 mg</i> .....	18	EPCLUSA PAK 200-50MG .....	19
EMTRIVA .....	16	EPCLUSA TAB 200-50MG.....	19
EMVERM .....	11	EPCLUSA TAB 400-100 .....	19
<i>emzahh</i> .....	82	EPIDIOLEX .....	62
<i>enalapril maleate</i> .....	42	<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> .....	51, 206
<i>enalapril maleate &amp; hydrochlorothiazide tab</i>		<i>epitol</i> .....	62
<i>5-12.5 mg</i> .....	41	<i>eplerenone</i> .....	42
<i>enalapril maleate &amp; hydrochlorothiazide tab</i>		EPRONTIA.....	62
<i>10-25 mg</i> .....	41	<i>epsom salt</i> .....	105
ENBREL .....	122	<i>eq calcium 500+d</i> .....	141
ENBREL MINI.....	122	<i>eq calcium 600+d</i> .....	141
ENBREL SURECLICK .....	122	<i>eq calcium 600+d+minerals</i> .....	141
<i>endacof-dm</i> .....	194	<i>eq calcium citrate+d</i> .....	141
<i>endocet tab 2.5-325mg</i> .....	8	<i>eq complete chewable mult</i> .....	159
<i>endocet tab 5-325mg</i> .....	8	<i>eq complete multivitamin</i> .....	159
<i>endocet tab 7.5-325mg</i> .....	8	EQ COMPLETE TAB ADULT .....	159
<i>endocet tab 10-325mg</i> .....	8	<i>eq b-6</i> .....	159
<i>endur-acin</i> .....	159	<i>eq biotin</i> .....	159
ENDUR-VM TAB .....	159	<i>eq calcium 600mg/vitamin</i> .....	141
ENDUR-VM TAB IRON .....	159	EQL CALCIUM CAP VIT D .....	141
<i>enema ready-to-use</i> .....	105	<i>eq calcium citrate/ vita</i> .....	141
<i>enemeez mini</i> .....	105	<i>eq calcium citrate w/vit</i> .....	141
<i>enemeez plus</i> .....	105	<i>eq calcium/vitamin d</i> .....	141
ENFAMIL SOL ENFALYTE.....	133	<i>eq carbonyl iron</i> .....	117
ENGERIX-B.....	127	<i>eq castor oil</i> .....	105
<i>enilloring</i> .....	82	<i>eq century</i> .....	159
<i>enoxaparin sodium</i> .....	115	<i>eq century mature</i> .....	159
<i>enpresse-28</i> .....	82	EQL CENTURY TAB MENS.....	159
<i>enskyce</i> .....	82	<i>eq childrens multivitami</i> .....	159
ENSTILAR AER .....	216	<i>eq coq10</i> .....	145
ENSURE CLEAR LIQ APPLE.....	145	<i>eq digestive probiotic</i> .....	99
ENSURE CLEAR LIQ BBRY/POM .....	145	<i>eq fish oil</i> .....	145
ENSURE CLEAR LIQ MIX BERY .....	145	<i>eq iron supplement thera</i> .....	117
ENSURE CLEAR LIQ MIX FRUT .....	145	<i>eq laxative eql laxative</i> .....	105
ENSURE CLEAR LIQ PEACH.....	145	<i>eq omega 3 fish oil</i> .....	145
<i>entacapone</i> .....	57	<i>eq omega-3 fish oil</i> .....	145
<i>entecavir</i> .....	19	<i>eq one daily mens 50+ ad</i> .....	159
ENTRESTO CAP 6-6MG.....	43	<i>eq one daily mens health</i> .....	159
ENTRESTO CAP 15-16MG .....	44	<i>eq one daily womens 50+</i> .....	159
ENTRESTO TAB 24-26MG.....	44	<i>eq probiotic acidophilus</i> .....	99
ENTRESTO TAB 49-51MG .....	44	<i>eq saline nasal spray</i> .....	207
ENTRESTO TAB 97-103MG .....	44	<i>eq slow release iron</i> .....	117
<i>enulose</i> .....	105	<i>eq stress b-complex/vita</i> .....	159
<i>e-oil</i> .....	158	<i>eq super b complex/vitam</i> .....	159
<i>e-ointment</i> .....	221	<i>eq vision formula</i> .....	159

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>eql vitamin c</i> .....	159	<i>etodolac</i> .....	5
<i>eql vitamin c/rose hips</i> .....	160	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-0.015 mg/24hr</i> .....	82
<i>eql vitamin d3</i> .....	160	<i>etoposide</i> .....	30
<i>eql vitamin e</i> .....	160	<i>etravirine</i> .....	16
EQ MULTIVITA CHW GUMMIES .....	159	EUCERIN ADV CRE REPAIR .....	222
EQ ONE DAILY TAB MENS .....	159	EUCERIN HAND CRE ADV REPA .....	222
EQ ONE DAILY TAB WOMENS .....	159	EUCERIN PLUS CRE .....	222
<i>eq one daily womens healt</i> .....	159	EULEXIN .....	27
<i>eq saline nasal spray</i> .....	206	<i>euthyrox</i> .....	95
<i>eq slow-release iron</i> .....	117	<i>everolimus</i> .....	32
EQ THERAPEUT CRE MOISTURI .....	222	<i>everolimus (immunosuppressant)</i> .....	126
<i>ergocalciferol</i> .....	160	EVOTAZ TAB 300-150 .....	18
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i> .....	69	<i>exemestane</i> .....	27
ERIVEDGE .....	32	EYE HEALTH CAP ADLT 50+ .....	160
ERLEADA .....	27	EYE HEALTH TAB LUTEIN .....	160
<i>erlotinib hcl</i> .....	32	<i>eye itch relief</i> .....	183
<i>errin</i> .....	82	EYE MULTIVIT TAB SODIUM .....	160
<i>ertapenem sodium</i> .....	11	EYSUVIS .....	184
<i>ery</i> .....	213	<i>ezetimibe</i> .....	47
<i>ery-tab</i> .....	22	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i> .....	47
ERYTHROCIN LACTOBIONATE .....	22	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i> .....	47
<i>erythromycin (acne aid)</i> .....	213	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i> .....	47
<i>erythromycin base</i> .....	22	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i> .....	47
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> .....	22	EZFE 200 .....	117
<i>erythromycin lactobionate</i> .....	22		
<i>erythromycin (ophth)</i> .....	182	<b>F</b>	
<i>escitalopram oxalate</i> .....	55	<i>fa-8</i> .....	160
<i>esomeprazole magnesium</i> .....	112	FABRAZYME .....	93
<i>essentia</i> .....	160	<i>falmina</i> .....	82
<i>essential balance</i> .....	160	<i>famciclovir</i> .....	19
<i>estarylla</i> .....	82	<i>famotidine</i> .....	103
<i>estradiol</i> .....	89	<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln</i> .....	103
<i>estradiol &amp; norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i> .....	89	<i>famotidine maximum streng</i> .....	103
<i>estradiol &amp; norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i> .....	89	<i>famotidine original stren</i> .....	103
<i>estradiol vaginal</i> .....	89	FANAPT .....	58
<i>estradiol valerate</i> .....	89	FANAPT PAK .....	58
ESTROVEN MEN TAB SUPPLEM .....	160	FANTASY LUBR MIS COLORS .....	82
<i>eszopiclone</i> .....	68	FANTASY LUBR MIS SPERMICI .....	82
<i>ethambutol hcl</i> .....	19	FANTASY MIS LUBRICAT .....	82
<i>ethosuximide</i> .....	63	FARXIGA .....	74
<i>ethynodiol diacetate &amp; ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i> .....	82	FASENRA .....	207
<i>ethynodiol diacetate &amp; ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i> .....	82	FASENRA PEN .....	207
		FASTEP 1-PK KIT COVID-19 .....	11
		FASTEP 2-PK KIT COVID-19 .....	11

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
FASTEP 4-PK KIT COVID-19 .....	11	FISH OIL CAP 150MG .....	145
FASTEP 20-PK KIT COVID-19 .....	11	FISH OIL CAP 180MG .....	145
FC2 FEMALE MIS CONDOM.....	82	FISH OIL CAP 183.33MG.....	146
<i>felbamate</i> .....	63	FISH OIL CAP 360MG .....	146
<i>felodipine</i> .....	50	FISH OIL CAP 1000MG .....	146
<i>fenofibrate</i> .....	46	FISH OIL CAP 1360MG.....	146
<i>fenofibrate micronized</i> .....	46	FISH OIL CAP 1400MG.....	146
<i>fentanyl</i> .....	7	<i>fish oil concentrate</i> .....	146
<i>fentanyl citrate</i> .....	8, 9	<i>fish oil double strength</i> .....	146
FERAHEME .....	117	<i>fish oil extra strength</i> .....	146
<i>ferate</i> .....	117	<i>fish oil high potency</i> .....	146
<i>fergon</i> .....	117	<i>fish oil maximum strength</i> .....	146
FERIVA TAB 21/7 .....	117	<i>fish oil omega-3</i> .....	146
<i>ferosul</i> .....	117	<i>fish oil pearls</i> .....	146
FERRALET 90 TAB .....	117	<i>fish oil/super potent/no</i> .....	146
<i>ferrex 150</i> .....	117	<i>flac</i> .....	186
<i>ferric x-150</i> .....	117	<i>flanders buttocks</i> .....	222
<i>ferrous gluconate</i> .....	117	FLAREX .....	182
FERROUS GLUCONATE.....	117	FLAVOR SWEET SYP S/F .....	130
<i>ferrous sulfate</i> .....	117	FLEBOGAMMA DIF.....	124
FE SULFATE POW .....	117	<i>flecainide acetate</i> .....	46
FETZIMA .....	55	FLEET BISACODYL .....	105
FETZIMA CAP TITRATIO .....	55	FLEET ENE PED.....	105
<i>feverall adults</i> .....	1	FLEXICHAMBER MIS.....	207
<i>feverall childrens</i> .....	1	FLEXICHAMBER MIS MASK LRG.....	207
FEVERALL INFANTS .....	1	FLEXICHAMBER MIS MASK SM .....	207
FEVERALL JUNIOR STRENGTH.....	2	FLINTSTONES CHW BONE BLD .....	160
<i>fe-vite iron</i> .....	117	FLINTSTONES CHW COMPLETE.....	160
<i>fexofenadine hcl</i> .....	188	FLINTSTONES CHW GUMMIES .....	160
<i>fexofenadine-pseudoephedrine tab er 12hr</i> 60-120 mg.....	194	FLINTSTONES CHW IMMUNITY .....	160
<i>fexofenadine-pseudoephedrine tab er 24hr</i> 180-240 mg.....	194	FLINTSTONES CHW SOUR GUM.....	160
FIASP .....	77	<i>flintstones complete</i> .....	160
FIASP FLEXTOUCH.....	77	<i>flintstones gummies plus</i> .....	160
FIASP PENFILL .....	78	<i>flintstones multivitamin</i> .....	160
FIASP PUMPCART .....	78	<i>flintstones/my first</i> .....	160
<i>fiber-lax</i> .....	105	<i>flintstones plus calcium</i> .....	160
<i>finasteride</i> .....	113	<i>flintstones w/iron</i> .....	160
<i>finlimod hcl</i> .....	71	FLORAJEN CAP ACIDOPHI .....	99
FINTEPLA.....	63	FLORAJEN CAP WOMEN .....	99
<i>finzala</i> .....	82	<i>floranex</i> .....	99
FIRMAGON .....	27	FLORIVA DRO PLUS.....	160
FIRST AID ANTISEPTIC OINT .....	222	FLOWFLEX KIT TEST .....	11
<i>fish oil adult gummies</i> .....	145	<i>fluconazole</i> .....	14
<i>fish oil burp-less</i> .....	145	<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml</i> ..	14
		<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i> ..	14
		<i>flucytosine</i> .....	14

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>fludrocortisone acetate</i> .....	90	<i>ft 8 hour pain relief</i> .....	2
<i>flu hbp</i> .....	194	<i>ft acid reducer</i> .....	103, 112
<i>flunisolide (nasal)</i> .....	211	<i>ft acid reducer maximum s</i> .....	103
<i>fluocinolone acetonide</i> .....	217	<i>ft all day allergy</i> .....	188
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i> .....	186	<i>ft all day allergy 24 hou</i> .....	188
<i>fluocinonide</i> .....	217	<i>ft all day allergy relief</i> .....	188
<i>fluocinonide emulsified base</i> .....	217	<i>ft allergy multi-symptom</i> .....	194
<i>fluorometholone (ophth)</i> .....	182	<i>ft allergy relief</i> .....	188
<i>fluorouracil</i> .....	26	<i>ft allergy relief 12 hour</i> .....	188
<i>fluorouracil (topical)</i> .....	222	<i>ft allergy relief 24 hour</i> .....	188
<i>fluoxetine hcl</i> .....	55	<i>ft allergy relief childre</i> .....	188
<i>fluphenazine decanoate</i> .....	58	<i>ft antacid &amp; antigas</i> .....	97
<i>fluphenazine hcl</i> .....	58	<i>ft antacid extra strength</i> .....	97
<i>flurbiprofen</i> .....	5	<i>ft antacid regular streng</i> .....	97
<i>flurbiprofen sodium</i> .....	182	<i>ft anti-diarrheal</i> .....	99
<i>flu/severe cold &amp; cough d</i> .....	194	<i>ft antifungal cream</i> .....	215
<i>fluticasone propionate</i> .....	217	<i>ft aspirin</i> .....	2
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> .....	211	<i>ft aspirin low dose</i> .....	2
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act</i> .....	212	<i>ft athletes foot cream</i> .....	215
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act</i> .....	212	<i>ft castor oil</i> .....	105
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act</i> .....	212	<i>ft chest congestion relie</i> .....	194
<i>fluvoxamine maleate</i> .....	53	<i>ft children's chewables p</i> .....	2
<i>folate</i> .....	160	<i>ft clearlax</i> .....	105
<i>folic acid</i> .....	160	<i>ft cold &amp; flu relief dayt</i> .....	194
FOLIC ACID.....	161	<i>ft cold &amp; flu relief nigh</i> .....	194
FOLIC ACID POW.....	161	<i>ft earwax removal</i> .....	227
FOLIVANE-F CAP .....	117	<i>ft earwax removal kit</i> .....	227
<i>fondaparinux sodium</i> .....	115	<i>ft enteric coated aspirin</i> .....	2
<i>fosamprenavir calcium</i> .....	16	<i>ft fiber laxative</i> .....	105
<i>fosinopril sodium</i> .....	42	<i>ft gas relief drops infan</i> .....	110
<i>fosinopril sodium &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> .....	41	<i>ft gas relief extra stren</i> .....	110
<i>fosinopril sodium &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> .....	42	<i>ft gas relief ultra stren</i> .....	110
FOTIVDA.....	32	<i>ft gentle laxative</i> .....	105
FREEDAVITE TAB .....	161	<i>ft ibuprofen</i> .....	5
<i>freeze dried acidophilus</i> .....	99	<i>ft ibuprofen childrens</i> .....	5
FRESHKOTE PF SOL 2.7-2% .....	184	<i>ft ibuprofen ib childrens</i> .....	5
FRESHKOTE SOL 2.7-2%.....	184	<i>ft ibuprofen minis</i> .....	5
FRUCTOSE GRA.....	146	<i>ft laxative</i> .....	105
<i>fruity chews</i> .....	161	<i>ft magnesium citrate</i> .....	105
<i>fruity chews/iron</i> .....	161	<i>ft mineral oil</i> .....	105
FRUZAQLA.....	32	<i>ft motion sickness</i> .....	101
		<i>ft mucus relief 12hr</i> .....	194
		<i>ft mucus relief d 12 hour</i> .....	194
		<i>ft mucus relief dm</i> .....	194
		<i>ft naproxen sodium</i> .....	5
		<i>ft nasal</i> .....	194

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>ft nasal decongestant max</i> .....	195	<i>gavilyte-n/flavor pack</i> .....	106
<i>ft nasal decongestant pe</i> .....	195	GAVRETO .....	32
<i>ft pain relief</i> .....	2	<i>gefitinib</i> .....	32
<i>ft pain relief adult extr</i> .....	2	<i>gemcitabine hcl</i> .....	26
<i>ft senna laxative</i> .....	105	<i>gemfibrozil</i> .....	46
<i>ft senna-s</i> .....	106	GENADEK CAP STEP 1 .....	161
<i>ft stomach relief</i> .....	99	GENADEK CAP STEP 2.....	161
<i>ft stool softener</i> .....	106	<i>generlac</i> .....	106
<i>ft tussin adult</i> .....	195	<i>gengraf</i> .....	126
<i>ft tussin cf adult</i> .....	195	GENOTROPIN.....	93
<i>full spectrum b/vitamin c</i> .....	161	GENOTROPIN MINIQUICK.....	93
FULPHILA.....	116	<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i> .....	11
<i>fulvestrant</i> .....	27	<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i> .....	11
FUNGOID TINCTURE .....	215	<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i> .....	11
<i>furosemide</i> .....	50	<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i> .....	11
<i>furosemide inj</i> .....	50	<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i> .....	12
FUSION PLUS CAP.....	117	<i>gentamicin sulfate</i> .....	12
FUZEON.....	16	<i>gentamicin sulfate (ophth)</i> .....	182
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i> .....	89	<i>gentamicin sulfate (topical)</i> .....	214
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i> .....	89	GENTEAL SEVERE TEARS .....	184
FYCOMPA .....	63	GENTEAL TEAR GEL SEV D/N .....	184
<b>G</b>		<i>genteal tears liquid drop</i> .....	184
<i>gabapentin</i> .....	63	<i>genteal tears night-time</i> .....	184
<i>galantamine hydrobromide</i> .....	53	GENTEAL TEAR SOL MOD PF .....	184
GALZIN.....	141	GENTEAL TEAR SOL PF .....	184
GAMASTAN INJ .....	124	<i>gentle laxative</i> .....	106
GAMMAGARD LIQUID .....	124	GENVOYA TAB.....	18
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH.....	125	<i>gerber grow mighty</i> .....	161
GAMMAKED .....	125	<i>gerber lil' brainies</i> .....	161
GAMMAPLEX .....	125	<i>gerivite complete</i> .....	161
GAMUNEX-C .....	125	GILOTRIF .....	32
<i>ganciclovir sodium</i> .....	19	<i>glatiramer acetate</i> .....	71
GARDASIL 9 INJ.....	127	<i>glatopa</i> .....	71
<i>gas relief</i> .....	110	GLEOSTINE.....	26
<i>gas relief extra strength</i> .....	110	<i>glimepiride</i> .....	74
<i>gas relief infants</i> .....	110	<i>glipizide</i> .....	75
<i>gas relief ultra strength</i> .....	110	<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i> .....	75
<i>gas-x extra strength</i> .....	110	<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i> .....	75
<i>gas-x ultra strength</i> .....	110	<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i> .....	75
<i>gatifloxacin (ophth)</i> .....	182	<i>glipizide xl</i> .....	75
GATTEX.....	110	GLUCOSE.....	91
GAUZE PADS 2 .....	78	GLUCOSE CHW FRUIT .....	91
<i>gavilax</i> .....	106	GLUCOSE CHW GRAPE.....	91
<i>gavilyte-c</i> .....	106	GLUCOSE CHW ORANGE .....	91
<i>gavilyte-g</i> .....	106	GLUCOSE CHW RASPBERRY .....	91
		GLUCOSE CHW WATERMLN .....	91



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>glucoten</i> .....	161	<i>gnp calcium 500 +d3</i> .....	141
<i>glutamine powder</i> .....	146	<i>gnp calcium 600 +d3</i> .....	141
GLUTATHIONE POW.....	146	<i>gnp calcium 600 +d3/miner</i> .....	141
GLYCERIN .....	130	<i>gnp calcium 600 +d/minera</i> .....	141
GLYCERIN LIQ .....	130	<i>gnp calcium citrate +d3</i> .....	141
<i>glycolax</i> .....	106	<i>gnp calcium citrate+d3 ma</i> .....	141
<i>glycopyrrolate</i> .....	102, 103	<i>gnp callus removers</i> .....	222
<i>glydo</i> .....	219	<i>gnp capsaicin heat patch</i> .....	222
GLYXAMBI TAB 10-5 MG .....	75	<i>gnp castor oil</i> .....	106
GLYXAMBI TAB 25-5 MG.....	75	<i>gnp childrens allergy</i> .....	189
<i>gnp 8 hour arthritis reli</i> .....	2	<i>gnp childrens chewables/e</i> .....	161
<i>gnp 8 hour pain relief</i> .....	2	<i>gnp childrens chewables/i</i> .....	161
<i>gnp 8 hour pain reliever</i> .....	2	<i>gnp childrens ibuprofen</i> .....	5
<i>gnp acetaminophen</i> .....	2	<i>gnp clearlax</i> .....	106
<i>gnp acid reducer</i> .....	103	<i>gnp clotrimazole 3</i> .....	114
<i>gnp acid reducer maximum</i> .....	103	<i>gnp cold + flu severe</i> .....	195
<i>gnp adult aspirin low str</i> .....	2	<i>gnp cold + head congestio</i> .....	195
<i>gnp all day allergy</i> .....	188	<i>gnp cold &amp; cough children</i> .....	195
<i>gnp all day allergy child</i> .....	188	<i>gnp cold max day/night ad</i> .....	195
<i>gnp all day allergy-d</i> .....	195	<i>gnp cold max daytime for</i> .....	195
<i>gnp all day allergy relie</i> .....	188	<i>gnp co q-10</i> .....	146
<i>gnp allergy</i> .....	188	<i>gnp co q10</i> .....	146
<i>gnp allergy &amp; congestion</i> .....	195	<i>gnp cough dm er</i> .....	195
<i>gnp allergy multi-symptom</i> .....	195	<i>gnp d 1000</i> .....	161
<i>gnp allergy relief</i> .....	189	<i>gnp d 2000</i> .....	161
<i>gnp allergy relief 24 hou</i> .....	189	<i>gnp day time cold/flu</i> .....	195
<i>gnp allergy relief maximu</i> .....	189	<i>gnp earwax removal drops</i> .....	228
<i>gnp antacid and anti-gas/</i> .....	97	<i>gnp earwax removal kit</i> .....	228
<i>gnp antacid &amp; anti-gas ma</i> .....	97	<i>gnp electrolyte solution</i> .....	133
<i>gnp antacid anti-gas/maxi</i> .....	97	<i>gnp epsom salt</i> .....	106
<i>gnp antacid &amp; anti-gas/re</i> .....	97	<i>gnp esomeprazole magnesiu</i> .....	112
<i>gnp antacid extra strengt</i> .....	97	<i>gnp essential one daily</i> .....	161
<i>gnp antacid/regular stren</i> .....	97	<i>gnp fexofenadine/pseudoep</i> .....	195
<i>gnp antacid ultra strengt</i> .....	97	<i>gnp fiber-caps</i> .....	106
<i>gnp antibiotic + pain rel</i> .....	214	<i>gnp fiber powder</i> .....	106
<i>gnp anti-diarrheal</i> .....	99	<i>gnp fiber therapy</i> .....	106
<i>gnp anti-gas ultra streng</i> .....	110	<i>gnp fish oil</i> .....	146
<i>gnp anti-itch</i> .....	222	GNP FISH OIL CAP 840MG .....	146
<i>gnp artificial tears</i> .....	184	<i>gnp fish oil maximum stre</i> .....	146
<i>gnp aspirin</i> .....	2	<i>gnp fluticasone propionat</i> .....	211
<i>gnp aspirin low dose</i> .....	2	<i>gnp folic acid</i> .....	161
<i>gnp athletes foot</i> .....	215	<i>gnp gas relief</i> .....	110
<i>gnp bacitracin zinc</i> .....	214	<i>gnp gas relief extra stre</i> .....	110
<i>gnp b-complex plus vitamí</i> .....	161	GNP GENTIAN VIOLET .....	215
<i>gnp biotin</i> .....	161	<i>gnp gentle laxative</i> .....	106
<i>gnp calcium</i> .....	141	GNP GLUCOSE CHW GRAPE.....	91

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
GNP GLUCOSE CHW ORANGE .....	91	<i>gnp nasal spray extra moi</i> .....	196
GNP GLUCOSE CHW RASPBERRY .....	92	<i>gnp nasal spray fast acti</i> .....	196
GNP GLUCOSE CHW WATERMLN .....	92	<i>gnp nicotine gum</i> .....	73
<i>gnp hair/skin/nails</i> .....	161	<i>gnp nicotine mini lozenge</i> .....	73
<i>gnp healthy eyes</i> .....	161	<i>gnp nicotine polacrilex</i> .....	73
<i>gnp hydrocortisone</i> .....	217	<i>gnp nicotine polacrilex m</i> .....	73
<i>gnp hydrocortisone/aloe</i> .....	218	<i>gnp nicotine transdermal</i> .....	73
<i>gnp hydrocortisone maximu</i> .....	218	<i>gnp night time cold &amp; flu</i> .....	196
<i>gnp hydrocortisone plus</i> .....	218	<i>gnp night time cough</i> .....	196
<i>gnp ibuprofen</i> .....	6	<i>gnp no drip nasal spray</i> .....	196
<i>gnp ibuprofen childrens</i> .....	6	<i>gnp omeprazole</i> .....	112
<i>gnp ibuprofen infants</i> .....	6	<i>gnp omeprazole odt</i> .....	112
<i>gnp infant gas relief</i> .....	110	<i>gnp one daily mens health</i> .....	161
<i>gnp infants pain/fever</i> .....	2	<i>gnp one daily womens heal</i> .....	161
<i>gnp iron</i> .....	117	<i>gnp one daily womens meta</i> .....	161
<i>gnp itch relief spray ext</i> .....	222	<i>gnp pain &amp; fever children</i> .....	2
<i>gnp lansoprazole</i> .....	112	<i>gnp pain &amp; fever infants</i> .....	2
<i>gnp lice treatment</i> .....	226	<i>gnp pain relief</i> .....	2
<i>gnp little ones childrens</i> .....	161	<i>gnp pain relief extra str</i> .....	2
<i>gnp loperamide hydrochlor</i> .....	100	<i>gnp pediatric electrolyte</i> .....	133
<i>gnp loratadine</i> .....	189	<i>gnp pink bismuth</i> .....	100
<i>gnp loratadine childrens</i> .....	189	<i>gnp pink bismuth ultra st</i> .....	100
<i>gnp lubricating plus eye</i> .....	184	<i>gnp povidone-iodine</i> .....	222
<i>gnp magnesium citrate</i> .....	106	GNP PROBIOTI CAP XTRA STR .....	100
<i>gnp mega multi for men</i> .....	161	<i>gnp pseudoephedrine hcl 1</i> .....	196
<i>gnp mega multi for women</i> .....	161	<i>gnp pseudoephedrine hcl e</i> .....	196
<i>gnp miconazole 1 combinat</i> .....	114	GNP QUICK DISSOLVE GLUCOS .....	92
<i>gnp miconazole 3</i> .....	114	<i>gnp senna lax</i> .....	106
<i>gnp miconazole 7</i> .....	114	<i>gnp senna plus</i> .....	106
<i>gnp miconazorb af</i> .....	215	<i>gnp sinus + headache for</i> .....	196
<i>gnp milk of magnesia</i> .....	106	<i>gnp sinus pressure/pain</i> .....	196
<i>gnp mineral oil</i> .....	106	<i>gnp sinus severe daytime</i> .....	196
<i>gnp motion sickness relie</i> .....	101	<i>gnp stomach relief</i> .....	100
<i>gnp mucus dm maximum stre</i> .....	195	<i>gnp stool softener</i> .....	106
<i>gnp mucus er</i> .....	195	<i>gnp stool softener/stimul</i> .....	106
<i>gnp mucus relief</i> .....	195	<i>gnp tab tussin</i> .....	196
<i>gnp mucus relief dm</i> .....	195	<i>gnp tab tussin dm</i> .....	196
<i>gnp mucus relief pe</i> .....	195	<i>gnp terbinafine hydrochlo</i> .....	215
<i>gnp naproxen</i> .....	6	<i>gnp therapeutic-m</i> .....	161
<i>gnp naproxen sodium</i> .....	6	<i>gnp tolnaftate</i> .....	215
<i>gnp nasal decongestant</i> .....	195	<i>gnp triple antibiotic</i> .....	214
<i>gnp nasal decongestant/ma</i> .....	195	<i>gnp triple antibiotic plu</i> .....	214
<i>gnp nasal decongestant pe</i> .....	195	<i>gnp tussin cf cough &amp; col</i> .....	196
<i>gnp nasal four spray</i> .....	195	<i>gnp tussin cough long act</i> .....	196
<i>gnp nasal moisturizing</i> .....	207	<i>gnp tussin dm cough</i> .....	196
<i>gnp nasal spray</i> .....	195	<i>gnp tussin dm cough/chest</i> .....	196

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>gnp tussin dm max</i> .....	196	<i>goodsense naproxen sodium</i> .....	6
<i>gnp tussin mucus &amp; chest</i> .....	196	<i>goodsense nicotine</i> .....	73
<i>gnp urinary pain relief</i> .....	113	<i>goodsense nicotine gum</i> .....	73
<i>gnp urinary pain relief m</i> .....	113	<i>goodsense nicotine polacr</i> .....	73
<i>gnp vitamin a</i> .....	162	<i>goodsense nighttime cold</i> .....	197
<i>gnp vitamin b-6</i> .....	162	<i>goodsense nighttime cough</i> .....	197
<i>gnp vitamin c</i> .....	162	<i>goodsense pain &amp; fever ch</i> .....	3
<i>gnp vitamin c/rose hips</i> .....	162	<i>goodsense pain &amp; fever in</i> .....	3
<i>gnp vitamin c w/rose hips</i> .....	162	<i>goodsense pain relief</i> .....	3
<i>gnp vitamin d</i> .....	162	<i>goodsense pain relief ext</i> .....	3
<i>gnp vitamin d3</i> .....	162	<i>goodsense tussin cf</i> .....	197
<i>gnp vitamin d3 extra stre</i> .....	162	<i>goodsense tussin dm coug</i> .....	197
<i>gnp vitamin d maximum str</i> .....	162	<i>goodsense tussin dm max</i> .....	197
<i>gnp vitamin d super stren</i> .....	162	GOTOKNOW KIT ANTIGEN .....	12
<i>gnp vitamin e</i> .....	162	<i>granisetron hcl</i> .....	101, 102
<i>gnp vitamin e water dispe</i> .....	162	GRAPE SYP .....	130
<i>gnp wart remover</i> .....	222	<i>griseofulvin microsize</i> .....	14
<i>gnp womens gentle laxativ</i> .....	107	<i>griseofulvin ultramicrosize</i> .....	14
GOLD BOND ADVANCED HEALIN.....	222	<i>guaifenesin</i> .....	197
GOLD BOND CRE HEALING .....	222	<i>guaifenesin-codeine soln 100-10 mg/5ml</i> ..	197
GOLD BOND OIN HEALING.....	222	<i>guaifenesin er</i> .....	197
<i>goodsense 24-hour allergy</i> .....	211	<i>guanfacine hcl</i> .....	51
<i>goodsense all day allergy</i> .....	189, 196	<i>guanfacine hcl (adhd)</i> .....	67, 68
<i>goodsense aller-ease</i> .....	189	GUMMI BEAR CHW MULTIVIT .....	162
<i>goodsense allergy relief</i> .....	189	GUMMY DINOS CHW.....	162
<i>goodsense anti-diarrheal</i> .....	100	GUMMY DINOS CHW CHLDRN.....	162
<i>goodsense arthritis pain</i> .....	3	GUMMY MULTIV CHW KIDS .....	162
<i>goodsense aspirin</i> .....	3	<b>H</b>	
<i>goodsense aspirin adults</i> .....	3	HAEGARDA.....	120
<i>goodsense clearlax</i> .....	107	<i>hailey 1.5/30</i> .....	82
<i>goodsense cough dm</i> .....	196	<i>hailey 24 fe</i> .....	82
<i>goodsense cough dm childr</i> .....	196	HAIR/SKIN/ CAP NAILS.....	162
<i>goodsense day time cold &amp;</i> .....	196	<i>hair/skin/nails</i> .....	162
<i>goodsense daytime cold &amp;</i> .....	196	HAIR SKIN TAB NAILS .....	162
<i>goodsense electrolyte</i> .....	133	HAIR SKIN & TAB NAILS AD .....	162
<i>goodsense esomeprazole ma</i> .....	112	<i>halobetasol propionate</i> .....	218
<i>goodsense first aid antib</i> .....	214	<i>haloette</i> .....	82
<i>goodsense hemorrhoidal oi</i> .....	222	<i>haloperidol</i> .....	58
<i>goodsense ibuprofen</i> .....	6	<i>haloperidol decanoate</i> .....	58
<i>goodsense ibuprofen child</i> .....	6	<i>haloperidol lactate</i> .....	59
<i>goodsense ibuprofen infan</i> .....	6	HARVONI PAK 33.75-150MG.....	19
<i>goodsense lansoprazole</i> .....	112	HARVONI PAK 45-200MG.....	20
<i>goodsense lice killing cr</i> .....	226	HARVONI TAB 45-200MG .....	20
<i>goodsense lubricating plu</i> .....	185	HARVONI TAB 90-400MG .....	20
<i>goodsense mucus er</i> .....	196	HAVRIX.....	127
<i>goodsense mucus relief ch</i> .....	197		

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
H-COSMETIC CRE ARBEM.....	130	<i>hm fexofenadine hydrochlo</i> .....	189
<i>head congestion/mucus</i> .....	197	<i>hm ibuprofen childrens</i> .....	6
<i>healthy eyes</i> .....	162	<i>hm loratadine</i> .....	189
HEALTHY EYES CAP SUPERVIS.....	162	<i>hm loratadine childrens</i> .....	189
<i>healthy eyes/lutein/zeaxa</i> .....	162	<i>hm nicotine polacrilex</i> .....	73
<i>healthy hair skin &amp; nails</i> .....	162	<i>hm pain relief</i> .....	3
HEALTHY KIDS CHW GUMMIES.....	163	<i>hm stomach relief</i> .....	100
<i>healthy kids vitamin d3</i> .....	163	<i>hm stomach relief ultra</i> .....	100
<i>healthylax</i> .....	107	<i>hm stool softener/stimula</i> .....	107
<i>heartburn relief</i> .....	103	<i>hm urinary pain relief</i> .....	113
<i>heartburn relief extra st</i> .....	97	<i>hm womens 50+ advanced on</i> .....	163
<i>heartburn relief maximum</i> .....	103	HOLD CHAMBER MIS ADLT LG.....	207
<i>heather</i> .....	82	HOLD CHAMBER MIS MEDIUM.....	207
<i>h-e-b oral electrolyte so</i> .....	133	HOLD CHAMBER MIS SMALL.....	207
HEMATEX.....	118	HONEY BEARS CHW.....	163
HEMATEX POLYSACCHARIDE IR.....	118	HONEY BEARS CHW IRON-ZIN.....	163
HEMATOGEN FA CAP.....	118	HUMIRA.....	122
HEMOCYTE PLS CAP.....	118	HUMIRA PEN.....	122
<i>heparin sodium (porcine)</i> .....	116	HUMIRA PEN-CD/UC/HS START.....	122
HEPLISAV-B.....	127	HUMIRA PEN KIT PS/UV.....	122
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT.....	116	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S.....	122
HERCEP HYLEC SOL 60-10000.....	32	HUMULIN R U-500 (CONCENTR.....	78
HERCEPTIN.....	32	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	78
<i>her style</i> .....	83	<i>hydralazine hcl</i> .....	51
HERZUMA.....	32	HYDRALYTE SOL BERRY.....	133
HIBERIX.....	127	HYDRALYTE SOL LEMONADE.....	133
HIGH POTENCY TAB MULTIVIT.....	163	HYDRALYTE SOL ORANGE.....	133
HIGH POTENCY TAB MV/FA.....	163	HYDRASYN25 CRE.....	222
HISTEX.....	189	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	50
HISTEX-DM SYP.....	197	<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-</i> <i>325 mg/15ml</i> .....	9
HISTEX PDX.....	189	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i> .9	
<i>hm adult aspirin</i> .....	3	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-</i> <i>325 mg</i> .....	9
<i>hm all day allergy childr</i> .....	189	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg</i> 9	
<i>hm allergy relief nasal s</i> .....	211	<i>hydrocodone bitart-homatropine</i> <i>methylbromide tab 5-1.5 mg</i> .....	197
<i>hm antacid extra strength</i> .....	97	<i>hydrocodone bitart-homatropine</i> <i>methylbrom soln 5-1.5 mg/5ml</i> .....	197
<i>hm arthritis pain relief</i> .....	3	<i>hydrocodone bitartrate</i> .....	8
<i>hm calcium citrate+d3 pet</i> .....	141	<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i> .....	9
<i>hm calcium/vitamin d/mine</i> .....	141	<i>hydrocod polst-chlorphen polst er susp</i> <i>10-8 mg/5ml</i> .....	197
<i>hm cold &amp; cough childrens</i> .....	197	<i>hydrocortisone</i> .....	90
<i>hm cold &amp; sinus relief</i> .....	197	HYDROCORTISONE.....	218
HM COMPLETE TAB MEN.....	163	<i>hydrocortisone acetate (topical)</i> .....	218
<i>hm complete women</i> .....	163		
<i>hm cough dm</i> .....	197		
<i>hm enema mineral oil</i> .....	107		
<i>hm enema saline laxative</i> .....	107		
<i>hm esomeprazole magnesium</i> .....	112		

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>hydrocortisone/aloe maxim</i> .....	218	<i>imatinib mesylate</i> .....	33
<i>hydrocortisone (intra-rectal)</i> .....	104	IMBRUVICA.....	33
<i>hydrocortisone maximum st</i> .....	218	<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i>	
<i>hydrocortisone (rectal)</i> .....	222	250 mg .....	12
<i>hydrocortisone (topical)</i> .....	218	<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i>	
<i>hydrocortisone valerate</i> .....	218	500 mg.....	12
<i>hydrolatum</i> .....	222	<i>imipramine hcl</i> .....	55
<i>hydromet</i> .....	197	<i>imiquimod</i> .....	222
<i>hydromorphone hcl</i> .....	9	IMMUNE CHW SUPPORT .....	163
HYDROPHILIC OIN PETROLAT .....	130	IMMUNE SUPP POW VIT C.....	163
<i>hydrophor</i> .....	222	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) .....	127
HYDROUS CRE EMULSIFI.....	130	IMPAVIDO .....	12
<i>hydroxocobalamin acetate</i> .....	163	INBRIJA .....	57
HYDROXOCOBAL POW .....	130	<i>incassia</i> .....	83
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> .....	124	INCRELEX .....	93
<i>hydroxyurea</i> .....	29	INCRUSE ELLIPTA.....	187
<i>hydroxyzine hcl</i> .....	189, 190	<i>indapamide</i> .....	50
<i>hydroxyzine pamoate</i> .....	190	INDICAID KIT COVID-19 .....	12
HYPROMELLOSE POW 4000MPA .....	130	INFANRIX INJ .....	127
<b>I</b>		<i>infants ibuprofen</i> .....	6
<i>ibandronate sodium</i> .....	79	INFED.....	118
IBRANCE.....	32	INFLIXIMAB .....	123
<i>ibu</i> .....	6	INFUVITE INJ PEDIATRI.....	163
<i>ibuprofen</i> .....	6	INJECTAFER .....	118
<i>ibuprofen childrens</i> .....	6	INLYTA.....	33
<i>ibuprofen infants</i> .....	6	INQOVI TAB 35-100MG.....	26
<i>ibuprofen junior strength</i> .....	6	INREBIC.....	33
<i>icaps</i> .....	163	INSPIREASE MIS DD SYST.....	207
ICAPS AREDS TAB FORMULA.....	163	INSULIN PEN NEEDLES\BD-EMBECTA .....	78
<i>icaps lutein &amp; omega-3</i> .....	163	INSULIN SAFETY NEEDLES\BD-EMBECTA..	78
<i>icaps mv</i> .....	163	INSULIN SYRINGES\BD-EMBECTA .....	78
<i>icatibant acetate</i> .....	120	INTEGRA F CAP .....	118
<i>iclevia</i> .....	83	INTEGRA PLUS CAP .....	118
ICLUSIG.....	33	INTELENCE .....	16
IDACIO (2 PEN).....	122	INTELISWAB KIT COVID-19 .....	12
IDACIO (2 SYRINGE) .....	122	<i>intestinex</i> .....	100
IDACIO CROHN INJ DISEASE .....	122	INTRALIPID.....	137
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS.....	123	<i>introvale</i> .....	83
IDEAL BOWEL SUPPORT .....	100	INVEGA HAFYERA .....	59
IDHIFA .....	33	INVEGA SUSTENNA .....	59
<i>iferex 150</i> .....	118	INVEGA TRINZA.....	59
<i>iferex 150 forte</i> .....	118	IPOL INJ INACTIVE .....	127
IHEALTH 2-PK KIT COVID-19.....	12	<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3)</i>	
IHEALTH 5-PK KIT COVID-19 .....	12	mg/3ml.....	186
IHEALTH 40PK KIT COVID-19 .....	12	<i>ipratropium bromide</i> .....	187
		<i>ipratropium bromide (nasal)</i> .....	187

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>irbesartan</i> .....	45	JANUMET XR TAB 100-1000.....	75
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i> .....	44	JANUVIA .....	75
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i> .....	44	JARDIANCE .....	75
<i>irinotecan hcl</i> .....	29	<i>jasmiel</i> .....	83
IRON .....	118	<i>javygtor</i> .....	93
<i>iron 27</i> .....	118	JAYPIRCA .....	33
IRON CHEWS PEDIATRIC .....	118	JENTADUETO TAB 2.5-500.....	75
IRON FOLATE CAP -F .....	118	JENTADUETO TAB 2.5-850 .....	75
IRON FOLATE CAP PLUS .....	118	JENTADUETO TAB 2.5-1000 .....	75
<i>iron infant &amp; toddler</i> .....	118	JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG .....	75
<i>iron infant/toddler</i> .....	118	JENTADUETO TAB XR 5-1000MG .....	75
<i>iron slow release</i> .....	118	<i>jinteli</i> .....	89
<i>iron supplement</i> .....	118	<i>jolessa</i> .....	83
<i>iron supplement childrens</i> .....	118	<i>juleber</i> .....	83
IRON UP .....	118	JULUCA TAB 50-25MG.....	18
IROSPAN 24/6 MIS.....	118	<i>junel 1.5/30</i> .....	83
<i>is-d 10,000</i> .....	163	<i>junel 1/20</i> .....	83
ISENTRESS .....	16	<i>junel fe 1.5/30</i> .....	83
ISENTRESS HD.....	16	<i>junel fe 1/20</i> .....	83
<i>isibloom</i> .....	83	<i>junel fe 24</i> .....	83
ISOLYTE-P INJ /D5W .....	134	JYLAMVO .....	124
ISOLYTE-S INJ PH 7.4.....	134	JYNNEOS.....	127
<i>isoniazid</i> .....	19	<b>K</b>	
<i>isosorbide dinitrate</i> .....	52	KADCYLA .....	33
<i>isosorbide mononitrate</i> .....	52	<i>kaitlib fe</i> .....	83
<i>isotretinoin</i> .....	213	KALA TAB .....	100
<i>isradipine</i> .....	50	KALYDECO .....	207
<i>itch relief extra strengt</i> .....	222	KANJINTI .....	33
<i>itraconazole</i> .....	14	<i>kariva</i> .....	83
<i>ivabradine hcl</i> .....	51	<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i> .....	134
<i>ivermectin</i> .....	12	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.2% inj</i> .....	134
<i>ivermectin (pediculicide)</i> .....	226	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.9% inj</i> .....	135
<i>i-vite</i> .....	163	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i> .....	135
IWILFIN.....	29	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i> .....	135
IXCHIQ INJ.....	127	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i> .....	135
IXIARO INJ .....	127	<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i> .....	135
<b>J</b>		<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i> .....	135
JAKAFI .....	33	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.9% inj</i> .....	135
<i>jantoven</i> .....	116		
JANUMET TAB 50-500MG.....	75		
JANUMET TAB 50-1000 .....	75		
JANUMET XR TAB 50-500MG.....	75		
JANUMET XR TAB 50-1000 .....	75		

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i> .....	135	<i>klor-con 8</i> .....	136
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i> .....	135	<i>klor-con 10</i> .....	136
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%.....	135	<i>klor-con m10</i> .....	136
<i>kelnor 1/35</i> .....	83	<i>klor-con m15</i> .....	136
<i>kelnor 1/50</i> .....	83	<i>klor-con m20</i> .....	136
KERADAN CRE .....	222	KONSYL DAILY FIBER.....	107
KERENDIA.....	42	KOSELUGO .....	34
KESIMPTA.....	71	<i>kourzeq</i> .....	227
<i>ketoconazole</i> .....	14	<i>kp adults 50+ daily formu</i> .....	163
<i>ketoconazole (topical)</i> .....	215	<i>kp adults daily formula</i> .....	163
KETO-DIASTIX TES.....	93	K-PAX TAB PROF ST.....	163
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> .....	183	<i>kp b complex/c</i> .....	163
<i>ketotifen fumarate (ophth)</i> .....	183	<i>kp calcium 600+d</i> .....	141
KEYTRUDA .....	33	<i>kp calcium 600+d3</i> .....	141
<i>kids first vitamin d3 gum</i> .....	163	<i>kp calcium citrate+d</i> .....	141
KIDZ MULTVIT CHW PROBIOTI .....	163	<i>kp ferrous gluconate</i> .....	118
KIMONO COLOR MIS .....	83	<i>kp ferrous sulfate</i> .....	118
KIMONO MAXX MIS LG FLARE .....	83	<i>kp fish oil</i> .....	146
KIMONO MICRO MIS THIN.....	83	<i>kp folic acid</i> .....	163
KIMONO MICRO MIS THIN + .....	83	<i>kp mag-oxide magnesium</i> .....	141
KIMONO MIS LUBRICAT .....	83	<i>kp mens 50+ daily formula</i> .....	163
KIMONO MIS SENSATIO.....	83	<i>kp mens daily formula</i> .....	164
KIMONO PLUS MIS SPERMICI.....	83	KP MENS MIS DAILY PK.....	164
KIMONO SENSAMIS PLUS .....	83	<i>kp niacin</i> .....	164
KIMONO SPEC MIS .....	83	<i>kp omega-3 fish oil</i> .....	146
KINDERLYTE SOL .....	133	<i>kp vision formula</i> .....	164
KINDERLYTE SOL CHERRY .....	133	<i>kp vision formula w/lutei</i> .....	164
KINDERLYTE SOL FRUIT .....	133	<i>kp vitamin b-6</i> .....	164
KINDERLYTE SOL GRAPE.....	133	<i>kp vitamin d</i> .....	164
KINDERLYTE SOL LEM/LIME .....	133	<i>kp vitamin d3</i> .....	164
KINDERLYTE SOL LEMON .....	133	<i>kp vitamin e</i> .....	164
KINDERLYTE SOL LEMONADE .....	133	<i>kp womens 50+ daily formu</i> .....	164
KINDERLYTE SOL ORANGE .....	133	<i>kp womens daily formula</i> .....	164
KINDERLYTE SOL PREMAX.....	133	KP WOMENS PAK DAILY .....	164
KINDERLYTE SOL STRWBRY .....	133	KRAZATI.....	34
KINRIX INJ .....	127	KROG GLUCOSE CHW ORANGE.....	92
<i>kionex</i> .....	80	KROG GLUCOSE CHW RASPBERRY .....	92
KISQALI 200 DOSE.....	33	KROG GLUCOSE CHW WATERMLN .....	92
KISQALI 200 PAK FEMARA .....	34	<i>kurvelo</i> .....	83
KISQALI 400 DOSE.....	34		
KISQALI 400 PAK FEMARA .....	34	<b>L</b>	
KISQALI 600 DOSE.....	34	<i>labetalol hcl</i> .....	49
KISQALI 600 PAK FEMARA .....	34	<i>lacosamide</i> .....	63
<i>klayesta</i> .....	215	<i>lacosamide oral</i> .....	63
<i>klor-con</i> .....	136	<i>lactated ringer's solution</i> .....	135
		<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> .....	223

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>lactobacillus</i> .....	100	LENVIMA CAP 24 MG .....	35
<i>lactobacillus extra stren</i> .....	100	<i>lessina</i> .....	84
LACTOSE POW .....	130	<i>letrozole</i> .....	27
LACTOSE POW ANHYDROU .....	130	<i>leucovorin calcium</i> .....	40
LACTOSE POW HYDROUS .....	130	<i>leuprolide acetate</i> .....	27
LACTOSE POW MONOHYDR.....	130	<i>levalbuterol hcl</i> .....	191
<i>lactulose</i> .....	107	<i>levalbuterol tartrate</i> .....	191
<i>lactulose (encephalopathy)</i> .....	107	<i>levetiracetam</i> .....	63
<i>lamivudine</i> .....	16	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 500 mg/100ml.....	63
<i>lamivudine (hbv)</i> .....	20	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1000 mg/100ml.....	64
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i> .....	18	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1500 mg/100ml .....	64
<i>lamotrigine</i> .....	63	<i>levobunolol hcl</i> .....	183
LANAPHILIC OIN .....	223	<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> .....	94
<i>land before time multivit</i> .....	164	<i>levocetirizine dihydrochloride</i> .....	190
LANOLOR CRE .....	223	<i>levofloxacin</i> .....	22
<i>lanreotide acetate</i> .....	94	<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i> ....	22
<i>lansinoh lanolin</i> .....	223	<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i> ...	23
<i>lansinoh lanolin minis ni</i> .....	223	<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i> ....	23
<i>lansinoh lanolin nipple</i> .....	223	<i>levonest</i> .....	84
<i>lansoprazole</i> .....	112	<i>levonor-eth est tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg</i> &eth est 0.01 mg .....	84
<i>lapatinib ditosylate</i> .....	34	<i>levonorgestrel (emergency oc)</i> .....	84
<i>l-arginine maximum streng</i> .....	146	<i>levonorgestrel-eth estra tab</i> 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg .....	84
L-ARGININE POW .....	146	<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol (91-day)</i> tab 0.15-0.03 mg .....	84
<i>larin 1.5/30</i> .....	83	<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (continuous)</i> tab 90-20 mcg .....	84
<i>larin 1/20</i> .....	83	<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol tab 0.1 mg-</i> 20 mcg .....	84
<i>larin 24 fe</i> .....	84	<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol tab</i> 0.15 mg-30 mcg .....	84
<i>larin fe 1.5/30</i> .....	84	<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) &amp; eth</i> est tab 0.01mg(7) .....	84
<i>larin fe 1/20</i> .....	84	<i>levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) &amp; eth</i> est tab 0.01mg(7) .....	84
<i>latanoprost</i> .....	183	<i>levora 0.15/30-28</i> .....	84
<i>laxative maximum strength</i> .....	107	<i>levo-t</i> .....	95
<i>laxative regular strength</i> .....	107	<i>levothyroxine sodium</i> .....	95
<i>layolis fe</i> .....	84	<i>levoxyl</i> .....	95
L-CARNITINE POW .....	130	L-GLUTAMINE POW .....	146
L-CITRULLINE POW.....	130	<i>l-glutamine (sickle cell)</i> .....	120
LEADER FINGE CRE.....	223	L-GLUTATHION CRY .....	146
LEADER QUICK DISSOLVE GLU.....	92		
<i>leena</i> .....	84		
<i>leflunomide</i> .....	124		
<i>lenalidomide</i> .....	28		
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE.....	34		
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE.....	34		
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE .....	34		
LENVIMA 12MG DAILY DOSE .....	34		
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE .....	34		
LENVIMA CAP 14 MG .....	34		
LENVIMA CAP 18 MG .....	34		



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
LIBERVANT .....	64	LOKELMA.....	80
<i>lice killing maximum stre</i> .....	226	LOLLIBASE POW.....	130
<i>lice killing shampoo</i> .....	226	LONSURF TAB 15-6.14 .....	26
<i>lidocaine</i> .....	219, 223	LONSURF TAB 20-8.19 .....	26
<i>lidocaine hcl</i> .....	219	<i>loperamide hcl</i> .....	100, 110
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> .....	3	<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i> .....	18
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> .....	227	<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i> .....	18
<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i> .....	219	<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i> .....	18
<i>lidocan</i> .....	219	<i>loratadine</i> .....	190
LIFE PACK MIS MENS.....	164	<i>loratadine childrens</i> .....	190
LIFE PACK MIS WOMENS .....	164	<i>loratadine-d 12hr</i> .....	197
LILETTA .....	84	<i>loratadine-d 24hr</i> .....	198
<i>linezolid</i> .....	12	<i>lorazepam</i> .....	53
LINEZOLID INJ 2MG/ML.....	12	<i>lorazepam intensol</i> .....	53
LINZESS .....	110	LORBRENA .....	35
<i>liothyronine sodium</i> .....	96	LORTUSS LQ LIQ.....	198
LIP BALM OIN BASE .....	130	<i>loryna</i> .....	85
LIPOIC ACID .....	147	<i>losartan potassium</i> .....	45
LIPOPEN CRE ARBEM.....	130	<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i> .....	44
LIQ-10 SYP 50-15/5 .....	147	<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i> .....	44
<i>liquid acetaminophen</i> .....	3	<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i> .....	44
<i>liquid allergy relief</i> .....	190	LOTEMAX .....	183
LIQUID CALCI CAP WITH D3.....	141	<i>loteprednol etabonate</i> .....	183
<i>liquid calcium/d3</i> .....	141	<i>lovastatin</i> .....	47
<i>liquid calcium/vitamin d</i> .....	141	<i>low-ogestrel</i> .....	85
<i>lisinopril</i> .....	42	<i>loxapine succinate</i> .....	59
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> .....	42	<i>lubricant eye drops</i> .....	185
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> .....	42	<i>lubricant eye nighttime</i> .....	185
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i> .....	42	<i>lubricating eye drops</i> .....	185
L-ISOLEUCINE POW .....	146	<i>lubrifresh p.m.</i> .....	185
<i>lithium</i> .....	70	LUCIRA CHECK KIT COVID-19 .....	12
<i>lithium carbonate</i> .....	70	LUMAKRAS.....	35
LITTLE REMED AER MIST .....	207	LUMIGAN .....	183
LITTLE REMED SOL SALINE .....	207	LUMIZYME .....	94
LIVTENCITY .....	20	LUPRON DEPOT (1-MONTH) .....	28
L-LYSINE HCL POW .....	130	LUPRON DEPOT (3-MONTH) .....	28
L-LYSINE POW.....	130	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH.....	94
<i>loestrin 1.5/30-21</i> .....	84	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH.....	94
<i>loestrin 1/20-21</i> .....	84	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH.....	94
<i>loestrin fe 1.5/30</i> .....	84	<i>lurasidone hcl</i> .....	59
<i>loestrin fe 1/20</i> .....	84	<i>lutera</i> .....	85
LOHIST-D LIQ .....	197	L-VALINE POW .....	147
LOHIST-DM SYP 5-2-10MG .....	197		

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>lyleq</i> .....	85	MAVYRET PAK 50-20MG .....	20
<i>lyllana</i> .....	90	MAVYRET TAB 100-40MG .....	20
LYNPARZA .....	35	MAXICHLOR TAB PEH DM .....	198
LYSIPLEX LIQ PLUS .....	164	MAXI DEET .....	223
LYSODREN .....	28	MAXIFED TAB 60-360MG .....	198
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) .....	35	MAXIFED TR TAB 1.25-30 .....	198
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) .....	35	MAXIMIN PAK .....	164
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) .....	35	MAXIMUM D3 .....	164
<i>lyza</i> .....	85	<i>maximum daily green</i> .....	164
<b>M</b>		<i>maximum epa</i> .....	147
<i>macular health formula</i> .....	164	<i>maxi-tuss ac</i> .....	198
<i>macuvite</i> .....	164	<i>maxi-tuss g</i> .....	198
<i>macuvite eye care</i> .....	164	<i>maxi-tuss gmx</i> .....	198
<i>macuvite/lutein</i> .....	164	MAXI-TUSS JR LIQ .....	198
MAG-AL LIQ.....	98	MAXI-TUSS LIQ CD.....	198
<i>mag-al plus</i> .....	98	MAXI-TUSS PE LIQ .....	198
<i>mag-al plus xs</i> .....	98	MAXI-TUSS PE LIQ JR.....	198
<i>magdelay</i> .....	142	MAXI-TUSS PE LIQ MAX.....	198
MAG-G .....	141	MAXI-TUSS TR LIQ 1.25-30 .....	198
MAGN CHLORID POW .....	142	MAXX MIS LUBRICAT.....	85
MAGNESIUM .....	142	MAXX PLUS MIS SPERMICI .....	85
MAGNESIUM CITRATE.....	142	<i>m-dryl</i> .....	190
MAGNESIUM EXTRA STRENGTH.....	142	<i>meclizine hcl</i> .....	102
<i>magnesium gluconate</i> .....	142	<i>medela tender care lanoli</i> .....	223
MAGNESIUM GLUCONATE .....	142	<i>medicated callus removers</i> .....	223
<i>magnesium lactate</i> .....	142	<i>medicated corn removers</i> .....	223
<i>magnesium oxide</i> .....	98	MEDI-LYTE TAB.....	133
<i>magnesium-oxide</i> .....	142	<i>medroxyprogesterone acetate</i> .....	95
MAGNESIUM OXIDE .....	142	<i>medroxyprogesterone acetate</i> (contraceptive) .....	85
<i>magnesium oxide (mg supplement)</i> .....	142	<i>mefloquine hcl</i> .....	15
<i>magnesium sulfate</i> .....	135	<i>mega-marathon 100 tr</i> .....	164
MAGNESIUM SULFATE .....	135	MEGA MULTI TAB MEN.....	164
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1</i> <i>gm/100ml</i> .....	135	MEGAVITE TAB FRT/VEG.....	164
MAGONATE LIQ 1000/5ML.....	142	MEGAVITE TAB GOLD 55+ .....	164
<i>mag-oxide</i> .....	142	<i>megestrol acetate</i> .....	28, 95
<i>malathion</i> .....	226	<i>megestrol acetate (appetite)</i> .....	95
<i>mapap</i> .....	3	<i>meijer advanced formula</i> .....	164
<i>mapap childrens</i> .....	3	<i>meijer advanced formula f</i> .....	165
<i>mapap cold formula multi-</i> .....	198	<i>meijer c</i> .....	165
<i>maraviroc</i> .....	16	<i>meijer saline nasal spray</i> .....	207
MAR-COF CG LIQ 225-7.5 .....	198	MEKINIST .....	35
<i>marlissa</i> .....	85	MEKTOVI.....	35
MARPLAN .....	55	<i>meloxicam</i> .....	6
MATULANE.....	29	<i>memantine hcl</i> .....	53

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg &amp; 21 x 10 mg titration pack</i> .....	53	<i>metoprolol succinate</i> .....	49
MENACTRA INJ .....	127	<i>metoprolol tartrate</i> .....	49
M-END DMX LIQ .....	198	<i>metronidazole</i> .....	12
MENQUADFI INJ .....	127	<i>metronidazole (topical)</i> .....	223
MENS 50+ CAP ADVANCED .....	165	<i>metronidazole vaginal</i> .....	114
MENS 50+ TAB MULTIVIT .....	165	<i>metyrosine</i> .....	52
<i>mens daily formula/lycope</i> .....	165	<i>mgo</i> .....	142
MENS DAILY PAK PACK .....	165	<i>mibelas 24 fe</i> .....	85
MENS MULTI CHW .....	165	<i>micafungin sodium</i> .....	15
MENS PAK .....	165	MICLARA DM LIQ .....	198
MENVEO INJ .....	127	MICLARA LQ .....	190
MENVEO SOL .....	127	<i>miconazole 3 combo pack</i> .....	114
<i>mercaptapurine</i> .....	26	<i>miconazole 7</i> .....	115
<i>meribin</i> .....	165	MICONAZOLE NITRATE .....	215
<i>meropenem</i> .....	12	<i>miconazole nitrate (topical)</i> .....	216
<i>mesalamine</i> .....	104	<i>miconazole nitrate vaginal</i> .....	115
<i>mesalamine w/ cleanser</i> .....	104	MICROCHAMBER MIS .....	207
MESNEX.....	40	MICRODERM CRE BASE .....	130
<i>metformin hcl</i> .....	75, 76	<i>microgestin 1.5/30</i> .....	85
<i>methadone hcl</i> .....	8	<i>microgestin 1/20</i> .....	85
<i>methadone hydrochloride i</i> .....	8	<i>microgestin 24 fe</i> .....	85
<i>methazolamide</i> .....	50	<i>microgestin fe 1.5/30</i> .....	85
<i>methenamine hippurate</i> .....	12	<i>microgestin fe 1/20</i> .....	85
<i>methimazole</i> .....	96	MICROLIFE MIS PEAK FLO .....	207
<i>methocarbamol</i> .....	72	MICROSOME CRE BASE .....	130
METHOCEL E4M POW PREMIUM .....	130	MICROSPACER MIS.....	207
<i>methotrexate sodium</i> .....	27, 124	<i>midodrine hcl</i> .....	52
<i>methsuximide</i> .....	64	MIEBO .....	185
METHYLCELLUL POW .....	130	<i>mifepristone (hyperglycemia)</i> .....	94
METHYLCELLUL POW 400CPS .....	130	<i>mili</i> .....	85
METHYLCELLUL POW 1500CPS .....	130	<i>milk of magnesia</i> .....	107
METHYLCELLUL POW 4000CPS .....	130	MILK OF MAGNESIA CONCENTR.....	107
<i>methylphenidate hcl</i> .....	68	<i>mimvey</i> .....	90
<i>methylprednisolone</i> .....	90	<i>mineral oil</i> .....	107
<i>methylprednisolone acetate</i> .....	90	<i>mineral oil enema</i> .....	107
<i>methylprednisolone sod succ</i> .....	90	<i>minerin creme</i> .....	223
<i>methyltestosterone</i> .....	74	MINI WRIGHT MIS PFM .....	207
<i>metoclopramide hcl</i> .....	102	MINI WRIGHT MIS PFM LOW .....	207
<i>metolazone</i> .....	51	<i>minocycline hcl</i> .....	25
<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i> .....	48	<i>minoxidil</i> .....	52
<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i> .....	48	<i>mintox maximum strength</i> .....	98
<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i> .....	48	<i>mintox plus</i> .....	98
		<i>mirtazapine</i> .....	55
		<i>misoprostol</i> .....	111
		MITIGARE.....	1
		M-M-R II INJ .....	127

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
M-NATAL PLUS TAB .....	136	MUCINEX FAST TAB 5-10-200.....	199
<i>modafinil</i> .....	72	MUCINEX FAST TAB DAY/NITE.....	199
<i>moexipril hcl</i> .....	42	MUCINEX FREE LIQ CLD/FLU .....	199
MOISTURIZING CRE .....	223	MUCINEX FREE LIQ DAY/NIGH.....	199
<i>moisturizing cream</i> .....	223	MUCINEX FREE LIQ MULTISYM.....	199
<i>molindone hcl</i> .....	59	MUCINEX LIQ DAY/NITE .....	199
<i>mometasone furoate</i> .....	218	MUCINEX LIQ FAST-MAX .....	199
MONJUVI .....	35	MUCINEX LIQ SINUS .....	199
MONOFERRIC .....	118	<i>mucinex multi-symptom col</i> .....	199
<i>mono-lynyah</i> .....	85	MUCINEX NIGH SOL CLEAR .....	199
<i>montelukast sodium</i> .....	205	MUCINEX NIGH SOL COLD/FLU .....	199
MOOD FOOD CAP .....	165	MUCINEX NIGH SOL SV CD/FL .....	199
MOOD FOOD ES CAP .....	165	MUCINEX NIGH TAB COLD/FLU.....	199
MORE-DOPHILUS ACIDOPHILUS.....	100	MUCINEX NIGH TAB SIN MAX.....	199
<i>morphine sulfate</i> .....	8, 9	MUCINEX NIGH TAB SV CD/FL.....	199
<i>motion sickness relief</i> .....	102	MUCINEX SIN CAP DAY/NGHT .....	199
<i>motion sickness relief/le</i> .....	102	MUCINEX SINS CAP PR/PN/CG.....	199
<i>motion-time</i> .....	102	<i>mucinex sinus-max</i> .....	199
MOUNJARO.....	76	<i>mucinex sinus-max clear &amp;</i> .....	200
MOVANTIK.....	111	<i>mucinex sinus-max severe</i> .....	200
<i>moxifloxacin hcl</i> .....	23	<i>mucinex sinus-max sinus/a</i> .....	200
<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium</i>		MUCINEX SINU TAB DAY/NITE .....	199
<i>chloride 0.8% inj</i> .....	23	MUCINEX SOL NIGHT .....	200
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i> .....	182	<i>mucus-dm maximum strength</i> .....	200
<i>m-pap</i> .....	3	<i>mucus relief</i> .....	200
MRESVIA .....	127	<i>mucus relief cough childr</i> .....	200
MUCINEX CHIL LIQ .....	198	<i>mucus relief d</i> .....	200
MUCINEX CHLD MIS DAY/NITE .....	198	<i>mucus relief dm</i> .....	200
MUCINEX CNG/ LIQ CG/CL/FL.....	198	<i>mucus relief dm cough</i> .....	200
MUCINEX CNG/ TAB CG/CD/FL .....	198	<i>mucus relief dm maximum s</i> .....	200
MUCINEX COLD CAP /FLU .....	198	<i>mucus relief er</i> .....	200
MUCINEX COLD CAP FLU/THRT.....	198	<i>mucus relief maximum stre</i> .....	200
MUCINEX COLD LIQ FLU&SORE .....	198	<i>mucus relief pe sinus con</i> .....	200
<i>mucinex cough &amp; chest con</i> .....	198	MULTAQ .....	46
<i>mucinex cough childrens</i> .....	198	<i>multi + omega-3 adult gum</i> .....	165
MUCINEX D/N CAP CLD/FLU .....	198	<i>multi adult gummies</i> .....	165
MUCINEX D/N PAK FAST/MAX .....	198	<i>multi complete/iron</i> .....	165
MUCINEX FAST CAP COLD/FLU .....	199	<i>multi for her</i> .....	165
MUCINEX FAST LIQ COLD/FLU .....	199	<i>multi for her 50+</i> .....	165
MUCINEX FAST LIQ DAY/NITE.....	199	<i>multi for him</i> .....	165
<i>mucinex fast-max chest co</i> .....	199	<i>multi for him 50+</i> .....	165
<i>mucinex fast-max cold flu</i> .....	199	MULTI FOR POW HIM.....	165
<i>mucinex fast-max cold/flu</i> .....	199	MULTI/IRON/ DRO 11MG/ML .....	166
<i>mucinex fast-max congesti</i> .....	199	MULTI/IRON/ DRO INF/TODD .....	166
<i>mucinex fast-max dm max</i> .....	199	<i>multiple electrolytes ph 5.5</i> .....	135
<i>mucinex fast-max dm max m</i> .....	199	<i>multiple electrolytes ph 7.4</i> .....	135

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>multiple vitamin/minerals</i> .....	166	MVW COMPLETE CAP MINIS.....	167
<i>multiple vitamins essenti</i> .....	166	MVW COMPLETE CHW BUBBLGUM.....	167
<i>multiple vitamins/womens</i> .....	166	MVW COMPLETE CHW D3000.....	167
MULTISTIX 10 TES SG.....	94	MVW COMPLETE CHW D5000.....	167
<i>multi symptom flu &amp; sever</i> .....	200	MVW COMPLETE CHW GRAPE .....	167
MULTIV INFAN DRO /TODDLER .....	166	MVW COMPLETE CHW ORANGE.....	167
<i>multi-vitamin</i> .....	165	MVW COMPLETE DRO PEDIATRI.....	167
<i>multivitamin</i> .....	166	MVW HI-D CHW ADEK .....	167
<i>multivitamin adult one da</i> .....	166	MVW HI-D DR LIQ EX VIT D .....	167
<i>multivitamin adults</i> .....	166	MVW MODULAT CAP FORM MIN .....	167
<i>multivitamin adults 50+</i> .....	166	MVW MODULAT CAP FORMULAT .....	167
<i>multivitamin childrens</i> .....	166	MX-SOL BLEND SUS .....	131
MULTIVITAMIN CHW CHILD .....	166	MX-SOL BLEND SUS SF .....	131
MULTIVITAMIN CHW CHILDREN.....	166	MX-SOL SF SYP .....	131
MULTIVITAMIN CHW GUMMIES.....	166	MX-SOL SUS SUSPEND .....	131
MULTIVITAMIN CHW IRON .....	166	MX-SOL SYP .....	131
MULTIVITAMIN DRO INFANT .....	166	<i>myamulti</i> .....	167
<i>multi-vitamin gummies</i> .....	165	<i>my choice</i> .....	85
<i>multivitamin gummies adul</i> .....	166	<i>mycophenolate mofetil</i> .....	126
<i>multivitamin gummies mens</i> .....	166	<i>mycophenolate sodium</i> .....	126
<i>multivitamin gummies wome</i> .....	166	MYRBETRIQ.....	114
MULTIVITAMIN LIQ.....	166	<i>my way</i> .....	85
<i>multivitamin men 50+</i> .....	166		
<i>multivitamin men 50+ one</i> .....	166	<b>N</b>	
<i>multivitamin &amp; mineral</i> .....	166	<i>nabumetone</i> .....	7
<i>multi-vitamin/minerals</i> .....	165	<i>nadolol</i> .....	49
<i>multivitamin/multimineral</i> .....	167	<i>nafcillin sodium</i> .....	24
<i>multi-vitamins/iron</i> .....	165	NAGLAZYME.....	94
MULTIVITAMIN TAB.....	166	<i>nalbuphine hcl</i> .....	9
MULTIVITAMIN TAB ADULT .....	166	<i>naloxone hcl</i> .....	73
MULTIVITAMIN TAB ADULTS .....	167	<i>naltrexone hcl</i> .....	73
MULTIVITAMIN TAB ZINC STR .....	167	NAMZARIC CAP 7-10MG .....	53
<i>multivitamin women</i> .....	167	NAMZARIC CAP 14-10MG .....	53
<i>multivitamin women 50+</i> .....	167	NAMZARIC CAP 21-10MG.....	53
<i>multivitamin womens 50+ a</i> .....	167	NAMZARIC CAP 28-10MG.....	54
MULTI VITAMI TAB.....	165	NAMZARIC CAP PACK.....	54
MULTI VITAMI TAB D-3 .....	165	NANOVM POW 1-3 YRS .....	167
MULTI-VITAMI TAB MONOCAPS .....	165	NANOVM POW 4-8YEARS .....	167
MULTI VITAMN TAB MINERALS.....	165	NANOVM POW 9-18 YRS.....	167
MULTI-VITE LIQ.....	165	NANOVM T/F POW.....	167
MULTI ZERO CHW YUMVSKID.....	165	<i>naproxen</i> .....	7
<i>mupirocin</i> .....	214	<i>naproxen dr</i> .....	7
MURO 128 .....	185	<i>naproxen sodium</i> .....	7
MVW COMPLETE CAP D3000 .....	167	<i>naratriptan hcl</i> .....	69
MVW COMPLETE CAP D5000 .....	167	NASADROPS SALINE ON THE G .....	207
MVW COMPLETE CAP FORMULAT .....	167	<i>nasal decongestant</i> .....	200

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>nasal decongestant pe</i> .....	200	NEUTROGENA CRE HAND .....	223
<i>nasal decongestant pe max</i> .....	200	<i>nevirapine</i> .....	16
<i>nasal decongestant spray</i> .....	200	<i>new day</i> .....	85
<i>nasal four</i> .....	200	NEXLETOL .....	47
<i>nasal moist</i> .....	207	NEXLIZET TAB 180/10MG .....	47
<i>nasal moisturizing spray</i> .....	207	NEXPLANON .....	85
<i>nasal relief</i> .....	200	<i>niacin</i> .....	168
<i>nasal spray 12 hour</i> .....	200	<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> .....	47
<i>nasal spray extra moistur</i> .....	200	NIACIN TR.....	168
<i>nasal spray no drip</i> .....	200	<i>niavasc</i> .....	168
<i>nasogel</i> .....	207	<i>niavasc 750</i> .....	168
<i>nateglinide</i> .....	76	<i>nicardipine hcl</i> .....	50
NATRAPEL .....	223	NICE DISTILL LIQ WATER .....	131
NATRAPEL 12-HOUR TICK & I .....	223	<i>nicotine</i> .....	73
<i>natural c/rose hips</i> .....	167	<i>nicotine mini lozenge</i> .....	73
<i>natural vitamin d-3</i> .....	167	<i>nicotine polacrilex</i> .....	73
<i>natural vitamin e</i> .....	167	<i>nicotine polacrilex mini</i> .....	73
NATURAL VITAMIN E .....	167	NICOTINE SYS KIT TRANSDER.....	73
NAYZILAM .....	64	<i>nicotine transdermal syst</i> .....	73
<i>nebivolol hcl</i> .....	49	NICOTROL INHALER .....	73
<i>necon 0.5/35-28</i> .....	85	NICOTROL NS .....	74
<i>nefazodone hcl</i> .....	55	<i>nifedipine</i> .....	50
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i> .....	182	NIFEREX TAB .....	119
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i> .....	182	<i>nighttime cold/flu relief</i> .....	201
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i> .....	181	<i>nikki</i> .....	85
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i> .....	181	<i>nilutamide</i> .....	28
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i> .....	181	<i>nimodipine</i> .....	50
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i> .....	186	NINJACOF-A LIQ .....	201
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i> .....	186	NINJACOF-XG LIQ 200-8/5 .....	201
<i>neomycin sulfate</i> .....	12	NINLARO.....	35
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i> .....	182	<i>nitazoxanide</i> .....	12
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i> .....	181	<i>nitisinone</i> .....	94
NEOQ10.....	147	NITRO-BID .....	52
NEO-SYNEPHRINE COLD+ALLER .....	201	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> .....	12
NEPHPLEX RX TAB.....	168	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> .....	12
NEPHRONEX LIQ 0.9/5ML .....	168	<i>nitroglycerin</i> .....	52
NEPHRON FA TAB .....	118	<i>nitroglycerin (intra-anal)</i> .....	223
<i>nephro vitamins</i> .....	168	NIVANEX DMX TAB .....	201
<i>nephro-vite</i> .....	168	<i>nizatidine</i> .....	103
NERLYNX .....	35	<i>no drip nasal spray</i> .....	201
		<i>nohist-dm</i> .....	201
		<i>nohist-lq</i> .....	201
		<i>nora-be</i> .....	85
		NOREL AD TAB 4-10-325 .....	201
		<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr</i> .....	85

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab</i>		NUBEQA .....	28
1 mg-20 mcg (24) .....	86	NUEDEXTA CAP 20-10MG .....	70
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol-fe tab</i>		<i>nu-iron 150</i> .....	119
1 mg-20 mcg .....	86	NULOJIX .....	126
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol tab</i>		<i>numbcream</i> .....	223
1.5 mg-30 mcg .....	86	NUPLAZID .....	59
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol tab</i>		NURTEC .....	69
1 mg-20 mcg .....	86	NUTRADERM CRE .....	223
<i>norethindrone acetate</i> .....	95	NUTRILIPID .....	137
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab</i>		NUZYRA .....	25
0.5 mg-2.5 mcg .....	90	<i>nyamyc</i> .....	216
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab</i>		<i>nylia 1/35</i> .....	86
1 mg-5 mcg .....	90	<i>nylia 7/7/7</i> .....	86
<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab</i>		<i>nymyo</i> .....	86
1-20/1-30/1-35 mg-mcg .....	86	<i>nystatin</i> .....	15
<i>norethindrone (contraceptive)</i> .....	86	<i>nystatin (mouth-throat)</i> .....	227
<i>norethindrone &amp; ethinyl estradiol-fe chew</i>		<i>nystatin (topical)</i> .....	216
tab 0.4 mg-35 mcg .....	85	<i>nystop</i> .....	216
<i>norethindrone &amp; ethinyl estradiol-fe chew</i>		<b>O</b>	
tab 0.8 mg-25 mcg .....	86	<i>ocean for kids</i> .....	208
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-</i>		<i>ocella</i> .....	86
25/0.25-25 mg-mcg .....	86	OCTAGAM .....	125
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-</i>		<i>octreotide acetate</i> .....	94
35/0.25-35 mg-mcg .....	86	OCULAR TAB VITAMINS .....	168
<i>norgestimate &amp; ethinyl estradiol tab</i>		<i>ocutabs</i> .....	168
0.25 mg-35 mcg .....	86	<i>ocutabs/lutein</i> .....	168
<i>norlyroc</i> .....	86	<i>ocutabs vision formula</i> .....	168
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i> .....	86	OCUVITE CAP ADULT .....	168
<i>nortrel 1/35 (21)</i> .....	86	<i>ocuvite extra</i> .....	168
<i>nortrel 1/35 (28)</i> .....	86	<i>ocuvite eye + multi</i> .....	168
<i>nortrel 7/7/7</i> .....	86	<i>ocuvite eye health gummie</i> .....	168
<i>nortriptyline hcl</i> .....	55	OCUVITE LUTE CAP .....	168
NORVIR .....	16	<i>ocuvite/lutein</i> .....	168
<i>norwegian salmon oil</i> .....	147	ODEFSEY TAB .....	18
NOVAFERRUM 50 .....	119	ODOMZO .....	35
NOVAFERRUM 125 .....	119	OFEV .....	208
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROP .....	119	OFF ACTIVE .....	223
NOVAMV PED DRO 10MG/ML .....	168	OFF DEEP WOODS .....	224
NOVOLIN INJ 70/30 .....	78	OFF DEEP WOODS DRY .....	224
NOVOLIN INJ 70/30 FP .....	78	OFF DEEP WOODS SPORTSMEN .....	224
NOVOLIN N .....	78	OFF DEEP WOODS TOWELETTES .....	224
NOVOLIN N FLEXPEN .....	78	OFF FAMILYCARE CLEAN FEEL .....	224
NOVOLIN R .....	78	OFF FAMILYCARE SMOOTH & D .....	224
NOVOLIN R FLEXPEN .....	78	OFF FAMILYCARE TROPICAL F .....	224
NOVOLOG MIX INJ 70/30 .....	78	OFF FAMILYCARE UNSCENTED .....	224
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN .....	78		

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
OFF SMOOTH & DRY.....	224	OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO.....	78
<i>ofloxacin (ophth)</i> .....	182	OMNIPOD 5 G7 MIS PODS.....	78
<i>ofloxacin (otic)</i> .....	186	OMNIPOD DASH KIT INTRO.....	78
OGIVRI.....	36	OMNIPOD DASH MIS PODS.....	78
OGSIVEO.....	36	OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY.....	78
OINTMENT OIN BASE .....	224	OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY.....	78
OJEMDA.....	36	OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY.....	78
OJJAARA.....	36	OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY.....	79
<i>olanzapine</i> .....	59	OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY.....	79
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 20-5-12.5 mg</i> .....	44	OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY.....	79
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 40-5-12.5 mg</i> .....	44	OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY.....	79
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 40-5-25 mg</i> .....	44	OMNIPOD MIS CLASSIC .....	79
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 40-10-12.5 mg</i> .....	44	ONCOVITE TAB.....	168
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 40-10-25 mg</i> .....	44	<i>ondansetron</i> .....	102
<i>olmesartan medoxomil</i> .....	45	<i>ondansetron hcl</i> .....	102
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 20-12.5 mg</i> .....	44	ONE-A-DAY CHW IMMUNITY .....	169
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 40-12.5 mg</i> .....	44	ONE-A-DAY CHW JLY RANC .....	169
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 40-25 mg</i> .....	44	ONE-A-DAY CHW VITACRAV .....	169
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i> .....	47	ONE-A-DAY TAB 50+ ADV .....	169
OMEGA-3 CAP 350MG .....	147	ONE-A-DAY TAB 50+ MENS.....	169
OMEGA-3 CAP 1400MG .....	147	ONE-A-DAY TAB 50+ WMN.....	169
OMEGA-3 CAP FISH OIL .....	147	ONE-A-DAY TAB 65+ .....	169
<i>omega-3 fatty acids</i> .....	147	ONE-A-DAY TAB ENERGY.....	169
<i>omega-3 microgel improved</i> .....	147	ONE-A-DAY TAB MENOPAUS.....	169
OMEGA BABY EMU PRENATAL .....	147	ONE-A-DAY TAB MENS.....	169
OMEGA MONOPU CAP 650 EC.....	147	ONE-A-DAY TAB TEEN/HIM .....	169
OMEGA MONOPU CAP 1300MG.....	147	ONE-A-DAY TAB WOMENS .....	169
<i>omegapure 600 ec</i> .....	147	<i>one-a-day teen advantage</i> .....	169
OMEGAPURE CAP 780 EC .....	147	ONE-DAILY CAP MULTI.....	170
OMEGAPURE CAP 820 .....	147	<i>one daily complete</i> .....	168
OMEGAPURE CAP 900 EC.....	147	<i>one daily for men 50+ adv</i> .....	168
OMEGAPURE CAP 900-TG.....	147	<i>one daily for men/lycopen</i> .....	168
<i>omeprazole</i> .....	112	<i>one daily for women</i> .....	168
<i>omeprazole magnesium</i> .....	112	<i>one daily for women 50+a</i> .....	168
OMERA CAP 750MG.....	147	<i>one daily healthy weight</i> .....	169
OMNICAP TAB .....	168	<i>one-daily/iron</i> .....	170
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO.....	78	<i>one daily/iron/calcium</i> .....	169
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS.....	78	<i>one daily maximum</i> .....	169
		<i>one daily mens 50+ multiv</i> .....	169
		<i>one daily mens health/lyc</i> .....	169
		<i>one daily mens multivitam</i> .....	169
		<i>one daily/minerals</i> .....	169
		<i>one-daily multi-vitamin</i> .....	170
		<i>one daily multivitamin ad</i> .....	169
		<i>one-daily multi-vitamin/i</i> .....	170
		<i>one daily multivitamin/ir</i> .....	169



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>one-daily multi-vitamin/m</i> .....	170	ORKAMBI GRA 100-125 .....	208
<i>one-daily multi vitamins</i> .....	170	ORKAMBI GRA 150-188 .....	208
ONE DAILY TAB ESSENTL.....	169	ORKAMBI TAB 100-125 .....	208
ONE DAILY TAB MENS 50+ .....	169	ORKAMBI TAB 200-125.....	208
ONE DAILY TAB WMNS 50+ .....	169	ORSERDU.....	28
ONE DAILY TAB WOMENS.....	169	<i>os-cal</i> .....	142
<i>one daily womens 50+</i> .....	169	<i>os-cal calcium + d3</i> .....	142
<i>one daily womens 50 plus</i> .....	169	<i>os-cal extra d3</i> .....	142
<i>onelax senna</i> .....	107	<i>oseltamivir phosphate</i> .....	20
<i>one vite ferrous sulfate</i> .....	119	OSTEOPRIME TAB PLUS.....	170
ONE VITE TAB DAILY MV .....	169	OSTEO-VIT3.....	170
ON/GO COVID KIT ANTIGEN .....	12	<i>ovega-3</i> .....	147
ON/GO ONE KIT COVID-19.....	13	OVIDREL.....	94
ONTRUZANT .....	36	<i>oxacillin sodium</i> .....	24
ONUREG.....	27	<i>oxaliplatin</i> .....	26
<i>opcicon one-step</i> .....	86	<i>oxcarbazepine</i> .....	64
OPTICHAMBER MIS DIA LG .....	208	<i>oxybutynin chloride</i> .....	114
OPTICHAMBER MIS DIA MD.....	208	<i>oxycodone hcl</i> .....	9
OPTICHAMBER MIS DIAMOND.....	208	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-</i> <i>325 mg</i> .....	9
OPTICHAMBER MIS DIA SM .....	208	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i> 9	
<i>optic-vites</i> .....	170	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-</i> <i>325 mg</i> .....	10
OPTIFAST POS CHW BARIATRI .....	170	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-</i> <i>325 mg</i> .....	10
<i>optimal d3</i> .....	170	OXYCONTIN .....	8
OPTIMAL D3 M .....	170	OXYTROL FOR WOMEN .....	114
OPTIMAL D3 M CAP.....	170	<i>oysco 500+d</i> .....	142
<i>optimal d3 pack</i> .....	170	<i>oyster shell</i> .....	142
<i>optimum pms</i> .....	170	<i>oyster shell calcium + d</i> .....	142
<i>option 2</i> .....	86	<i>oyster shell calcium+d</i> .....	142
OPTISOURCE CHW BARIATRC.....	170	<i>oyster shell calcium + d3</i> .....	142
OPURITY CHW BYPASS.....	170	<i>oyster shell calcium/d3</i> .....	143
ORA-BLEND SF SUS.....	131	<i>oyster shell calcium plus</i> .....	142
ORA-BLEND SUS .....	131	<i>oyster shell calcium/vita</i> .....	143
ORAL MIX SF SUS.....	131	OYST SHELL/D TAB 500MG .....	142
ORAL MIX SUS SUSPENDI.....	131	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) .....	76
ORAL SUSPEND LIQ.....	131	OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) .....	76
ORAL SYP FLAVORED.....	131	OZEMPIC (1MG/DOSE).....	76
ORAL SYP SF.....	131	OZEMPIC (2MG/DOSE).....	76
<i>oralyte</i> .....	133		
ORAPENN SD LIQ SWEET .....	131	<b>P</b>	
ORAPENN SD LIQ UNSWEET .....	131	<i>pacerone</i> .....	46
ORA-PLUS LIQ.....	131	<i>paclitaxel</i> .....	30
ORA-SWEET SF SYP.....	131	<i>pain &amp; fever childrens</i> .....	3
ORA-SWEET SYP .....	131	<i>pain &amp; fever infants</i> .....	3
<i>orazinc</i> .....	142		
ORGOVYX.....	28		
ORKAMBI GRA 75-94MG .....	208		

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>pain relief extra strengt</i> .....	3	<i>penicillin g sodium</i> .....	24
<i>paliperidone</i> .....	59	<i>penicillin v potassium</i> .....	24
<i>pamidronate disodium</i> .....	79	PEN-KERA CRE .....	224
PAMIDRONATE DISODIUM.....	79	PENTACEL INJ.....	127
PANDA MASK MIS LARGE.....	208	<i>pentamidine isethionate inh</i> .....	13
PANDA MASK MIS MEDIUM .....	208	<i>pentamidine isethionate inj</i> .....	13
PANDA MASK MIS PEDIATRI .....	208	<i>pentoxifylline</i> .....	120
PANDA MASK MIS SMALL .....	208	PENTRAVAN CRE.....	224
PANRETIN.....	224	PENTRAVAN CRE PLUS .....	224
<i>pantoprazole sodium</i> .....	112	<i>perindopril erbumine</i> .....	42
PANZYGA.....	125	<i>periogard</i> .....	227
<i>paricalcitol</i> .....	96	<i>permethrin</i> .....	226
<i>paroxetine hcl</i> .....	55	<i>perphenazine</i> .....	60
PARVLEX TAB.....	170	PERSONAL BES MIS FULL RNG.....	208
PAXLOVID TAB 150-100 .....	20	PETROLATUM OIN .....	224
PAXLOVID TAB 300-100 .....	20	PFCB CRE .....	131
<i>pazopanib hcl</i> .....	36	<i>pfizerpen</i> .....	24
PCCA BASE CRE 7542 .....	131	<i>pharbedryl</i> .....	190
PCCA EMOLLIE CRE BASE .....	131	<i>pharbetol</i> .....	3
<i>pc pediatric iron drops</i> .....	119	<i>pharbetol extra strength</i> .....	3
<i>pc pediatric tri-vitamin</i> .....	170	PHARMABASE CRE ANTIOXID .....	131
PEAK AIR FLO MIS ADLT/PED.....	208	PHARMABASE CRE COSMETIC .....	131
PEAK FLOW MIS METER.....	208	PHARMABASE CRE LIGHT .....	131
PEAK FLW MTR MIS ADULT .....	208	PHARMABASE CRE VAGINAL.....	131
PEAK FLW MTR MIS CHILD.....	208	<i>pharmacist choice d-vitam</i> .....	170
PEDIA-LAX.....	107	PHAZYME MAXIMUM STRENGTH.....	111
PEDIARIX INJ 0.5ML .....	127	<i>phenelzine sulfate</i> .....	55
<i>pediatric electrolyte fre</i> .....	134	<i>phenobarbital</i> .....	64
<i>pedia vance</i> .....	134	<i>phenobarbital sodium</i> .....	64
PED POLY-VIT DRO.....	170	<i>phenylephrine hcl (oral)</i> .....	201
PED POLY-VIT DRO /IRON.....	170	<i>phenylephrine w/ dm-gg liqd 10-18-</i> <i>200 mg/15ml</i> .....	201
PEDVAX HIB .....	127	<i>phenytek</i> .....	64
PEG 1000 LIQ .....	131	<i>phenytoin</i> .....	64
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for</i> <i>soln 236 gm</i> .....	107	<i>phenytoin sodium</i> .....	64
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420</i> <i>gm</i> .....	107	<i>phenytoin sodium extended</i> .....	64
PEG 3350 POW .....	131	PHESGO SOL.....	36
PEGASYS .....	20	<i>philith</i> .....	86
PEG BLEND OIN .....	131	PHLEXY-VITS POW.....	170
PEG OIN .....	131	PHYTOBASE CRE.....	132
PEMAZYRE .....	36	PHYTOMULTI TAB .....	170
<i>pemetrexed disodium</i> .....	27	<i>phytonadione</i> .....	170
PENBRAYA INJ.....	127	PIFELTRO .....	16
<i>penicillamine</i> .....	80	PIKO 1 MIS ELECTRON .....	208
<i>penicillin g potassium</i> .....	24	<i>pilocarpine hcl</i> .....	184
		<i>pilocarpine hcl (oral)</i> .....	227

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
PILOT COVID KIT HOME TES .....	13	POLY-VITA DRO.....	171
<i>pimecrolimus</i> .....	224	POLY-VITA/FE DRO.....	171
<i>pimozide</i> .....	60	POLY-VITE DRO.....	171
<i>pimtrea</i> .....	87	POLY-VITE SOL 50MG/ML .....	171
<i>pin-away</i> .....	13	POLY-VITE SOL /IRON.....	171
<i>pindolol</i> .....	49	POLY-VITE SOL IRON .....	171
<i>pinworm medicine</i> .....	13	POMALYST .....	28
<i>pioglitazone hcl</i> .....	76	PORENAL+D CAP OMEGA 3 .....	171
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-500 mg</i> .....	76	<i>portia-28</i> .....	87
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg</i> .....	76	<i>posaconazole</i> .....	15
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i> .....	24	<i>potassium chloride</i> .....	136
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i> .....	24	<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i> .....	136
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i> .....	25	<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i> .....	136
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i> .....	25	<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> .....	113
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i> .....	25	POTASSIUM CRY BROMIDE .....	132
PIQRAY 200MG DAILY DOSE.....	36	<i>potassium iodide (expectorant)</i> .....	209
PIQRAY 250MG TAB DOSE.....	36	<i>potassium &amp; sodium phosphates powder pack 280-160-250 mg</i> .....	143
PIQRAY 300MG DAILY DOSE.....	36	POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ .....	135
<i>pirfenidone</i> .....	208, 209	POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ ...	135
<i>piroxicam</i> .....	7	POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ .....	136
<i>plenamine</i> .....	137	<i>povidone-iodine</i> .....	224
PLENVU SOL .....	107	<i>pramipexole dihydrochloride</i> .....	57
POCKET CHAMB MIS .....	209	<i>prasugrel hcl</i> .....	121
POCKET PEAK MIS METER.....	209	<i>pravastatin sodium</i> .....	47
POCKETPEAK MIS MTR LOW .....	209	<i>praziquantel</i> .....	13
POCKET SPACE MIS.....	209	<i>prazosin hcl</i> .....	43
<i>podofilox</i> .....	224	PRECISN XTRA TES KETONE.....	94
<i>poly bacitracin</i> .....	214	<i>prednisolone</i> .....	90
<i>polycin ophth oint</i> .....	182	<i>prednisolone acetate (ophth)</i> .....	183
<i>polyethylene glycol 3350</i> .....	107	PREDNISOLONE SODIUM PHOSP .....	183
POLY GLYCOL POW 8000.....	132	<i>prednisolone sodium phosphate</i> .....	90
<i>poly-iron 150</i> .....	119	<i>prednisone</i> .....	91
<i>polymyxin b sulfate</i> .....	13	PREDNISONE INTENSOL.....	91
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i> .....	182	<i>pregabalin</i> .....	64
<i>polysaccharide iron complex</i> .....	119	PREHEVBRIO.....	127
POLY-VI-SOL DRO 50MG/ML.....	170	PREMASOL SOL 10% .....	137
POLY-VI-SOL SOL 50MG/ML.....	171	PRENATAL TAB 27-1MG.....	136
POLY-VI-SOL SOL IRON .....	171	PRENATAL TAB PLUS .....	136
		PRESERVISION CAP AREDS.....	171
		PRESERVISION CAP AREDS 2.....	171
		PRESERVISION CAP LUTEIN .....	171
		PRESERVISION CHW AREDS 2 .....	171
		PRESERVISION TAB AREDS .....	171

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
PRETTY FEET CRE & HANDS.....	224	PROQUAD INJ.....	127
<i>prevalite</i> .....	47	PRO-RED AC SYP 5-1-9/5.....	201
<i>prevent</i> .....	171	PRORENAL+D CAP OMEGA-3 .....	171
PREVYMIS .....	20	PRORENAL +D TAB .....	171
PREZCOBIX TAB 800-150.....	18	PRORENAL+D TAB.....	171
PREZISTA .....	16, 17	<i>prosight</i> .....	171
PRIFTIN .....	19	PROSOL INJ 20% .....	137
<i>primadophilus</i> .....	100	PROTECT CAP CARDIO .....	171
<i>primaquine phosphate</i> .....	15	PROTECT CAP PLUS SO .....	171
PRIMAQUINE PHOSPHATE .....	15	PROTECT IRON LIQ .....	171
<i>primidone</i> .....	64	PROTEGRA CAP.....	171
PRIORIX INJ.....	127	<i>protriptyline hcl</i> .....	55
PRIVIGEN .....	125	PROXEED PLUS PAK .....	171
<i>probenecid</i> .....	1	<i>pseudoephed-bromphen-dm syrup 30-2-</i> <i>10 mg/5ml</i> .....	201
<i>probiata</i> .....	100	<i>pseudoephedrine-guaifenesin tab er 12hr</i> <i>60-600 mg</i> .....	201
<i>probiotic acidophilus</i> .....	101	<i>pseudoephedrine-guaifenesin tab er 12hr</i> <i>120-1200 mg</i> .....	201
PROBIOTIC CAP.....	101	<i>pseudoephedrine hcl</i> .....	201
<i>probiotic gold extra stre</i> .....	101	PULMOZYME.....	209
PRO-CAL TAB.....	171	<i>pure calcium carbonate</i> .....	143
PROCARE MIS ADULT .....	209	PURE COMFORT MIS SPACER.....	209
PROCARE MIS CHILD.....	209	<i>pure l-arginine hcl</i> .....	147
PROCERV HP TAB.....	171	PURE L-CITRULLINE .....	148
<i>prochlorperazine</i> .....	102	<i>pureway-c</i> .....	171
<i>prochlorperazine edisylate</i> .....	102	PURIXAN.....	27
<i>prochlorperazine maleate</i> .....	102	PX GLUCOSE CHW FRUIT .....	92
PROCRIT .....	116	PX GLUCOSE CHW ORANGE.....	92
<i>proctocort</i> .....	224	PX GLUCOSE CHW RASPBERRY .....	92
<i>procto-med hc</i> .....	224	PX GLUCOSE CHW SOUR APL .....	92
<i>proctosol hc</i> .....	224	<i>pyrazinamide</i> .....	19
<i>proctozone-hc</i> .....	224	<i>pyridostigmine bromide</i> .....	70
PROFE .....	119	<i>pyridoxine hcl</i> .....	171
<i>progesterone</i> .....	95	PYRIDOXINE POW HCL .....	171
PROGRAF .....	126	<i>pyrimethamine</i> .....	13
PROLASTIN-C .....	209		
PROLIA .....	79	<b>Q</b>	
<i>promethazine-dm syrup 6.25-15 mg/5ml</i> ... 201		<i>qc 3 day vaginal cream</i> .....	115
<i>promethazine hcl</i> .....	102	<i>qc acetaminophen 8 hours</i> .....	4
<i>promethazine vc/codeine</i> .....	201	<i>qc acetaminophen infants</i> .....	4
<i>promethazine w/ codeine syrup 6.25-</i> <i>10 mg/5ml</i> .....	201	<i>qc acid controller</i> .....	103
<i>pronutrients calcium+d3</i> .....	143	<i>qc acid controller maximu</i> .....	103
<i>propafenone hcl</i> .....	46	<i>qc all day allergy</i> .....	190
<i>proparacaine hcl</i> .....	185	<i>qc allergy childrens</i> .....	190
<i>propranolol hcl</i> .....	49	<i>qc allergy relief</i> .....	190
PROPYLENE GL LIQ.....	132		
<i>propylthiouracil</i> .....	96		

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>qc antacid</i> .....	98	<i>qc pain relief childrens</i> .....	4
<i>qc antacid/anti-gas</i> .....	98	<i>qc pain relief extra stre</i> .....	4
<i>qc antacid/anti-gas maxim</i> .....	98	<i>qc povidone iodine</i> .....	225
<i>qc anti-diarrheal</i> .....	101	<i>qc stool softener</i> .....	108
<i>qc antifungal cream</i> .....	216	<i>qc stool softener plus la</i> .....	108
<i>qc anti-itch/aloe</i> .....	218	<i>qc suphedrine maximum str</i> .....	202
<i>qc anti-itch extra streng</i> .....	225	<i>qc therin-m</i> .....	172
<i>qc arthritis pain relief</i> .....	4	<i>qc tolnaftate</i> .....	216
<i>qc aspirin</i> .....	4	<i>qc triple antibiotic maxi</i> .....	214
<i>qc aspirin low dose</i> .....	4	<i>qc tussin dm cough &amp; ches</i> .....	202
<i>qc calcium fast dissoluti</i> .....	143	<i>qc tussin expectorant adu</i> .....	202
<i>qc calcium/minerals/vitam</i> .....	143	<i>qc urinary pain relief</i> .....	113
QC CASTOR OIL.....	132	<i>qc vegetable laxative</i> .....	108
<i>qc childrens chewable com</i> .....	172	<i>qc vitamin d3</i> .....	172
<i>qc childrens chewable vit</i> .....	172	<i>qc womens daily multivita</i> .....	172
<i>qc childrens ibuprofen</i> .....	7	QINLOCK .....	36
<i>qc chocolated laxative</i> .....	108	<i>q-sorb co q-10</i> .....	148
<i>qc clotrimazole</i> .....	115	QUADRACEL INJ.....	128
<i>qc daily multivitamins/ir</i> .....	172	QUADRACEL INJ 0.5ML .....	128
<i>qc enema</i> .....	108	<i>quetiapine fumarate</i> .....	60
<i>qc enteric aspirin</i> .....	4	QUICKVUE HOM KIT COVID-19 .....	13
<i>qc esomeprazole magnesium</i> .....	112	<i>quinapril hcl</i> .....	42
<i>qc ferrous sulfate</i> .....	119	QUIN B TAB STRONG .....	172
<i>qc gentle laxative</i> .....	108	<i>quinidine sulfate</i> .....	46
<i>qc ibuprofen</i> .....	7	<i>quinine sulfate</i> .....	15
<i>qc ibuprofen cold/sinus</i> .....	201	<i>quintabs-m</i> .....	172
<i>qc lansoprazole</i> .....	112	QUINTABS-M TAB.....	172
<i>qc loratadine allergy rel</i> .....	190	QUINTABS TAB.....	172
<i>qc loratadine-d</i> .....	201	QULIPTA.....	69
<i>qc maximum daily multivit</i> .....	172		
<i>qc medifin 400</i> .....	201	<b>R</b>	
<i>qc medifin dm</i> .....	201	RA ADVANCED HEALING .....	225
<i>qc mens daily multivitami</i> .....	172	RABAERT INJ .....	128
<i>qc miconazole 7</i> .....	115	RA B-COMPLEX TAB VIT C TR.....	172
<i>qc milk of magnesia</i> .....	108	<i>rabeprazole sodium</i> .....	113
<i>qc mineral oil heavy</i> .....	108	<i>ra biotin</i> .....	172
<i>qc mucus relief</i> .....	202	<i>ra calcium 600</i> .....	143
<i>qc mucus relief er 12 hou</i> .....	202	<i>ra calcium 600 plus vitam</i> .....	143
<i>qc multi-vite</i> .....	172	<i>ra calcium 600/vit d/mine</i> .....	143
<i>qc multi-vite 50 &amp; over</i> .....	172	<i>ra calcium citrate plus v</i> .....	143
<i>qc naproxen sodium</i> .....	7	<i>ra calcium citrate/vitami</i> .....	143
<i>qc nasal decongestant max</i> .....	202	<i>ra calcium/minerals/vitam</i> .....	143
<i>qc natura-lax</i> .....	108	<i>ra calcium plus vitamin d</i> .....	143
<i>qc non-aspirin extra stre</i> .....	4	<i>ra central-vite womens ma</i> .....	172
<i>qc omeprazole magnesium</i> .....	113	<i>ra chewable vitamins comp</i> .....	172
<i>qc pain relief</i> .....	4	<i>ra coenzyme q-10</i> .....	148

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>radiance platinum vitamin</i> .....	173	REFRESH SOL OPTIVE .....	185
<i>ra digestive health</i> .....	101	REGRANEX .....	227
RA ESSENCE-C POW ORANGE .....	172	<i>rehydralyte</i> .....	134
RA ESSENCE-C POW RASPBRY .....	172	RELENZA DISKHALER.....	20
RA ESSENCE-C POW TNGERINE .....	172	RELISTOR.....	111
<i>ra fish oil</i> .....	148	REMICADE .....	123
<i>ra folic acid</i> .....	172	<i>renal caps</i> .....	173
<i>ra hi cal</i> .....	143	<i>renal vitamin</i> .....	173
<i>ra high potency iron</i> .....	119	<i>renaplex</i> .....	173
<i>ra iron</i> .....	119	RENAPLEX-D TAB .....	173
<i>ra l-arginine</i> .....	148	<i>rena-vite</i> .....	173
<i>raloxifene hcl</i> .....	94	<i>rena-vite rx</i> .....	173
<i>ra magnesium</i> .....	143	RENFLEXIS.....	123
<i>ramipril</i> .....	42	<i>reno caps</i> .....	173
RANGER READY REPELLENT.....	225	<i>repaglinide</i> .....	76
<i>ra niacin</i> .....	172	REPATHA.....	48
<i>ra no flush niacin 500</i> .....	172	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM .....	48
<i>ranolazine</i> .....	52	REPATHA SURECLICK.....	48
<i>ra one daily maximum</i> .....	172	REPEL 100.....	225
<i>ra one daily mens 50+ wit</i> .....	172	REPEL FAMILY .....	225
<i>ra one daily mens/vitamin</i> .....	172	REPEL FAMILY DRY .....	225
<i>ra pediatric electrolyte</i> .....	134	REPEL HUNTERS FORMULA .....	225
<i>rasagiline mesylate</i> .....	57	REPEL LEMON SPR INSECT .....	225
<i>ra saline nasal spray</i> .....	209	REPEL MOSQUITO WIPES .....	225
<i>ra slow release iron</i> .....	119	REPEL SPORTSMEN.....	225
RA STERILE SALINE NASAL M.....	209	REPEL SPORTSMEN DRY .....	225
<i>ra vitamin a</i> .....	172	REPEL SPORTSMEN MAX .....	225
<i>ra vitamin b-6</i> .....	172	REPEL TICK DEFENSE .....	225
<i>ra vitamin c</i> .....	173	REPLESTA .....	173
<i>ra vitamin c/rose hips</i> .....	173	REPLESTA NX.....	173
<i>ra vitamin d-3</i> .....	173	RESTASIS .....	185
<i>ra vitamin e</i> .....	173	RESTASIS MULTIDOSE.....	185
<i>react</i> .....	87	RETEVMO .....	36
REALITY MIS LUBRICAT .....	87	REXULTI .....	60
<i>reclipsen</i> .....	87	REYATAZ .....	17
RECOMBIVAX HB .....	128	REZLIDHIA .....	37
<i>reeses pinworm medicine</i> .....	13	REZUROCK .....	126
<i>refresh celluvisc</i> .....	185	RHOPRESSA.....	184
REFRESH DRO OP .....	185	<i>ribavirin (hepatitis c)</i> .....	20
REFRESH DRO RELIEVA.....	185	<i>rifabutin</i> .....	19
REFRESH GEL OPTIVE .....	185	<i>rifampin</i> .....	19
<i>refresh lacri-lube</i> .....	185	<i>riluzole</i> .....	70
REFRESH OPTI DRO 0.5-0.9%.....	185	<i>rimantadine hydrochloride</i> .....	20
REFRESH OPT SOL MEGA-3 .....	185	RINVOQ.....	123
REFRESH RELI DRO 0.5-0.9%.....	185	RINVOQ LQ .....	123
REFRESH SOL DIGITAL .....	185	RISABAL-PH CRE .....	225

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
RISACAL-D TAB.....	143	<i>sb antacid</i> .....	98
<i>risedronate sodium</i> .....	79	<i>sb antacid extra strength</i> .....	98
<i>risperidone</i> .....	60	<i>sb anti-diarrhea</i> .....	101
<i>risperidone microspheres</i> .....	60	<i>sb calcium + d</i> .....	143
RITEFLO MIS.....	209	<i>sb cough control</i> .....	202
<i>ritonavir</i> .....	17	<i>sb coughtab</i> .....	202
<i>rivastigmine</i> .....	54	<i>sb loratadine</i> .....	190
<i>rivastigmine tartrate</i> .....	54	<i>sb milk of magnesia</i> .....	108
<i>rivelsa</i> .....	87	<i>sb mucus relief dm</i> .....	202
<i>rizatriptan benzoate</i> .....	69	<i>sb mucus relief pe</i> .....	202
<i>robafen cf multi-symptom</i> .....	202	<i>sb naproxen sodium</i> .....	7
<i>robafen dm</i> .....	202	<i>sb omega-3 fish oil</i> .....	148
ROCKLATAN DRO.....	184	<i>sb oyster shell calcium</i> .....	143
<i>roflumilast</i> .....	209	<i>sb pediatric electrolyte</i> .....	134
<i>ropinirole hydrochloride</i> .....	57	<i>sb povidone-iodine</i> .....	225
<i>rosuvastatin calcium</i> .....	47	<i>sb saline nose</i> .....	209
ROTARIX SUS .....	128	<i>sb tab tussin dm</i> .....	202
ROTATEQ SOL .....	128	<i>sb vitamin c</i> .....	173
<i>roweepira</i> .....	65	SCAR CARE CRE.....	132
ROZLYTREK .....	37	SCSEMBLIX.....	37
RUBRACA .....	37	<i>scopolamine</i> .....	102
<i>rufinamide</i> .....	65	<i>sea-omega</i> .....	148
RU-HIST D TAB 4-10MG.....	202	SEBEX SHA .....	225
RUKOBIA.....	17	SECUADO .....	60
RYBELSUS .....	76	<i>selegiline hcl</i> .....	57
RYDAPT.....	37	<i>selenium sulfide</i> .....	216
RYDEX LIQ .....	202	SELZENTRY .....	17
RYMED TAB 2-10MG.....	202	<i>senexon-s</i> .....	108
<i>rynex dm</i> .....	202	<i>senior tabs</i> .....	173
<i>rynex pe</i> .....	202	<i>senna-lax</i> .....	108
<i>rynex pse</i> .....	202	<i>senna laxative</i> .....	108
<b>S</b>		<i>senna plus</i> .....	108
<i>sajazir</i> .....	120	SENNA PLUS CAP 8.6-50MG.....	108
SALICYLIC POW ACID .....	132	<i>senna-tabs</i> .....	108
<i>saline</i> .....	209	<i>senna-time</i> .....	108
<i>saline mist</i> .....	209	<i>senna-time s</i> .....	108
<i>sam-e.p.a.</i> .....	148	<i>sennosides</i> .....	108
SANTYL.....	227	<i>sennosides-docusate sodium tab 8.6-50 mg</i> .....	108
<i>sapropterin dihydrochloride</i> .....	94	<i>senokot extra strength</i> .....	108
SAWYER INSECT REPELLENT .....	225	SENSI-CARE CRE MOISTURI.....	225
SAWYER INSECT REPELLENT C.....	225	<i>sentry</i> .....	173
SAWYER PREMIUM INSECT REP.....	225	<i>sentry senior</i> .....	173
<i>sb 12hr nasal spray</i> .....	202	SENTRY TAB .....	173
<i>sb acid reducer</i> .....	103	SENTRY TAB SENIOR .....	173
<i>sb allergy</i> .....	190	SEREVENT DISKUS.....	191

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>sertraline hcl</i> .....	55	<i>sm all day allergy relief</i> .....	190
SESAME OIL .....	132	<i>sm allergy childrens</i> .....	190
<i>se-tan plus</i> .....	119	<i>sm allergy relief</i> .....	191
<i>setlakin</i> .....	87	<i>sm allergy relief childre</i> .....	191
<i>severe cold/cough</i> .....	202	<i>sm allergy relief nasal s</i> .....	211
<i>severe cold &amp; flu</i> .....	202	<i>sm animal shapes complete</i> .....	173
<i>sharobel</i> .....	87	<i>sm animal shapes kids fir</i> .....	173
SHINGRIX.....	128	<i>sm antacid</i> .....	98
SIGNIFOR.....	94	<i>sm antacid extra strength</i> .....	98
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> ..	52	<i>sm antibiotic</i> .....	214
<i>silver sulfadiazine</i> .....	214	<i>sm antibiotic plus pain r</i> .....	214
SIMBRINZA SUS 1-0.2% .....	184	<i>sm anti-diarrheal</i> .....	101
<i>simethicone</i> .....	111	<i>sm antifungal clotrimazol</i> .....	216
<i>simethicone drops infants</i> .....	111	<i>sm antifungal miconazole</i> .....	216
<i>simethicone ultra strengt</i> .....	111	<i>sm antifungal tolnaftate</i> .....	216
<i>simliya</i> .....	87	<i>sm anti-itch extra streng</i> .....	225
<i>simpesse</i> .....	87	<i>sm antioxidant vitamins</i> .....	173
SIMPLY SALINE.....	209	<i>sm arthritis pain relief</i> .....	4
<i>simvastatin</i> .....	47	<i>sm arthritis pain relieve</i> .....	4
<i>sinus + headache</i> .....	202	<i>sm aspirin adult low stre</i> .....	4
<i>sinus congestion/pain</i> .....	202	<i>sm aspirin low dose</i> .....	4
<i>sinus nasal spray</i> .....	202	SM B-COMPLEX TAB /VIT C .....	173
<i>sinus pressure/pain/adult</i> .....	202	SM BENZOIN TIN .....	225
<i>sinus relief extra streng</i> .....	203	SM BENZOIN TIN NFXI.....	226
<i>sinus relief severe conge</i> .....	203	<i>sm biotin</i> .....	173
SINUS WASH CRY SALT.....	209	<i>sm b super vitamin comple</i> .....	173
<i>sirolimus</i> .....	126	<i>sm calcium 500/vitamin d3</i> .....	143
SIRTURO .....	19	<i>sm calcium 600+d3</i> .....	143
SKYRIZI .....	123	<i>sm calcium 600/vitamin d</i> .....	143
SKYRIZI PEN .....	123	<i>sm calcium antacid</i> .....	98
<i>slow iron</i> .....	119	<i>sm calcium antacid extra</i> .....	98
SLOW MAG/CA TAB 64-106MG .....	143	<i>sm calcium citrate+vitami</i> .....	144
SLOW-MAG TAB .....	143	<i>sm calcium citrate+ w/vit</i> .....	144
SLOW-MAG TAB 71.5-119 .....	143	<i>sm calcium citrate/vitami</i> .....	144
<i>slow release iron</i> .....	119	<i>sm calcium /vitamin d</i> .....	143
<i>slow-release iron</i> .....	119	<i>sm calcium/vitamin d</i> .....	144
SLOW RELEASE IRON .....	119	<i>sm calcium/vitamin d3</i> .....	144
<i>sm 3-day vaginal</i> .....	115	<i>sm chest congestion relie</i> .....	203
<i>sm 8 hour pain relief</i> .....	4	<i>sm childrens aspirin</i> .....	4
<i>sm 12 hour sinus deconges</i> .....	203	<i>sm childrens ibuprofen</i> .....	7
<i>sm acidophilus</i> .....	101	<i>sm childrens loratadine</i> .....	191
<i>sm acid reducer</i> .....	103	SM CLD/ALLER LIQ CHILDREN .....	203
<i>sm acid reducer maximum s</i> .....	104	<i>sm clearlax</i> .....	108
<i>sm all day allergy</i> .....	190	<i>sm clotrimazole vaginal</i> .....	115
<i>sm all day allergy childr</i> .....	190	<i>sm coenzyme q-10</i> .....	148
<i>sm all day allergy-d</i> .....	203	<i>sm cold &amp; cough dm childr</i> .....	203



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>sm cold &amp; flu severe</i> .....	203	<i>sm lubricant eye drops</i> .....	185
<i>sm cold &amp; sinus relief</i> .....	203	<i>sm lubricating plus</i> .....	185
<i>sm complete</i> .....	173	<i>sm lubricating tears</i> .....	185
<i>sm complete 50+</i> .....	174	<i>sm magnesium</i> .....	144
<i>sm complete 50+ ultimate</i> .....	174	<i>sm magnesium citrate</i> .....	109
<i>sm complete advanced form</i> .....	174	<i>sm miconazole 3</i> .....	115
<i>sm complete senior formul</i> .....	174	<i>sm miconazole 7</i> .....	115
<i>sm co q-10</i> .....	148	<i>sm milk of magnesia</i> .....	109
<i>sm coq-10</i> .....	148	<i>sm motion sickness</i> .....	102
<i>sm day time cold &amp; flu re</i> .....	203	<i>sm mucus relief/12 hour</i> .....	203
<i>sm double antibiotic</i> .....	214	<i>sm multiple vitamins esse</i> .....	174
<i>sm dry eye relief</i> .....	185	<i>sm multiple vitamins/iron</i> .....	174
<i>sm ear drops</i> .....	228	<i>sm naproxen sodium</i> .....	7
<i>sm enema</i> .....	108	<i>sm nasal decongestant pe</i> .....	203
<i>sm epsom salt</i> .....	108	<i>sm nasal spray</i> .....	203
<i>sm esomeprazole magnesium</i> .....	113	<i>sm nasal spray 12 hour</i> .....	203
<i>sm eye itch relief</i> .....	183	<i>sm nasal spray saline</i> .....	209
<i>sm fexofenadine hydrochlo</i> .....	191	<i>sm nasal spray sinus</i> .....	203
<i>sm fiber</i> .....	108	<i>sm niacin cr</i> .....	174
<i>sm fiber laxative</i> .....	109	<i>sm nicotine</i> .....	74
<i>sm fish oil</i> .....	148	<i>sm nicotine polacrilex</i> .....	74
SM FISH OIL CAP 554MG.....	148	<i>sm nicotine transdermal s</i> .....	74
<i>sm folic acid</i> .....	174	<i>sm nite time cold &amp; flu</i> .....	203
<i>sm gas relief</i> .....	111	<i>sm omega-3 fish oil</i> .....	148
<i>sm gas relief drops infan</i> .....	111	<i>sm omeprazole</i> .....	113
<i>sm gentle laxative</i> .....	109	SM ONE DAILY TAB MENS.....	174
SM GLUCOSE .....	92	SM ONE DAILY TAB WOMENS.....	174
SM GLUCOSE CHW ORANGE.....	92	<i>smooth antacid extra stre</i> .....	98
SM GLUCOSE CHW RASPBERRY .....	92	<i>sm opti-vitamins</i> .....	174
<i>sm hair/skin/nails</i> .....	174	<i>sm oyster shell calcium/v</i> .....	144
<i>sm hydrocortisone</i> .....	218	<i>sm pain &amp; fever childrens</i> .....	4
<i>sm hydrocortisone maximum</i> .....	218	<i>sm pain &amp; fever infants</i> .....	4
<i>sm hydrocortisone plus</i> .....	218	<i>sm pain reliever</i> .....	4
<i>sm ibuprofen</i> .....	7	<i>sm pain reliever children</i> .....	4
<i>sm ibuprofen ib</i> .....	7	<i>sm pain reliever extra st</i> .....	5
<i>sm ibuprofen ib childrens</i> .....	7	<i>sm pediatric electrolyte</i> .....	134
<i>sm infants ibuprofen</i> .....	7	<i>sm povidone-iodine</i> .....	226
<i>sm iron</i> .....	119	<i>sm senna laxative</i> .....	109
<i>sm iron slow release</i> .....	119	<i>sm senna-s</i> .....	109
<i>sm lansoprazole</i> .....	113	<i>sm sinus severe for adult</i> .....	203
<i>sm lice killing maximum s</i> .....	226	<i>sm slow release iron</i> .....	119
<i>sm lice treatment</i> .....	226	SM SLOW RELEASE IRON .....	119
<i>sm loratadine</i> .....	191	<i>sm stomach relief</i> .....	101
<i>sm loratadine allergy rel</i> .....	191	<i>sm stool softener</i> .....	109
<i>sm lorata-dine d</i> .....	203	<i>sm stool softener plus la</i> .....	109
<i>sm loratadine d 12hr</i> .....	203	<i>sm stool softener/stimula</i> .....	109

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>sm super b complex-vitami</i> .....	174	SOMATULINE DEPOT .....	95
<i>sm triple antibiotic</i> .....	214	SOMAVERT .....	95
<i>sm triple antibiotic orig</i> .....	214	<i>soothing - 12 hour nasal</i> .....	204
<i>sm triple antibiotic plus</i> .....	214	SOOTH SALINE AER NASAL.....	209
<i>sm tussin cf</i> .....	203	<i>sorafenib tosylate</i> .....	37
<i>sm tussin dm</i> .....	203	SORBIDON CRE HYDRATE .....	226
<i>sm tussin dm cough/chest</i> .....	203	SORBITOL .....	109
<i>sm tussin dm max/cough +</i> .....	203	SOSWEET SYP .....	132
<i>sm tussin mucus + chest c</i> .....	203	<i>sotalol hcl</i> .....	46
<i>sm urinary pain relief</i> .....	113	<i>sotalol hcl (afib/afl)</i> .....	46
<i>sm urinary pain relief ma</i> .....	114	SOTYKTU .....	123
<i>sm vitamin b-6</i> .....	174	SPACE CHAMBR MIS ANTI-STA .....	209
<i>sm vitamin b6</i> .....	174	SPACE CHAMBR MIS LARGE.....	209
<i>sm vitamin b complex with</i> .....	174	SPACE CHAMBR MIS MEDIUM.....	209
<i>sm vitamin c</i> .....	174	SPACE CHAMBR MIS SMALL.....	210
<i>sm vitamin c/rose hips</i> .....	174	SPACER CHAMB MIS ADULT .....	210
<i>sm vitamin d</i> .....	174	SPACER CHAMB MIS CHILD.....	210
<i>sm vitamin d3</i> .....	174	SPACER CHAMB MIS INFANT .....	210
SM VITAMIN D3 MAXIMUM STR .....	174	SPECTRAVITE CHW ADLT 50+ .....	174
<i>sm vitamin e</i> .....	174	SPECTRAVITE TAB.....	175
<i>sm vit c/rose hips</i> .....	174	SPECTRAVITE TAB ADLT 50+ .....	175
SOD BENZOATE POW .....	132	SPECTRAVITE TAB ADULTS .....	175
SOD BROMIDE GRA .....	132	SPECTRAVITE TAB MEN 50+ .....	175
SOD CHLORIDE GRA.....	144	SPECTRAVITE TAB ULT MEN .....	175
<i>sodium bicarbonate (antacid)</i> .....	98	SPECTRAVITE TAB ULT WMN.....	175
<i>sodium chloride</i> .....	136, 144	SPEEDY SWAB KIT COVID-19.....	13
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> .....	227	<i>spironolactone</i> .....	43
<i>sodium chloride hypertonic</i> .....	185	<i>spironolactone &amp; hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>sodium chloride (inhalant)</i> .....	203	25-25 mg.....	51
<i>sodium ferric gluconate complex in</i>		<i>sprintec 28</i> .....	87
<i>sucrose</i> .....	120	SPRITAM .....	65
<i>sodium fluoride chew\; tab\; 1.1 (0.5 f) mg/ml</i>		SPRYCEL.....	37
<i>soln</i> .....	136	<i>sps</i> .....	80
SODIUM OXYBATE .....	72	<i>sronyx</i> .....	87
<i>sodium phenylbutyrate</i> .....	94	<i>ssd</i> .....	214
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i> .....	80	STAHIST AD TAB 25-60MG.....	204
SODIUM POW BICARBON.....	98	STAHIST TP TAB 2.5-10MG.....	204
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-</i>		STELARA.....	123
<i>1.6 gm/177ml</i> .....	109	<i>stimulant laxative</i> .....	109
<i>solifenacin succinate</i> .....	114	STIVARGA .....	37
SOLIQUA INJ 100/33.....	79	<i>st joseph low dose aspiri</i> .....	5
SOLO TAB .....	174	STL SOFT/LAX CAP 8.6-50MG.....	109
SOLTAMOX .....	28	<i>stomach relief</i> .....	101
<i>soluble fiber</i> .....	109	<i>stomach relief extra stre</i> .....	101
SOLU-CORTEF .....	91	<i>stomach relief ultra</i> .....	101
<i>soluvita e</i> .....	174	<i>stool softener</i> .....	109

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>stool softener + stimulan</i> .....	109	<i>super biotin</i> .....	175
<i>stool softener laxative</i> .....	109	<i>super b with c</i> .....	175
<i>stool softener plus laxat</i> .....	109	<i>super calcium</i> .....	144
<i>streptomycin sulfate</i> .....	13	<i>super calcium 600 + d3</i> .....	144
<i>stress b-complex/vitamin</i> .....	175	<i>super calcium 600+d3 400</i> .....	144
<i>stress b/zinc</i> .....	175	SUPER DAILY D3 .....	175
<i>stress formula</i> .....	175	<i>super dha gems</i> .....	148
<i>stress formula/iron</i> .....	175	<i>super multiple</i> .....	175
<i>stress formula/zinc</i> .....	175	<i>super omega-3</i> .....	148
<i>stresstabs advanced</i> .....	175	<i>super thera vite m</i> .....	175
<i>stresstabs energy</i> .....	175	<i>super vita-mins</i> .....	175
STRIBILD TAB .....	18	<i>suphedrine 12hour maximum</i> .....	204
STROVITE ONE TAB .....	175	SUPPORT-500 CAP .....	175
STUDIO 35 CRE MOIST .....	226	SUSPENDIT SUS ANHYDRS .....	132
<i>subvenite</i> .....	65	SUSTAINABLE CAP VEGAN O3 .....	148
<i>sucralfate</i> .....	111	<i>sv iron</i> .....	120
<i>sudogest</i> .....	204	<i>syeda</i> .....	87
<i>sudogest 12 hour</i> .....	204	SYMDEKO TAB 50-75MG .....	210
<i>sudogest maximum strength</i> .....	204	SYMDEKO TAB 100-150 .....	210
<i>sudogest sinus &amp; allergy</i> .....	204	SYMPAZAN .....	65
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> .....	213	SYMTUZA TAB .....	18
<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i> .....	182	SYNAREL .....	95
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i> .....	181	SYNJARDY TAB 5-500MG .....	76
<i>sulfadiazine</i> .....	13	SYNJARDY TAB 5-1000MG .....	76
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400- 80 mg/5ml</i> .....	13	SYNJARDY TAB 12.5-500 .....	76
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200- 40 mg/5ml</i> .....	13	SYNJARDY TAB 12.5-1000MG .....	76
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400- 80 mg</i> .....	13	SYNJARDY XR TAB 5-1000MG .....	77
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800- 160 mg</i> .....	13	SYNJARDY XR TAB 10-1000 .....	77
SULFAMYLON .....	214	SYNJARDY XR TAB 12.5-1000 .....	77
<i>sulfasalazine</i> .....	104	SYNJARDY XR TAB 25-1000 .....	77
<i>sulindac</i> .....	7	SYNTHROID .....	96
<i>sumatriptan</i> .....	69	SYRPALTA .....	132
<i>sumatriptan succinate</i> .....	69	SYRSPEND SF LIQ .....	132
<i>sunitinib malate</i> .....	37	SYRSPEND SF SUS .....	132
SUNLENCA .....	17	SYRSPEND SF SUS ALKA .....	132
SUPER ANTIOX CAP .....	175	SYSTANE COMPLETE PF .....	185
<i>super antioxidant/a/c/e/s</i> .....	175	SYSTANE GEL DRO 0.4-0.3% .....	185
<i>super aytinal 50 plus</i> .....	175	SYSTANE ICAP CHW AREDS2 .....	175
<i>super aytinal for active</i> .....	175	<i>systane icaps areds2</i> .....	176
<i>super b-complex/folic aci</i> .....	175	SYSTANE ICAP TAB AREDS2 .....	175
<i>super b-complex/vitamin c</i> .....	175	<i>systane nighttime</i> .....	185
		<b>T</b>	
		<i>tab-a-vite</i> .....	176
		<i>tab-a-vite multivitamin/i</i> .....	176
		TAB-A-VITE TAB IRON/BET .....	176

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>tab-a-vite w/beta caroten</i> .....	176	TERIPARATIDE .....	79
TABRECTA .....	37	<i>testosterone</i> .....	74
<i>tacrolimus</i> .....	126	<i>testosterone cypionate</i> .....	74
<i>tacrolimus (topical)</i> .....	226	<i>testosterone enanthate</i> .....	74
<i>tadalafil</i> .....	113	<i>tetrabenazine</i> .....	70
<i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i> .....	52	<i>tetracycline hcl</i> .....	25
TAFINLAR .....	37, 38	THALOMID .....	29
TAGRISSO .....	38	<i>theophylline</i> .....	210
<i>take action</i> .....	87	THEOPHYLLINE POW ANHYDROU .....	132
TALZENNA .....	38	<i>therabasic-m</i> .....	176
<i>tamoxifen citrate</i> .....	28	<i>thera-d 2000</i> .....	176
<i>tamsulosin hcl</i> .....	113	THERA-D 4000 .....	176
<i>tandem plus</i> .....	120	<i>thera-d rapid repletion</i> .....	176
<i>tarina 24 fe</i> .....	87	<i>theraflu expressmax sever</i> .....	204
<i>tarina fe 1/20 eq</i> .....	87	<i>theragran-m fish oil conc</i> .....	148
TARON FORTE CAP .....	120	THERAGRAN-M TAB .....	176
TASIGNA .....	38	THERAGRAN-M TAB 50 PLUS .....	176
<i>tasimelteon</i> .....	68	THERAGRAN-M TAB ADVANCED .....	176
TAVNEOS .....	121	THERAGRAN-M TAB PREMIER .....	176
<i>tazarotene</i> .....	216	THERAMILL CAP FORTE .....	176
<i>tazicef</i> .....	21	THERAPEUTIC CRE MOISTUR .....	226
TAZORAC .....	216	THERAPEUTIC DANDRUFF .....	226
TAZVERIK .....	38	<i>therapeutic formula/hemat</i> .....	176
TDVAX INJ 2-2 LF .....	128	<i>therapeutic-m</i> .....	176
TECENTRIQ .....	38	THERA TAB .....	176
TEFLARO .....	22	<i>thera-tabs</i> .....	176
<i>telmisartan</i> .....	46	THERA-TABS M TAB .....	176
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i> .....	45	<i>theratrum complete</i> .....	176
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i> .....	45	<i>theratrum complete 50 plu</i> .....	176
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i> .....	45	<i>thera vital m</i> .....	176
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i> .....	45	THEREMS TAB MULTIVIT .....	176
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i> .....	45	THERMOTABS TAB .....	134
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i> .....	45	<i>theromega</i> .....	148
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-25 mg</i> .....	45	<i>the very finest fish oil</i> .....	148
<i>temazepam</i> .....	68	<i>thiamine hcl</i> .....	176
TENIVAC INJ 5-2LF .....	128	<i>thioridazine hcl</i> .....	60
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> .....	17	<i>thiothixene</i> .....	60
TEPMETKO .....	38	<i>tiadylt er</i> .....	50
<i>terazosin hcl</i> .....	43	<i>tiagabine hcl</i> .....	65
<i>terbinafine hcl</i> .....	15	TIBSOVO .....	38
<i>terbinafine hcl (topical)</i> .....	216	TICOVAC .....	128
<i>terbutaline sulfate</i> .....	192	<i>tigecycline</i> .....	25
<i>terconazole vaginal</i> .....	115	<i>tilia fe</i> .....	87
		<i>timolol maleate</i> .....	49
		<i>timolol maleate (ophth)</i> .....	184
		<i>tinidazole</i> .....	13

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
TIVICAY .....	17	<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i> .....	51
TIVICAY PD .....	17	<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i> .....	51
<i>tizanidine hcl</i> .....	72	<i>tricon</i> .....	120
TOBI PODHALER.....	13	<i>tridacaine ii</i> .....	219
TOBRADEX OIN 0.3-0.1% .....	181	<i>triderm</i> .....	218
<i>tobramycin</i> .....	13	<i>trientine hcl</i> .....	80
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i> .....	181	<i>tri-estarylla</i> .....	87
<i>tobramycin (ophth)</i> .....	182	<i>trifluoperazine hcl</i> .....	61
<i>tobramycin sulfate</i> .....	14	<i>trifluridine</i> .....	182
<i>tolnafi-al</i> .....	216	<i>trigels-f forte</i> .....	120
<i>tolnaftate</i> .....	216	<i>trihexyphenidyl hcl</i> .....	57
<i>tolnaftate antifungal</i> .....	216	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG..	77
<i>tolterodine tartrate</i> .....	114	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG ..	77
<i>topiramate</i> .....	65	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG .....	77
<i>toremifene citrate</i> .....	28	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG..	77
<i>torpenz</i> .....	38	TRIKAFTA PAK 59.5MG .....	210
<i>torse mide</i> .....	51	TRIKAFTA PAK 75MG.....	210
<i>totalday multiple</i> .....	176	TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG.....	210
TOTAL HOME SPR INSECT .....	226	TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG.....	210
TOUJEO MAX SOLOSTAR .....	79	<i>tri-legend fe</i> .....	87
TOUJEO SOLOSTAR.....	79	<i>tri-linyah</i> .....	87
TPN ELECTROL INJ .....	136	<i>tri-lo-estarylla</i> .....	87
TRADJENTA .....	77	<i>tri-lo-marzia</i> .....	87
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i> ..	10	<i>tri-lo-mili</i> .....	87
<i>tramadol hcl</i> .....	10	<i>tri-lo-sprintec</i> .....	87
<i>trandolapril</i> .....	42	<i>trimethoprim</i> .....	14
<i>tranexamic acid</i> .....	121	<i>tri-mili</i> .....	87
<i>tranylcyromine sulfate</i> .....	55	<i>trimipramine maleate</i> .....	55
TRAVASOL INJ 10%.....	137	TRINTELLIX.....	56
TRAZIMERA.....	38	<i>tri-nymyo</i> .....	87
<i>trazodone hcl</i> .....	55	<i>triphrocaps</i> .....	176
TRECTOR.....	19	<i>triple antibiotic</i> .....	214
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG .	186	<i>triple antibiotic + pain</i> .....	214
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	186	<i>triple antibiotic plus</i> .....	214
TREMFYA .....	123	<i>triprolidine hcl</i> .....	191
<i>treprostinil</i> .....	52	<i>tri-sprintec</i> .....	87
TRESIBA .....	79	TRIUMEQ PD TAB .....	19
TRESIBA FLEXTOUCH.....	79	TRIUMEQ TAB .....	19
<i>tretinoin</i> .....	213	TRI-VI-SOL SOL A/C/D .....	176
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> .....	29	<i>tri-vite pediatric</i> .....	176
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i> .....	227	<i>trivora-28</i> .....	88
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> .....	218	<i>tri-vylibra</i> .....	87
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i> .....	51	<i>tri-vylibra lo</i> .....	87

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
TR MAG COMPL CAP 400MG .....	144	<i>tusnel-ex</i> .....	204
TROGARZO .....	17	TUSNEL LIQ .....	204
TROPHAMINE INJ 10% .....	137	TUSNEL PED DRO 7.5-50 .....	204
<i>tropical liquid nutrition</i> .....	177	TUSNEL PEDIA LIQ .....	204
<i>trospium chloride</i> .....	114	TUSNEL PEDI LIQ 15-5-50 .....	204
TRUEPLUS GLUCOSE.....	92	TUSNEL TAB .....	204
TRUEPLUS GLUCOSE GEL.....	92	<i>tussin cf</i> .....	204
TRUEPLUS GLUCOSE ON THE G .....	92	<i>tussin cough</i> .....	204
TRULICITY .....	77	<i>tussin dm</i> .....	204
TRUMENBA INJ.....	128	<i>tussin dm cough + chest c</i> .....	204
TRUQAP .....	38	<i>tussin dm cough &amp; chest c</i> .....	204
TRUSTEX LUBR MIS ASSORTED .....	88	<i>tussin mucus + chest cong</i> .....	205
TRUSTEX LUBR MIS BANANA .....	88	<i>tussin mucus &amp; chest cong</i> .....	204
TRUSTEX LUBR MIS CHOC .....	88	TUXARIN ER TAB 54.3-8MG .....	205
TRUSTEX LUBR MIS COLA.....	88	<i>twice-daily clindamycin phosphate</i>	
TRUSTEX LUBR MIS COLORS.....	88	( <i>topical</i> ) .....	213
TRUSTEX LUBR MIS EX LARGE .....	88	TWINRIX INJ.....	128
TRUSTEX LUBR MIS EX STR.....	88	TYBOST .....	17
TRUSTEX LUBR MIS GRAPE.....	88	<i>tydemy</i> .....	88
TRUSTEX LUBR MIS RIB/STUD.....	88	TYENNE.....	123, 124
TRUSTEX LUBR MIS SPERMICI.....	88	TYPHIM VI .....	128
TRUSTEX LUBR MIS STRWBRY .....	88		
TRUSTEX LUBR MIS VANILLA.....	88	<b>U</b>	
TRUSTEX MIS BANANA .....	88	U-BASE CRE .....	132
TRUSTEX MIS CHOCOLAT .....	88	UBRELVY .....	70
TRUSTEX MIS FLAVORS .....	88	ULTRA BONEUP TAB .....	177
TRUSTEX MIS MINT .....	88	<i>ultrachoice advanced form</i> .....	177
TRUSTEX MIS STRWBRY .....	88	<i>ultra choice multivitamin</i> .....	177
TRUSTEX MIS VANILLA .....	88	<i>ultra freeda</i> .....	177
TRUSTEX/RIA MIS LUBRICAT .....	88	<i>ultra freeda/iron</i> .....	177
TRUSTEX/RIA MIS NON-LUB.....	88	<i>ultra lubricating eye dro</i> .....	186
TRUSTEX/RIA MIS SPERMICI .....	88	ULTRA MEGA G TAB 75MG CR .....	177
TRUSTX NON-9 MIS RIB/STUD .....	88	ULTRA MEGA G TAB 100MG .....	177
TRUXIMA.....	38	ULTRA MEGA TAB 75MG CR.....	177
TRUZONE PEAK MIS FLOW MTR.....	210	ULTRA MEGA TAB TWO.....	177
TUKYSA.....	38	<i>ultra omega-3</i> .....	148
TUMS CHEWY DELIGHTS .....	98	ULTRA OMEGA3 CAP 1400MG.....	148
<i>tums smoothies</i> .....	98	ULTRA POTENC TAB WOMEN 50.....	177
TURALIO .....	38	ULTRATHON INSECT REPELLEN .....	226
<i>turqoz</i> .....	88	UNISPEND ANH SUS SWEETENE.....	132
TUSNEL C SYP .....	204	<i>unithroid</i> .....	96
<i>tusnel diabetic</i> .....	204	UPCAL D POW .....	144
TUSNEL-DM DRO PEDIATRC.....	204	UPSPRINGBABY DRO MV/IRON.....	177
TUSNEL DM LIQ .....	204	UPSPRING BABY VITAMIN D.....	177
TUSNEL-DM LIQ.....	204	<i>urinary pain relief</i> .....	114
<i>tusnel dm pediatric</i> .....	204	<i>ursodiol</i> .....	111

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<b>V</b>			
<i>valacyclovir hcl</i> .....	20	VENOFER .....	120
VALCHLOR.....	226	VENTOLIN HFA.....	192
<i>valganciclovir hcl</i> .....	20	VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK)....	192
<i>valproate sodium</i> .....	65	VEOZAH .....	95
<i>valproic acid</i> .....	65	<i>verapamil hcl</i> .....	50
<i>valsartan</i> .....	46	VERQUOVO .....	52
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i> .....	45	VERSACLOZ.....	61
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i> .....	45	VERSATILE CRE BASE .....	132
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i> .....	45	VERSIGEL CRE .....	132
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i> .....	45	VERZENIO .....	39
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i> .....	45	<i>vestura</i> .....	88
VALTOCO 5 MG DOSE .....	65	<i>vienna</i> .....	88
VALTOCO 10 MG DOSE .....	65	<i>vigabatrin</i> .....	65, 66
VALTOCO 15 MG DOSE .....	65	<i>vigadrone</i> .....	66
VALTOCO 20 MG DOSE .....	65	VIGAFYDE.....	66
<i>value plus glucose</i> .....	92	<i>vigpoder</i> .....	66
VANACOF LIQ .....	205	<i>vilazodone hcl</i> .....	56
VANALICE GEL 0.3-3.5% .....	227	<i>vincristine sulfate</i> .....	30
VANATAB DM TAB 5-9-198.....	205	<i>vinorelbine tartrate</i> .....	30
<i>vancomycin hcl</i> .....	14	<i>viorele</i> .....	88
VANCOMYCIN INJ 1 GM .....	14	VIRACEPT .....	17
VANCOMYCIN INJ 500MG .....	14	VIREAD.....	17
VANCOMYCIN INJ 750MG.....	14	<i>virt-caps</i> .....	177
VANFLYTA.....	38	<i>vision formula/lutein</i> .....	177
VANIBASE CRE.....	132	VISION HEALT CAP .....	177
VANICREAM CRE.....	226	<i>vision vitamins</i> .....	177
VANISHING CRE BOTANCAL .....	132	VISTA ADVAN CAP AREDS2.....	177
VAQTA .....	128	VISTA ADVAN CAP DRY EYE.....	177
<i>varenicline tartrate</i> .....	74	<i>vitabasic complete</i> .....	177
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg &amp; 42 x 1 mg start pack</i> .....	74	<i>vitabasic senior</i> .....	177
VARIVAX.....	128	VITABEX PLUS CAP .....	177
VASCEPA.....	48	VITACHEW CHW.....	177
<i>velivet</i> .....	88	VITACHEW CHW ADULT.....	177
VELSIPITY .....	124	VITACRAVES CHW IMMUNITY .....	177
VELVACHOL CRE .....	226	VITACRAVES CHW MENS.....	177
VENCLEXTA.....	39	VITACRAVES CHW SOUR GUM .....	177
VENCLEXTA TAB START PK .....	39	VITACRAVES CHW WOMENS.....	177
<i>venlafaxine hcl</i> .....	56	<i>vita hair</i> .....	177
		<i>vitajoy daily d gummies</i> .....	178
		VITAL-D RX TAB .....	178
		<i>vitalee</i> .....	178
		VITALETS CHW CHILD.....	178
		VITAMI A-C-D DRO INFANT .....	178
		VITAMI A-C-D DRO INF/TODD.....	178
		<i>vitamin a</i> .....	178
		VITAMIN A PALMITATE .....	178

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>vitamin b complex-c</i> .....	178	VYZULTA .....	184
<i>vitamin b complex/vitamin</i> .....	178	<b>W</b>	
VITAMIN C .....	178	WALGREENS GLUCOSE.....	92
VITAMIN D2 .....	178	<i>warfarin sodium</i> .....	116
VITAMIN D3 .....	178	<i>wart remover maximum stre</i> .....	226
<i>vitamin d3 adult gummies</i> .....	178	<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i> ....	227
<i>vitamin d3 extra strength</i> .....	178	<i>wee care</i> .....	120
<i>vitamin d3 gummies</i> .....	178	<i>weekly-d</i> .....	180
<i>vitamin d3 gummies adult</i> .....	178	WELIREG.....	29
<i>vitamin d3 high potency</i> .....	178	<i>wera</i> .....	89
VITAMIN D3 IMMUNE HEALTH .....	178	<i>wescaps</i> .....	180
<i>vitamin d3 maximum streng</i> .....	179	<i>westab one</i> .....	180
<i>vitamin d3 super strength</i> .....	179	WESTAB PLUS TAB 27-1MG.....	136
VITAMIN D3 TAB COMPLETE.....	179	<i>westussin dm nf</i> .....	205
<i>vitamin d3 ultra potency</i> .....	179	WESTUSSIN DM SYP .....	205
<i>vitamin d3 ultra strength</i> .....	179	<i>wixela inhub</i> .....	212
<i>vitamin d-1000 maximum st</i> .....	179	WMNS MULTIVI CHW +COLLAGE .....	180
<i>vitamin d high potency</i> .....	179	<i>womens 50+ advanced</i> .....	180
<i>vitamin d infant</i> .....	179	WOMENS 50+ TAB MULTIVIT .....	180
<i>vitamin e</i> .....	179	<i>womens daily formula</i> .....	180
VITAMIN E.....	179	<i>womens daily formula/fo</i> li .....	180
<i>vitamin e blend</i> .....	179	WOMENS DAILY PAK PACK .....	180
<i>vitamin e/d-alpha natural</i> .....	179	WOMENS MULT CHW GUMMIES.....	180
<i>vitamin e high potency</i> .....	179	<i>womens multi</i> .....	180
<i>vitamin supplement e-400</i> .....	179	<i>womens multivitamin</i> .....	180
VITASANA TAB .....	179	WOMENS PAK.....	180
<i>vitatum</i> .....	179	WOUND CARE CRE .....	132
<i>vitatum complete</i> .....	179	<i>wymzya fe</i> .....	89
VITATRUM TAB.....	179	<b>X</b>	
VITRAKVI .....	39	XALKORI .....	39
<i>vitrum senior</i> .....	180	XARELTO .....	116
VITRUM TAB SENIOR .....	180	XARELTO STAR TAB 15/20MG .....	116
VIVITROL.....	74	XATMEP .....	124
VIZIMPRO.....	39	XCEL 100 CRE .....	132
VONJO .....	39	<i>xcellent a 3000</i> .....	180
<i>voriconazole</i> .....	15	<i>xcellent a 7500</i> .....	180
VORTEX/MASK MIS CHILDS .....	210	XCELLENT E CAP 33.5MG.....	180
VORTEX VALVE MIS CHAMBER.....	210	XCOPRI.....	66
VOSEVI TAB .....	20	XCOPRI PAK 12.5-25.....	66
VOWST CAP .....	111	XCOPRI PAK 50-100MG .....	66
VP GLUCOSE CHW FRUIT .....	92	XCOPRI PAK 100-150 .....	66
VP GLUCOSE CHW GRAPE.....	92	XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE) 66	
VRAYLAR .....	61	XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION) .....	66
VRAYLAR CAP 1.5-3MG .....	61	XDEMZY.....	182
<i>vyfemla</i> .....	89		
<i>vylibra</i> .....	89		



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
XELJANZ.....	124	<b>Z</b>	
XELJANZ XR.....	124	<i>zafemy</i> .....	89
XERAC AC.....	226	<i>zafirlukast</i> .....	205
XERMELO.....	111	<i>zaleplon</i> .....	68
XGEVA.....	80	ZARXIO.....	116
XHANCE.....	211	ZEGALOGUE.....	92
XIFAXAN.....	111	ZEJULA.....	40
XIGDUO XR TAB 2.5-1000.....	77	ZELBORAF.....	40
XIGDUO XR TAB 5-500MG.....	77	ZELDANA CAP.....	181
XIGDUO XR TAB 5-1000MG.....	77	ZEMAIRA.....	211
XIGDUO XR TAB 10-500MG.....	77	<i>zenatane</i> .....	213
XIGDUO XR TAB 10-1000.....	77	ZENPEP CAP 3000UNIT.....	111
XIIDRA.....	186	ZENPEP CAP 5000UNIT.....	111
XOFLUZA.....	20	ZENPEP CAP 10000UNT.....	111
XOLAIR.....	210, 211	ZENPEP CAP 15000UNT.....	111
XOSPATA.....	39	ZENPEP CAP 20000UNT.....	111
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY).....	39	ZENPEP CAP 25000UNT.....	111
XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY).....	39	ZENPEP CAP 40000UNT.....	111
XPOVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY).....	40	ZENPEP CAP 60000UNT.....	111
XPOVIO PAK (60 MG TWICE WEEKLY).....	40	<i>zidovudine</i> .....	17
XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY).....	40	ZIKS ARTHRIT CRE RELIEF.....	226
XPOVIO PAK (80 MG TWICE WEEKLY).....	40	ZINC LOZ.....	181
XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY).....	40	<i>zinc oxide (topical)</i> .....	226
XTANDI.....	28	<i>zinc sulfate</i> .....	144
<i>xulane</i> .....	89	ZINC SULFATE POW GRANULAR.....	144
XULTOPHY INJ 100/3.6.....	79	ZINC SULFATE POW HEPTAHYD.....	144
		ZINC SULFATE POW MONOHYD.....	144
<b>Y</b>		<i>ziprasidone hcl</i> .....	61
YELETS TEEN TAB FORMULA.....	180	<i>ziprasidone mesylate</i> .....	61
YF-VAX INJ.....	128	ZIRABEV.....	40
<i>yl beta carotene</i> .....	180	ZIRGAN.....	182
<i>yl coenzyme q10</i> .....	148	<i>zoledronic acid</i> .....	80
<i>yl folic acid</i> .....	180	ZOLINZA.....	40
<i>yl vitamin b-6</i> .....	180	<i>zolpidem tartrate</i> .....	69
<i>yl vitamin c</i> .....	180	ZONISADE.....	66
<i>yl vitamin c/rose hips</i> .....	180	<i>zonisamide</i> .....	66
YOUR LIFE CHW GUMMIES.....	180	<i>zoo friends/extra c</i> .....	181
YUMVS DIABET CHW MULTIVIT.....	180	<i>zovia 1/35</i> .....	89
<i>yumvskids vitamin d3 zero</i> .....	181	ZTALMY.....	66
YUMVS MULTI CHW ZERO.....	180	<i>zumandimine</i> .....	89
<i>yumvs vitamin d3</i> .....	180	ZURZUVAE.....	56
<i>yumvs vitamin d3 zero</i> .....	181	ZYDELIG.....	40
YUMVS VITAMIN D3 ZERO.....	181	ZYKADIA.....	40
<i>yuvafem</i> .....	90	ZYLET SUS 0.5-0.3%.....	181
		ZYPREXA RELPREVV.....	61

**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 **1-855-364-0974 (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 **1-855-364-0974 (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**1-855-364-0974 (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**1-855-364-0974 (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 **1-855-364-0974 (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 **1-855-364-0974 (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 **1-855-364-0974 (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 **1-855-364-0974 (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 **1-855-364-0974 (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 **1-855-364-0974 (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 **1-855-364-0974 (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 **1-855-364-0974 (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 **1-855-364-0974 (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 **1-855-364-0974 (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 **1-855-364-0974 (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 **1-855-364-0974 (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、**1-855-364-0974 (TTY: 711)**にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。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 **1-855-364-0974 (TTY: 711)**. E hiki ana i kekahi mea ‘ōlelo Pelekānia/‘Ōlelo ke kōkua iā ‘oe. He pōmaika‘i manuahi kēia.

**Amharic:** የጤና ወይም የመድኃኒት ዕቅዶችን በመመለስ ሊኖርዎ ስለሚችል ማንኛውም ጥያቄዎች መልስ ለመስጠት ነፃ የአስተርጓሚ አገልግሎት አለን። አስተርጓሚ ለማግኘት፣ ይደውሉልን በ **1-855-364-0974 (TTY: 711)**። እንግሊዘኛ/ቋንቋ የሚናገር አንድ ሰው ሊረዳዎት ይችላሉ። ይህ ነፃ አገልግሎት ነው።

**Gujarati:** અમારી આરોગ્ય અથવા દવા યોજના વિશે તમને હોય તેવા કોઈપણ પ્રશ્નોના જવાબ આપવા અમારી પાસે મફત દુભાષિયાની સેવાઓ છે. દુભાષિયા મેળવવા માટે, અમને ફક્ત **1-855-364-0974 (TTY: 711)** પર કોલ કરો. કોઈ વ્યક્તિ જે અંગ્રેજી/ભાષા બોલે છે તે તમને મદદ કરી શકે છે. આ એક મફત સેવા છે.

**Kenyanwanda:** Dufite serivisi z’abasemuzi ku buntu kugira ngo dusubize ibibazo byose waba ufite ku byerekeye gahunda yacu y’ubuzima cyangwa y’ibiyobyabwenge. Kugira ngo ubone umusemuzi, duhamgare kuri **1-855-364-0974 (TTY: 711)**. Umuntu uvuga ururimi rw’Icyongereza ashobora kugufasha. Iyi ni serivisi y’ubuntu.

**Nepali:** हाम्रो स्वास्थ्य वा औषधि योजनाको बारेमा तपाईंमा हुन सक्ने कुनै पनि प्रश्नहरूको जवाफ दिन हामीसँग निःशुल्क अनुवाद सेवाहरू छन्। दोभाषे प्राप्त गर्न केवल हामीलाई यहाँ फोन गर्नुहोस् **1-855-364-0974 (TTY: 711)**। अंग्रेजी भाषा बोल्ने कुनै व्यक्तिले तपाईंलाई मद्दत गर्न सक्छ। यो निःशुल्क सेवा हो।

**Afghani:** ما خدمات ترجمان رایگان داریم تا به هر سوال که ممکن است در مورد طرح صحت ی داروی خود داشته باشید پاسخ دهیم. برای دریافت ترجمان، صرف با شماره **1-855-364-0974 (TTY: 711)** یا ما تماس بگیرید. کسی که به زبان/انگلیسی صحبت می کند می تواند به شما کمک کند. این یک خدمت رایگان است.

**Somali:** Waxaanu haynaa adeegyadaa bilaashka ah turjubaanka si looga jawaabo wax su’aalo ah oo aad qabto oo ku saabsan caafimaadka ama qorshaha dagaalka. Si loo helo turjubaan, naga soo wac **1-855-364-0974 (TTY: 711)**. Qof ku hadla Ingiriiska/Soomaali ayaa ku caawin kara. Tani waa adeeg bilaash ah.

**Swahili:** Tuna huduma za mkalimani bila malipo kujibu maswali yoyote ambayo unaweza kuwa nayo kuhusu afya au mpango wetu wa dawa. Ili kupata mkalimani, tupigie simu kwa **1-855-364-0974 (TTY: 711)**. Mtu anayezungumza Kiingereza/Lugha anaweza kukusaidia. Huduma hii ni ya bila malipo.

**Ukrainian:** У нас є безкоштовні послуги перекладача, який відповість на будь-які ваші запитання щодо нашого плану медичного обслуговування або забезпечення ліками. Щоб отримати послуги перекладача, просто зателефонуйте нам за номером **1-855-364-0974 (TTY: 711)**. Вам може допомогти людина, яка володіє англійською/ мовою. Ця послуга є безкоштовною.

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

Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, o bien visite **[AetnaBetterHealth.com/Ohio](https://www.aetna.com/Ohio)**.



©2024 Aetna Inc.

No se han realizado cambios desde el 10/01/2024