

Lista de medicamentos cubiertos/ Formulario 2024

AETNA BETTER HEALTH® OF OHIO un MyCare Ohio plan (Medicare-Medicaid Plan)

Aetna Better Health of Ohio, un MyCare Ohio plan (Medicare-Medicaid Plan) 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) para 2024*

Introducción

Este documento se denomina *Lista de medicamentos cubiertos* (también se conoce como Lista de medicamentos). Le indica qué medicamentos con receta y productos y medicamentos de venta libre están cubiertos por Aetna Better Health 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*.

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

Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con nosotros al **1-855-364-0974 (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?	VI
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si debo tomar alguna medida para obtener el medicamento?	VII
B6. ¿Qué sucede si Aetna Better Health of Ohio modifica sus normas sobre algunos medicamentos (por ejemplo, autorizaciones previas o aprobaciones, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado)?	VII

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**.



B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos?	VIII
B8. ¿Qué sucede si el medicamento que deseo tomar no figura en la Lista de medicamentos?	VIII
B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo de Aetna Better Health 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 medicamentos de venta libre (OTC)?	XI
B15. ¿Aetna Better Health of Ohio cubre productos OTC que no sean medicamentos?	XI
B16. ¿Cuál es mi copago?	XII
B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?	XII
C. Medicamentos agrupados según la afección médica	XIII
D. Índice de medicamentos cubiertos	190



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**.

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.
- ❖ ATTENTION: If you speak Spanish or Somali, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. La llamada es gratuita.
- ❖ ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de idiomas gratuitos. Llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.
- ❖ FIIRI: Haddii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada Iluqadda, oo bilaash ah, ayaa lagu heli karaa adiga. Wac **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, 24 saacadood maalintii, 7 maalmood todobaadkii. Wicitaanku waa bilaash.

❖ **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**.



B. Preguntas frecuentes

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

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

Los medicamentos que figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos* que comienza en la página 1 son los medicamentos cubiertos por Aetna Better Health 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**
 - 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

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

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

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

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

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

- Siempre puede verificar la Lista de medicamentos actualizada de Aetna Better Health of Ohio por Internet en **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.
- 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:

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

Esta sección continúa en la siguiente página.

Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health 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**.



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

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

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

Cuando estos cambios tengan lugar, haremos lo siguiente:

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

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

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

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

Sí, algunos medicamentos tienen normas de cobertura o limitaciones en la cantidad que puede obtener. En algunos casos, usted 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.

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.**

- **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 las páginas 1 a 189. También puede obtener más información en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/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 Lista de medicamentos cubiertos de la página 1 tiene una columna titulada “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”.

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.

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**.



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. Podrá encontrarla en la página 190. 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 página XIII. Los medicamentos en esta sección están agrupados en categorías dependiendo del tipo de afecciones médicas que estén acostumbrados a tratar. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría “Cardiovascular”. Allí encontrará los medicamentos que sirven para tratar las afecciones cardíacas.

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

Si no encuentra su medicamento en la Lista de medicamentos, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (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:

- 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.



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

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. ●
- Si las normas del plan de salud no le permiten obtener la cantidad solicitada por la persona autorizada a dar recetas. ●
- Si el medicamento requiere la autorización previa de Aetna Better Health of Ohio. ●
- 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.
- Esto se suma al suministro temporal durante los primeros 90 días de su membresía en Aetna Better Health of Ohio.

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**.



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.
- Otros ejemplos: Puede solicitarnos que omitamos las restricciones de tratamiento escalonado o los requisitos de autorización previa.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health 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

X **AetnaBetterHealth.com/Ohio.**

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 no tienen nombres conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

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

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

La sigla en inglés OTC significa “de venta libre”. Aetna Better Health 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.

B15. ¿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.

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**.



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.

B16. ¿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.

B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?

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

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

Ningún nivel tiene copago.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health 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**.

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 el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página 190. En el índice se encuentran todos los medicamentos cubiertos por Aetna Better Health of Ohio por orden alfabético.

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

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

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

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.

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**.



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	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANALGESICS - DRUGS TO TREAT PAIN AND INFLAMMATION		
GOUT - DRUGS TO TREAT GOUT		
<i>allopurinol</i> TABS 100mg, 300mg	\$0(1)	
<i>colchicine</i> TABS .6mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	\$0(1)	
MITIGARE CAPS .6mg	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days)
<i>probenecid</i> TABS 500mg	\$0(1)	
MISCELLANEOUS		
<i>acetaminophen</i> CHEW 160mg; LIQD 160mg/5ml; SOLN 160mg/5ml, 325mg/10.15ml, 650mg/20.3ml; SUPP 120mg, 650mg; SUSP 160mg/5ml, 650mg/20.3ml; TABS 325mg, 500mg; TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>acetaminophen extra stren</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>adult aspirin regimen</i> TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<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>childrens silapap</i> LIQD 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>ed-apap</i> LIQD 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>feverall adults</i> SUPP 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>feverall childrens</i> SUPP 120mg	\$0(3)	NM; *
FEVERALL INFANTS SUPP 80mg	\$0(3)	NM; *
FEVERALL JUNIOR STRENGTH SUPP 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp 8 hour arthritis reli</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp 8 hour pain relief</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp 8 hour pain reliever</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp acetaminophen</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp adult aspirin low str</i> CHEW 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp aspirin</i> TABS 325mg; TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp aspirin low dose</i> TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp infants pain/fever</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pain & fever children</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pain relief</i> CHEW 160mg; TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pain relief extra str</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense arthritis pain</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense aspirin</i> CHEW 81mg; TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense aspirin adults</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense pain & fever ch</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense pain & fever in</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense pain relief</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense pain relief ext</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm acetaminophen children</i> CHEW 160mg	\$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 aspirin</i> TBEC 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm aspirin ec low dose</i> TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm pain & fever childrens</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm pain relief</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm pain reliever</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>8 hour arthritis pain rel</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>liquid acetaminophen</i> LIQD 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>m-pap</i> LIQD 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>mapap</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 **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

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

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v15

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sm pain reliever children</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain reliever extra st</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>st joseph low dose aspiri</i> CHEW 81mg	\$0(3)	NM; *
NSAIDS - DRUGS TO TREAT PAIN AND INFLAMMATION		
<i>all day pain relief</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>all day relief</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>celecoxib</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>celecoxib</i> CAPS 400mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>childrens ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml, 200mg/10ml	\$0(3)	NM; *
<i>diclofenac potassium</i> TABS 50mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>diclofenac sodium</i> TB24 100mg; TBEC 25mg, 50mg, 75mg	\$0(1)	
<i>diflunisal</i> TABS 500mg	\$0(1)	
<i>ec-naproxen</i> TBEC 375mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>ec-naproxen</i> TBEC 500mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>etodolac</i> CAPS 200mg, 300mg; TABS 400mg, 500mg; TB24 400mg, 500mg, 600mg	\$0(1)	
<i>flurbiprofen</i> TABS 100mg	\$0(1)	
<i>gnp childrens ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp ibuprofen</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp ibuprofen childrens</i> CHEW 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp ibuprofen infants</i> SUSP 50mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp naproxen</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp naproxen sodium</i> CAPS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense ibuprofen</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense ibuprofen child</i> SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense ibuprofen infan</i> SUSP 50mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>tramadol hcl TABS 50mg</i>	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
ANESTHETICS - DRUGS FOR NUMBING		
LOCAL ANESTHETICS		
<i>lidocaine hcl (local anesth.) SOLN .5%, 1%, 1.5%, 2%</i>	\$0(1)	B/D
ANTI-INFECTIVES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
ANTI-INFECTIVES - MISCELLANEOUS		
<i>albendazole TABS 200mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (672 tabs / year), PA
<i>amikacin sulfate SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	\$0(1)	
<i>atovaquone SUSP 750mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>aztreonam SOLR 1gm, 2gm</i>	\$0(1)	
BINAXNOW COV KIT HOME TES	\$0(3)	QL (8 kits / 30 days), NM; *
CARESTART KIT COVID-19	\$0(3)	QL (8 kits / 30 days), NM; *
CAYSTON SOLR 75mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>clindamycin hcl CAPS 75mg, 150mg, 300mg</i>	\$0(1)	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride SOLR 75mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>clindamycin phosphate SOLN 600mg/4ml, 900mg/6ml, 9000mg/60ml</i>	\$0(1)	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	\$0(1)	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i>	\$0(1)	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i>	\$0(1)	
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	\$0(2)	
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	\$0(2)	
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	\$0(2)	
CLINITEST KIT SELF-TST	\$0(3)	QL (8 kits / 30 days), NM; *
<i>colistimethate sodium SOLR 150mg</i>	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COVID-19 AT- KIT 1-PACK	\$0(3)	QL (8 kits / 30 days), NM; *
COVID-19 RAP KIT 1-PACK	\$0(3)	QL (8 kits / 30 days), NM; *
COVID-19 RAP KIT 2-PACK	\$0(3)	QL (8 kits / 30 days), NM; *
COVID-19 TES KIT SPECIMEN	\$0(3)	QL (8 kits / 30 days), NM; *
CVS COVID-19 KIT HOME 2PK	\$0(3)	QL (8 kits / 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 kits / 30 days), NM; *
ELLUME COV19 KIT HOME TES	\$0(3)	QL (8 kits / 30 days), NM; *
EMVERM CHEW 100mg	\$0(2)	NDS, QL (12 tabs / year)
<i>ertapenem sodium</i> SOLR 1gm	\$0(1)	
FLOWFLEX KIT TEST	\$0(3)	QL (8 kits / 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)	
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin sulfate</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/ml	\$0(1)	
IHEALTH 2-PK KIT COVID-19	\$0(3)	QL (8 kits / 30 days), NM; *
IHEALTH 5-PK KIT COVID-19	\$0(3)	QL (8 kits / 30 days), NM; *
IHEALTH 40PK KIT COVID-19	\$0(3)	QL (8 kits / 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)	
INDICAID KIT COVID-19	\$0(3)	QL (8 kits / 30 days), NM; *
INTELISWAB KIT COVID-19	\$0(3)	QL (8 kits / 30 days), NM; *
<i>ivermectin</i> TABS 3mg	\$0(1)	QL (12 tabs / 90 days), PA
<i>linezolid</i> SOLN 600mg/300ml	\$0(1)	
<i>linezolid</i> SUSR 100mg/5ml	\$0(2)	NDS, QL (1800 mL / 30 days)
<i>linezolid</i> TABS 600mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LINEZOLID INJ 2MG/ML	\$0(1)	
LUCIRA CHECK KIT COVID-19	\$0(3)	QL (8 kits / 30 days), NM; *
<i>meropenem</i> SOLR 1gm, 500mg	\$0(1)	
<i>methenamine hippurate</i> TABS 1gm	\$0(1)	
<i>metronidazole</i> SOLN 500mg/100ml; TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>neomycin sulfate</i> TABS 500mg	\$0(1)	
<i>nitazoxanide</i> TABS 500mg	\$0(2)	NDS, QL (6 tabs / 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> CAPS 50mg, 100mg	\$0(2)	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> CAPS 100mg	\$0(2)	
ON/GO COVID KIT ANTIGEN	\$0(3)	QL (8 kits / 30 days), NM; *
ON/GO ONE KIT COVID-19	\$0(3)	QL (8 kits / 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 kits / 30 days), NM; *
<i>pin-away</i> SUSP 144mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>pinworm medicine</i> SUSP 144mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>praziquantel</i> TABS 600mg	\$0(1)	
QUICKVUE HOM KIT COVID-19	\$0(3)	QL (8 kits / 30 days), NM; *
<i>reeses pinworm medicine</i> SUSP 144mg/ml	\$0(3)	NM; *
SIVEXTRO SOLR 200mg; TABS 200mg	\$0(2)	NDS
SPEEDY SWAB KIT COVID-19	\$0(3)	QL (8 kits / 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)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tinidazole</i> TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>tobramycin</i> NEBU 300mg/5ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>tobramycin sulfate</i> SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml	\$0(1)	
<i>trimethoprim</i> TABS 100mg	\$0(1)	
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 125mg	\$0(1)	QL (80 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 250mg	\$0(1)	QL (160 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl</i> SOLR 1gm, 1.25gm, 1.5gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg	\$0(1)	
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE SOLR 1gm, 5gm, 10gm, 500mg	\$0(1)	
VANCOMYCIN INJ 1 GM	\$0(2)	
VANCOMYCIN INJ 500MG	\$0(2)	
VANCOMYCIN INJ 750MG	\$0(2)	
ANTIFUNGALS - DRUGS TO TREAT FUNGAL INFECTIONS		
ABELCET SUSP 5mg/ml	\$0(2)	B/D
<i>amphotericin b</i> SOLR 50mg	\$0(1)	B/D
<i>amphotericin b liposome</i> SUSR 50mg	\$0(2)	NDS, B/D
<i>caspofungin acetate</i> SOLR 50mg, 70mg	\$0(1)	
<i>fluconazole</i> SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	\$0(1)	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 200 mg/100ml	\$0(1)	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 400 mg/200ml	\$0(1)	
<i>flucytosine</i> CAPS 250mg, 500mg	\$0(2)	NDS, PA
<i>griseofulvin microsize</i> SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	\$0(1)	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> TABS 125mg, 250mg	\$0(1)	
<i>itraconazole</i> CAPS 100mg	\$0(1)	PA
<i>ketoconazole</i> TABS 200mg	\$0(1)	PA
<i>micafungin sodium</i> SOLR 50mg, 100mg	\$0(2)	NDS
<i>nystatin</i> TABS 500000unit	\$0(1)	

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v15

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>posaconazole</i> SUSP 40mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (630 mL / 30 days), PA
<i>posaconazole</i> TBEC 100mg	\$0(2)	NDS, QL (93 tabs / 30 days), PA
<i>terbinafine hcl</i> TABS 250mg	\$0(1)	QL (90 tabs / year)
<i>voriconazole</i> SOLR 200mg	\$0(1)	PA
<i>voriconazole</i> SUSR 40mg/ml	\$0(2)	NDS, PA
<i>voriconazole</i> TABS 50mg	\$0(1)	QL (480 tabs / 30 days), PA
<i>voriconazole</i> TABS 200mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days), PA
ANTIMALARIALS - DRUGS TO TREAT MALARIA		
<i>atovaquone-proguanil hcl tab</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
ANTIRETROVIRAL AGENTS - DRUGS TO SUPPRESS HIV/AIDS INFECTION		
<i>abacavir sulfate</i> SOLN 20mg/ml; TABS 300mg	\$0(1)	NM
APTIVUS CAPS 250mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>atazanavir sulfate</i> CAPS 150mg, 200mg, 300mg	\$0(1)	NM
<i>darunavir</i> TABS 600mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>darunavir</i> TABS 800mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
EDURANT TABS 25mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>efavirenz</i> CAPS 50mg, 200mg; TABS 600mg	\$0(1)	NM
<i>emtricitabine</i> CAPS 200mg	\$0(1)	NM
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	\$0(2)	NM
<i>etravirine</i> TABS 100mg, 200mg	\$0(2)	NDS, NM

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fosamprenavir calcium</i> TABS 700mg	\$0(2)	NDS, NM
FUZEON SOLR 90mg	\$0(2)	NDS, NM, LA
INTELENCE TABS 25mg	\$0(2)	NM
ISENTRESS CHEW 25mg	\$0(2)	NM
ISENTRESS CHEW 100mg; PACK 100mg; TABS 400mg	\$0(2)	NDS, NM
ISENTRESS HD TABS 600mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>lamivudine</i> SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	\$0(1)	NM
LEXIVA SUSP 50mg/ml	\$0(2)	NM
<i>maraviroc</i> TABS 150mg, 300mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>nevirapine</i> SUSP 50mg/5ml; TABS 200mg; TB24 400mg	\$0(1)	NM
NORVIR PACK 100mg	\$0(2)	NM
PIFELTRO TABS 100mg	\$0(2)	NDS, NM
PREZISTA SUSP 100mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (400 mL / 30 days), NM
PREZISTA TABS 75mg	\$0(2)	QL (480 tabs / 30 days), NM
PREZISTA TABS 150mg	\$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM
REYATAZ PACK 50mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>ritonavir</i> TABS 100mg	\$0(1)	NM
RUKOBIA TB12 600mg	\$0(2)	NDS, NM
SELZENTRY SOLN 20mg/ml; TABS 75mg	\$0(2)	NDS, NM
SELZENTRY TABS 25mg	\$0(2)	NM
SUNLENCA TBPK 300mg	\$0(2)	NDS, NM, LA
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> TABS 300mg	\$0(1)	NM
TIVICAY TABS 10mg	\$0(2)	NM
TIVICAY TABS 25mg, 50mg	\$0(2)	NDS, NM
TIVICAY PD TBSO 5mg	\$0(2)	NDS, NM
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	\$0(2)	NDS, NM, LA
TYBOST TABS 150mg	\$0(2)	NM
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	\$0(2)	NDS, NM

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v15

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>zidovudine</i> CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml; TABS 300mg	\$0(1)	NM
ANTIRETROVIRAL COMBINATION AGENTS - DRUGS TO SUPPRESS HIV/AIDS INFECTION		
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	\$0(1)	NM
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	\$0(2)	NDS, NM
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	\$0(2)	NDS, NM
CIMDUO TAB 300-300	\$0(2)	NDS, NM
COMPLERA TAB	\$0(2)	NDS, NM
DELSTRIGO TAB	\$0(2)	NDS, NM
DESCOVY TAB 120-15MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
DESCOVY TAB 200/25MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
DOVATO TAB 50-300MG	\$0(2)	NDS, NM
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
<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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	\$0(1)	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	\$0(1)	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	\$0(1)	NM
ODEFSEY TAB	\$0(2)	NDS, NM
PREZCOBIX TAB 800-150	\$0(2)	NDS, NM
STRIBILD TAB	\$0(2)	NDS, NM
SYMTUZA TAB	\$0(2)	NDS, NM
TRIUMEQ PD TAB	\$0(2)	NDS, NM
TRIUMEQ TAB	\$0(2)	NDS, NM
TRIZIVIR TAB	\$0(2)	NDS, NM
ANTITUBERCULAR AGENTS - DRUGS TO TREAT TUBERCULOSIS		
<i>cycloserine CAPS 250mg</i>	\$0(2)	NDS
<i>ethambutol hcl TABS 100mg, 400mg</i>	\$0(1)	
<i>isoniazid SYRP 50mg/5ml; TABS 100mg, 300mg</i>	\$0(1)	
PRIFTIN TABS 150mg	\$0(2)	
<i>pyrazinamide TABS 500mg</i>	\$0(1)	
<i>rifabutin CAPS 150mg</i>	\$0(1)	
<i>rifampin CAPS 150mg, 300mg; SOLR 600mg</i>	\$0(1)	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
TRECTOR TABS 250mg	\$0(2)	
ANTIVIRALS - DRUGS TO TREAT VIRAL INFECTIONS		
<i>acyclovir CAPS 200mg; SUSP 200mg/5ml; TABS 400mg, 800mg</i>	\$0(1)	
<i>acyclovir sodium SOLN 50mg/ml</i>	\$0(1)	B/D
<i>adefovir dipivoxil TABS 10mg</i>	\$0(1)	NM
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	\$0(2)	NDS, NM
<i>entecavir TABS .5mg, 1mg</i>	\$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 TABS 125mg, 250mg, 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 **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ganciclovir sodium</i> SOLR 500mg	\$0(1)	B/D
HARVONI PAK 33.75-150MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
HARVONI PAK 45-200MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
HARVONI TAB 45-200MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
HARVONI TAB 90-400MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>lamivudine (hbv)</i> TABS 100mg	\$0(1)	NM
MAVYRET PAK 50-20MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
MAVYRET TAB 100-40MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 30mg	\$0(1)	QL (168 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 45mg, 75mg	\$0(1)	QL (84 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> SUSR 6mg/ml	\$0(1)	QL (1080 mL / year)
PAXLOVID TAB 150-100	\$0(2)	QL (40 tabs / 30 days); \$0 Cost Share
PAXLOVID TAB 300-100	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days); \$0 Cost Share
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; SOSY 180mcg/0.5ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days), PA
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister	\$0(2)	QL (6 inhalers / year)
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	\$0(1)	NM
<i>rimantadine hydrochloride</i> TABS 100mg	\$0(1)	
<i>valacyclovir hcl</i> TABS 1gm, 500mg	\$0(1)	
<i>valganciclovir hcl</i> SOLR 50mg/ml	\$0(2)	NDS
<i>valganciclovir hcl</i> TABS 450mg	\$0(1)	
VEMLIDY TABS 25mg	\$0(2)	NDS, NM
VOSEVI TAB	\$0(2)	NDS, NM, PA
XOFLUZA TBPK 40mg, 80mg	\$0(2)	QL (1 tab / 180 days)
CEPHALOSPORINS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>cefaclor</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 250mg/5ml	\$0(1)	
CEFACLOR ER TB12 500mg	\$0(2)	
<i>cefadroxil</i> CAPS 500mg; SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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>cefoxitin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	\$0(1)	
<i>cefpodoxime proxetil</i> SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml; TABS 100mg, 200mg	\$0(1)	
<i>cefprozil</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>ceftazidime</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	\$0(1)	
<i>ceftriaxone sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>cefuroxime axetil</i> TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>cefuroxime sodium</i> SOLR 1.5gm, 750mg	\$0(1)	
<i>cephalexin</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	\$0(1)	
<i>tazicef</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	\$0(1)	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	\$0(2)	NDS
ERYTHROMYCINS/MACROLIDES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>azithromycin</i> PACK 1gm; SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 600mg	\$0(1)	
<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)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	\$0(2)	
<i>erythrocin stearate</i> TABS 250mg	\$0(1)	
<i>erythromycin base</i> CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	\$0(1)	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> TABS 400mg	\$0(1)	
<i>erythromycin lactobionate</i> SOLR 500mg	\$0(1)	
FLUOROQUINOLONAS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
CIPRO SUSR 500mg/5ml	\$0(2)	
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	\$0(1)	
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	\$0(1)	
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg	\$0(1)	
<i>levofloxacin</i> SOLN 25mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg	\$0(1)	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	\$0(1)	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	\$0(1)	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	\$0(1)	
<i>moxifloxacin hcl</i> TABS 400mg	\$0(1)	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i>	\$0(1)	
PENICILLINS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>amoxicillin</i> CAPS 250mg, 500mg; CHEW 125mg, 250mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-28.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin CAPS 500mg</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg</i>	\$0(1)	
BICILLIN L-A SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml	\$0(2)	
<i>dicloxacillin sodium CAPS 250mg, 500mg</i>	\$0(1)	
<i>nafcillin sodium SOLR 1gm, 2gm</i>	\$0(1)	
<i>nafcillin sodium SOLR 10gm</i>	\$0(2)	NDS
<i>oxacillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm</i>	\$0(1)	
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	\$0(2)	
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	\$0(2)	
<i>penicillin g potassium SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	\$0(1)	
<i>penicillin g sodium SOLR 5000000unit</i>	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>penicillin v potassium</i> SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>pfizerpen</i> SOLR 5000000unit, 20000000unit	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj</i> 3.375 gm (3-0.375 gm)	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 2.25 gm (2-0.25 gm)	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 4.5 gm (4-0.5 gm)	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 13.5 gm (12-1.5 gm)	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 40.5 gm (36-4.5 gm)	\$0(1)	
TETRACYCLINES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>doxy 100</i> SOLR 100mg	\$0(1)	
<i>doxycycline (monohydrate)</i> CAPS 50mg, 100mg; SUSR 25mg/5ml; TABS 50mg, 75mg, 100mg	\$0(1)	
<i>doxycycline hyclate</i> CAPS 50mg, 100mg; SOLR 100mg; TABS 20mg, 100mg	\$0(1)	
<i>minocycline hcl</i> CAPS 50mg, 75mg, 100mg	\$0(1)	
NUZYRA SOLR 100mg; TABS 150mg	\$0(2)	NDS, NM, LA
<i>tetracycline hcl</i> CAPS 250mg, 500mg	\$0(1)	PA
<i>tigecycline</i> SOLR 50mg	\$0(2)	NDS
ANTINEOPLASTIC AGENTS - DRUGS TO TREAT CANCER		
ALKYLATING AGENTS		
BENDEKA SOLN 100mg/4ml	\$0(2)	NDS, B/D, NM, LA
<i>carboplatin</i> SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml	\$0(1)	B/D
<i>cisplatin</i> SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml	\$0(1)	B/D
<i>cyclophosphamide</i> CAPS 25mg, 50mg; SOLR 1gm, 500mg	\$0(1)	B/D

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
LEUKERAN TABS 2mg	\$0(2)	NDS
<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml; SOLR 50mg	\$0(1)	B/D
<i>oxaliplatin</i> SOLR 100mg	\$0(2)	NDS, B/D
<i>paraplatin</i> SOLN 1000mg/100ml	\$0(1)	B/D
ANTIBIOTICS		
<i>doxorubicin hcl</i> SOLN 2mg/ml	\$0(1)	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> INJ 2mg/ml	\$0(2)	NDS, B/D
ELLEENCE SOLN 50mg/25ml, 200mg/100ml	\$0(2)	B/D
ANTIMETABOLITES		
<i>azacitidine</i> SUSR 100mg	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>cytarabine</i> SOLN 20mg/ml	\$0(1)	B/D
<i>fluorouracil</i> SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	\$0(1)	B/D
<i>gemcitabine hcl</i> SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml; SOLR 1gm, 2gm, 200mg	\$0(1)	B/D
INQOVI TAB 35-100MG	\$0(2)	NDS, QL (5 tabs / 28 days), NM, LA, PA
LONSURF TAB 15-6.14	\$0(2)	NDS, QL (100 tabs / 28 days), NM, LA, PA
LONSURF TAB 20-8.19	\$0(2)	NDS, QL (80 tabs / 28 days), NM, LA, 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 **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methotrexate sodium</i> SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	\$0(1)	B/D
ONUREG TABS 200mg, 300mg	\$0(2)	NDS, QL (14 tabs / 28 days), NM, LA, PA
<i>pemetrexed disodium</i> SOLR 100mg, 500mg, 750mg, 1000mg	\$0(2)	NDS, B/D
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	\$0(2)	NDS, NM, LA
TABLOID TABS 40mg	\$0(2)	
HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS		
<i>abiraterone acetate</i> TABS 250mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
<i>abiraterone acetate</i> TABS 500mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AKEEGA TAB 50/500MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
AKEEGA TAB 100/500	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>anastrozole</i> TABS 1mg	\$0(1)	
<i>bicalutamide</i> TABS 50mg	\$0(1)	
ELIGARD KIT 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg	\$0(2)	NM, PA
ERLEADA TABS 60mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ERLEADA TABS 240mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
EULEXIN CAPS 125mg	\$0(2)	NDS
<i>exemestane</i> TABS 25mg	\$0(1)	
FIRMAGON SOLR 80mg	\$0(2)	NM, PA
FIRMAGON SOLR 120mg/vial	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>fulvestrant</i> SOSY 250mg/5ml	\$0(2)	NDS, B/D
<i>letrozole</i> TABS 2.5mg	\$0(1)	
<i>leuprolide acetate</i> KIT 1mg/0.2ml	\$0(1)	NM, PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
LYSODREN TABS 500mg	\$0(2)	NDS, NM, LA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>megestrol acetate</i> TABS 20mg, 40mg	\$0(2)	
<i>nilutamide</i> TABS 150mg	\$0(2)	NDS
NUBEQA TABS 300mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ORGOVYX TABS 120mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ORSERDU TABS 86mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ORSERDU TABS 345mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	\$0(2)	NDS
<i>tamoxifen citrate</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>toremifene citrate</i> TABS 60mg	\$0(1)	
XTANDI CAPS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
XTANDI TABS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
XTANDI TABS 80mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
IMMUNOMODULATORS		
<i>lenalidomide</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	\$0(2)	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, LA, PA
<i>lenalidomide</i> CAPS 20mg, 25mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
POMALYST CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
REVLIMID CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	\$0(2)	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, LA, PA
REVLIMID CAPS 20mg, 25mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
THALOMID CAPS 50mg	\$0(2)	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, LA, PA
THALOMID CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, LA, PA
THALOMID CAPS 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MISCELLANEOUS		
BESREMI SOSY 500mcg/ml	\$0(2)	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, LA, PA
<i>bexarotene</i> CAPS 75mg	\$0(2)	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, PA
<i>hydroxyurea</i> CAPS 500mg	\$0(1)	
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	\$0(1)	B/D
IWILFIN TABS 192mg	\$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, LA, PA
KISQALI 200 PAK FEMARA	\$0(2)	NDS, QL (49 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 400 PAK FEMARA	\$0(2)	NDS, QL (70 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 PAK FEMARA	\$0(2)	NDS, QL (91 tabs / 28 days), NM, PA
MATULANE CAPS 50mg	\$0(2)	NDS, NM, LA
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> CAPS 10mg	\$0(2)	NDS
WELIREG TABS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
MITOTIC INHIBITORS		
<i>docetaxel</i> CONC 20mg/ml	\$0(1)	B/D
<i>docetaxel</i> CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	\$0(2)	NDS, B/D
DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	\$0(2)	NDS, B/D
<i>etoposide</i> SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml, 500mg/25ml	\$0(1)	B/D
<i>paclitaxel</i> CONC 6mg/ml, 30mg/5ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	\$0(1)	B/D
<i>paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg</i>	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>vincristine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	\$0(1)	B/D

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>vinorelbine tartrate</i> SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	\$0(1)	B/D
MOLECULAR TARGET AGENTS		
ALECENSA CAPS 150mg	\$0(2)	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, LA, PA
ALUNBRIG TABS 30mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ALUNBRIG TABS 90mg, 180mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ALUNBRIG PAK	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
AUGTYRO CAPS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, LA, PA
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
BALVERSA TABS 3mg	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
BALVERSA TABS 4mg	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
BALVERSA TABS 5mg	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, LA, PA
BORTEZOMIB SOLR 1mg, 2.5mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>bortezomib</i> SOLR 3.5mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
BOSULIF CAPS 50mg	\$0(2)	NDS, QL (360 caps / 30 days), NM, PA
BOSULIF CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (150 caps / 25 days), NM, PA
BOSULIF TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
BOSULIF TABS 400mg, 500mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
BRAFTOVI CAPS 75mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA
BRUKINSA CAPS 80mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
CALQUENCE CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
CALQUENCE TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
CAPRELSA TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
CAPRELSA TABS 300mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg	\$0(2)	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, LA, PA
COMETRIQ KIT 100MG	\$0(2)	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, LA, PA
COMETRIQ KIT 140MG	\$0(2)	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, LA, PA
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg	\$0(2)	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, LA, PA
COTELLIC TABS 20mg	\$0(2)	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, LA, PA
DAURISMO TABS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
DAURISMO TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ERIVEDGE CAPS 150mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 100mg, 150mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 2mg	\$0(2)	NDS, QL (150 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 3mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>everolimus</i> TBSO 5mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
FRUZAQLA CAPS 1mg	\$0(2)	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, LA, PA
FRUZAQLA CAPS 5mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
GAVRETO CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
<i>gefitinib</i> TABS 250mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg	\$0(2)	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, LA, PA
ICLUSIG TABS 10mg, 15mg, 30mg, 45mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
IDHIFA TABS 50mg, 100mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 400mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA CAPS 70mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
IMBRUVICA CAPS 140mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
IMBRUVICA SUSP 70mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (216 mL / 27 days), NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
IMBRUVICA TABS 140mg, 280mg, 420mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
INLYTA TABS 1mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
INLYTA TABS 5mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
INREBIC CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
JAYPIRCA TABS 50mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
JAYPIRCA TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	\$0(2)	NDS, B/D, NM, LA
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg	\$0(2)	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 400 DOSE TBPK 200mg	\$0(2)	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 DOSE TBPK 200mg	\$0(2)	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, PA
KOSELUGO CAPS 10mg	\$0(2)	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, LA, PA
KOSELUGO CAPS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
KRAZATI TABS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>lapatinib ditosylate</i> TABS 250mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA CAP 14 MG	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA CAP 18 MG	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA CAP 24 MG	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
LORBRENA TABS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
LORBRENA TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
LUMAKRAS TABS 120mg	\$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, LA, PA
LUMAKRAS TABS 320mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	\$0(2)	NDS, QL (140 tabs / 28 days), NM, LA, PA
MEKINIST SOLR .05mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (1260 mL / 30 days), NM, LA, PA
MEKINIST TABS 2mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
MEKINIST TABS .5mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
MEKTOVI TABS 15mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MONJUVI SOLR 200mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
NERLYNX TABS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
NEXAVAR TABS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg	\$0(2)	NDS, QL (3 caps / 28 days), NM, PA
ODOMZO CAPS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
OGIVRI SOLR 150mg, 420mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
OGSIVEO TABS 50mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
OGSIVEO TABS 100mg, 150mg	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
OJEMDA SUSR 25mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (96 mL / 28 days), NM, LA, PA
OJEMDA TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (24 tabs / 28 days), NM, LA, PA
OJJAARA TABS 100mg, 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>pazopanib hcl</i> TABS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, LA, PA
PHESGO SOL	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200mg	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
PIQRAY 250MG TAB DOSE	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150mg	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
QINLOCK TABS 50mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
RETEVMO CAPS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RETEVMO CAPS 80mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
REZLIDHIA CAPS 150mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
ROZLYTREK CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (150 caps / 30 days), NM, LA, PA
ROZLYTREK CAPS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
ROZLYTREK PACK 50mg	\$0(2)	NDS, QL (336 packets / 28 days), NM, LA, PA
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
RYDAPT CAPS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (224 caps / 28 days), NM, PA
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, LA, PA
<i>sunitinib malate</i> CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
TABRECTA TABS 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
TAFINLAR TBSO 10mg	\$0(2)	NDS, QL (900 tabs / 30 days), NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TAGRISSO TABS 40mg, 80mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TALZENNA CAPS .1mg, .35mg, .5mg, .75mg, 1mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
TALZENNA CAPS .25mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
TASIGNA CAPS 50mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
TASIGNA CAPS 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
TAZVERIK TABS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
TEPMETKO TABS 225mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TIBSOVO TABS 250mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
TRUQAP TABS 160mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (64 tabs / 28 days), NM, LA, PA
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TURALIO CAPS 125mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
VANFLYTA TABS 17.7mg, 26.5mg	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VENCLEXTA TABS 10mg	\$0(2)	QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VENCLEXTA TABS 50mg	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VENCLEXTA TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VENCLEXTA TAB START PK	\$0(2)	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VITRAKVI CAPS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA
VITRAKVI CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
VITRAKVI SOLN 20mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (300 mL / 30 days), NM, LA, PA
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
VONJO CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
XALKORI CAPS 200mg, 250mg; CPSP 50mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
XALKORI CPSP 20mg	\$0(2)	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, LA, PA
XALKORI CPSP 150mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA
XOSPATA TABS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY TBPK 40mg	\$0(2)	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY TBPK 40mg	\$0(2)	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY TBPK 60mg	\$0(2)	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	\$0(2)	NDS, QL (24 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY TBPK 40mg	\$0(2)	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	\$0(2)	NDS, QL (32 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY TBPK 50mg	\$0(2)	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZEJULA TABS 100mg, 200mg, 300mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ZELBORAF TABS 240mg	\$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ZOLINZA CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ZYKADIA TABS 150mg	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
PROTECTIVE AGENTS		
<i>leucovorin calcium</i> SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	\$0(1)	B/D
<i>leucovorin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 25mg	\$0(1)	
MESNEX TABS 400mg	\$0(2)	NDS
CARDIOVASCULAR - DRUGS TO TREAT HEART AND CIRCULATION CONDITIONS		
ACE INHIBITOR COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i> 2.5-10 mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i> 5-10 mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i> 5-20 mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i> 5-40 mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i> 10-20 mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i> 10-40 mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i> 5-6.25mg	\$0(1)	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i> 10-12.5 mg	\$0(1)	

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lisinopril</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(1)	
<i>moexipril hcl</i> TABS 7.5mg, 15mg	\$0(1)	
<i>perindopril erbumine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg	\$0(1)	
<i>quinapril hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	
<i>ramipril</i> CAPS 1.25mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>trandolapril</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg	\$0(1)	
ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>eplerenone</i> TABS 25mg, 50mg	\$0(1)	
KERENDIA TABS 10mg, 20mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>spironolactone</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
ALPHA BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>doxazosin mesylate</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg	\$0(1)	
<i>prazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg	\$0(1)	
<i>terazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ENTRESTO TAB 24-26MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
ENTRESTO TAB 49-51MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
ENTRESTO TAB 97-103MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>candesartan cilexetil TABS 4mg, 8mg, 16mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil TABS 32mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>irbesartan TABS 75mg, 150mg, 300mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	\$0(1)	
<i>olmesartan medoxomil TABS 5mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil TABS 20mg, 40mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan TABS 20mg, 40mg, 80mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan TABS 40mg, 80mg, 160mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>valsartan TABS 320mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIARRHYTHMICS - DRUGS TO CONTROL HEART RHYTHM		
<i>amiodarone hcl</i> SOLN 50mg/ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 200mg, 400mg	\$0(1)	
<i>disopyramide phosphate</i> CAPS 100mg, 150mg	\$0(2)	
<i>dofetilide</i> CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg	\$0(1)	NM
<i>flecainide acetate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	\$0(1)	
MULTAQ TABS 400mg	\$0(2)	
NORPACE CR CP12 100mg, 150mg	\$0(2)	
<i>pacerone</i> TABS 100mg, 200mg, 400mg	\$0(1)	
<i>propafenone hcl</i> CP12 225mg, 325mg, 425mg; TABS 150mg, 225mg, 300mg	\$0(1)	
<i>quinidine sulfate</i> TABS 200mg, 300mg	\$0(1)	
<i>sorine</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	\$0(1)	
<i>sotalol hcl</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	\$0(1)	
<i>sotalol hcl (afib/af)</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg	\$0(1)	
ANTILIPEMICS, FIBRATES		
<i>fenofibrate</i> TABS 48mg, 54mg, 145mg, 160mg	\$0(1)	
<i>fenofibrate micronized</i> CAPS 67mg, 134mg, 200mg	\$0(1)	
<i>gemfibrozil</i> TABS 600mg	\$0(1)	
ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS - DRUGS TO TREAT HIGH CHOLESTEROL		
<i>atorvastatin calcium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lovastatin</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pravastatin sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>rosuvastatin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>simvastatin</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS - DRUGS TO TREAT HIGH CHOLESTEROL		
<i>cholestyramine</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	\$0(1)	
<i>cholestyramine light</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	\$0(1)	
<i>colesevelam hcl</i> PACK 3.75gm; TABS 625mg	\$0(1)	
<i>colestipol hcl</i> GRAN 5gm; PACK 5gm; TABS 1gm	\$0(1)	
<i>ezetimibe</i> TABS 10mg	\$0(1)	
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
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)	
REPATHA SOSY 140mg/ml	\$0(2)	NM, PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SOCT 420mg/3.5ml	\$0(2)	NM, PA
REPATHA SURECLICK SOAJ 140mg/ml	\$0(2)	NM, PA
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	\$0(2)	
BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS		
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	\$0(1)	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	\$0(1)	
BETA-BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS		
<i>acebutolol hcl CAPS 200mg, 400mg</i>	\$0(1)	
<i>atenolol TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	\$0(1)	
<i>betaxolol hcl TABS 10mg, 20mg</i>	\$0(1)	
<i>bisoprolol fumarate TABS 5mg, 10mg</i>	\$0(1)	
<i>carvedilol TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg</i>	\$0(1)	
<i>labetalol hcl TABS 100mg, 200mg, 300mg</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol succinate TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol tartrate SOLN 5mg/5ml; TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	\$0(1)	
<i>nadolol TABS 20mg, 40mg, 80mg</i>	\$0(1)	
<i>nebivolol hcl TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>nebivolol hcl TABS 20mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pindolol TABS 5mg, 10mg</i>	\$0(1)	
<i>propranolol hcl CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg; SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>	\$0(1)	
<i>timolol maleate TABS 5mg, 10mg, 20mg</i>	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS		
<i>amlodipine besylate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>cartia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	\$0(1)	
<i>dilt-xr</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl</i> CP12 60mg, 90mg, 120mg; SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml; TABS 30mg, 60mg, 90mg, 120mg	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl coated beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl extended release beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	\$0(1)	
<i>felodipine</i> TB24 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>isradipine</i> CAPS 2.5mg, 5mg	\$0(1)	
<i>nicardipine hcl</i> CAPS 20mg, 30mg	\$0(1)	
<i>nifedipine</i> TB24 30mg, 60mg, 90mg	\$0(1)	
<i>nimodipine</i> CAPS 30mg	\$0(1)	
NYMALIZE SOLN 6mg/ml	\$0(2)	NDS
<i>tiadylt er</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	\$0(1)	
<i>verapamil hcl</i> CP24 100mg, 120mg, 180mg, 200mg, 240mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml; TABS 40mg, 80mg, 120mg; TBCR 120mg, 180mg, 240mg	\$0(1)	
DIURETICS - DRUGS TO TREAT HEART CONDITIONS		
<i>acetazolamide</i> CP12 500mg; TABS 125mg, 250mg	\$0(1)	
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab</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)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>chlorthalidone</i> TABS 25mg, 50mg	\$0(1)	
<i>furosemide</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/5ml; TABS 20mg, 40mg, 80mg	\$0(1)	
<i>furosemide inj</i> SOLN 10mg/ml	\$0(1)	
<i>hydrochlorothiazide</i> CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	\$0(1)	
<i>indapamide</i> TABS 1.25mg, 2.5mg	\$0(1)	
<i>methazolamide</i> TABS 25mg, 50mg	\$0(1)	
<i>metolazone</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>toremide</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	\$0(1)	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i>	\$0(1)	
MISCELLANEOUS		
<i>aliskiren fumarate</i> TABS 150mg, 300mg	\$0(1)	
<i>clonidine</i> PTWK .1mg/24hr, .2mg/24hr, .3mg/24hr	\$0(1)	
<i>clonidine hcl</i> TABS .1mg, .2mg, .3mg	\$0(1)	
CORLANOR SOLN 5mg/5ml	\$0(2)	QL (450 mL / 30 days)
CORLANOR TABS 5mg, 7.5mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>digoxin</i> SOLN .05mg/ml, .25mg/ml	\$0(1)	
<i>digoxin</i> TABS 125mcg, 250mcg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>droxidopa</i> CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
<i>droxidopa</i> CAPS 200mg, 300mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOLN 1mg/ml	\$0(1)	
<i>guanfacine hcl</i> TABS 1mg, 2mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v15

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydralazine hcl</i> SOLN 20mg/ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<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)
NITRATES - DRUGS TO TREAT HEART CONDITIONS		
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	\$0(1)	
<i>isosorbide mononitrate</i> TABS 10mg, 20mg; TB24 30mg, 60mg, 120mg	\$0(1)	
NITRO-BID OINT 2%	\$0(2)	
<i>nitroglycerin</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr; SOLN .4mg/spray; SUBL .3mg, .4mg, .6mg	\$0(1)	
PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION - DRUGS TO TREAT PULMONARY HYPERTENSION		
ADEMPAS TABS .5mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 2.5mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>ambrisentan</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>bosentan</i> TABS 62.5mg, 125mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
OPSUMIT TABS 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days), NM, PA
<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
VENTAVIS SOLN 10mcg/ml, 20mcg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
CENTRAL NERVOUS SYSTEM - DRUGS TO TREAT NERVOUS SYSTEM DISORDERS		
ANTI-ANXIETY - DRUGS TO TREAT ANXIETY		
<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)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml	\$0(1)	QL (150 mL / 30 days)
<i>lorazepam</i> SOLN 2mg/ml, 4mg/ml	\$0(1)	
<i>lorazepam</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	\$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
<i>lorazepam intensol</i> CONC 2mg/ml	\$0(1)	QL (150 mL / 30 days)
ANTIDEMENTIA - DRUGS TO TREAT DEMENTIA AND MEMORY LOSS		
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 5mg; TBDP 5mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 10mg; TBDP 10mg	\$0(1)	
<i>galantamine hydrobromide</i> CP24 8mg, 16mg, 24mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i> SOLN 4mg/ml	\$0(1)	QL (200 mL / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i> TABS 4mg, 8mg, 12mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>memantine hcl</i> CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml; TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	PA; PA applies if 29 years and younger
<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg titration pack</i>	\$0(2)	PA; PA applies if 29 years and younger
NAMZARIC CAP 7-10MG	\$0(2)	
NAMZARIC CAP 14-10MG	\$0(2)	
NAMZARIC CAP 21-10MG	\$0(2)	
NAMZARIC CAP 28-10MG	\$0(2)	
NAMZARIC CAP PACK	\$0(2)	
<i>rivastigmine</i> PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr	\$0(1)	QL (30 patches / 30 days)
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
ANTIDEPRESSANTS - DRUGS TO TREAT DEPRESSION		
<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	\$0(2)	
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	\$0(2)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AUVELITY TAB 45-105MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg	\$0(1)	
<i>bupropion hcl</i> TB12 100mg, 150mg, 200mg; TB24 150mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl</i> TB24 300mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>citalopram hydrobromide</i> SOLN 10mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	
<i>clomipramine hcl</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg	\$0(2)	PA
<i>desipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	\$0(2)	
<i>desvenlafaxine succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<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)
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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>paroxetine hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(2)	
<i>phenelzine sulfate</i> TABS 15mg	\$0(1)	
<i>protriptyline hcl</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	
<i>sertraline hcl</i> CONC 20mg/ml; TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>tranylcypromine sulfate</i> TABS 10mg	\$0(1)	
<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	\$0(1)	
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 25mg, 50mg	\$0(2)	QL (120 caps / 30 days)
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days)
TRINTELLIX TABS 5mg, 10mg, 20mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>venlafaxine hcl</i> CP24 37.5mg, 75mg, 150mg; TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	\$0(1)	
<i>vilazodone hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ZURZUVAE CAPS 20mg, 25mg	\$0(2)	NDS, QL (28 caps / 14 days), NM, LA, PA
ZURZUVAE CAPS 30mg	\$0(2)	NDS, QL (14 caps / 14 days), NM, LA, PA
ANTIPARKINSONIAN AGENTS - DRUGS TO TREAT PARKINSONS DISEASE		
<i>amantadine hcl</i> CAPS 100mg	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days)
<i>amantadine hcl</i> SOLN 50mg/5ml; TABS 100mg	\$0(1)	
<i>benztropine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	\$0(1)	
<i>benztropine mesylate</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>bromocriptine mesylate</i> CAPS 5mg; TABS 2.5mg	\$0(1)	
<i>carb/levo orally disintegrating tab</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 & levodopa tab</i> 10-100 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 **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>entacapone TABS 200mg</i>	\$0(1)	
INBRIJA CAPS 42mg	\$0(2)	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, LA, PA
NEUPRO PT24 1mg/24hr, 2mg/24hr, 3mg/24hr, 4mg/24hr, 6mg/24hr, 8mg/24hr	\$0(2)	
<i>pramipexole dihydrochloride TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg</i>	\$0(1)	
<i>rasagiline mesylate TABS .5mg, 1mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ropinirole hydrochloride TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg</i>	\$0(1)	
<i>selegiline hcl CAPS 5mg; TABS 5mg</i>	\$0(1)	
<i>trihexyphenidyl hcl SOLN .4mg/ml; TABS 2mg, 5mg</i>	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
ANTIPSYCHOTICS - DRUGS TO TREAT PSYCHOSES		
ABILIFY MAINTENA PRSY 300mg, 400mg	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ABILIFY MAINTENA SRER 300mg, 400mg	\$0(2)	NDS, QL (1 injection / 28 days)
<i>aripiprazole SOLN 1mg/ml</i>	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>aripiprazole</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>aripiprazole</i> TBDP 10mg, 15mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 56 days)
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	\$0(2)	NDS
<i>asenapine maleate</i> SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days)
<i>chlorpromazine hcl</i> CONC 30mg/ml, 100mg/ml; SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	\$0(1)	
<i>clozapine</i> TABS 25mg, 50mg	\$0(1)	
<i>clozapine</i> TABS 100mg	\$0(1)	QL (270 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TABS 200mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg	\$0(1)	PA
<i>clozapine</i> TBDP 100mg	\$0(1)	QL (270 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 150mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 200mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), PA
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
FANAPT PAK	\$0(2)	QL (2 packs / year), PA
<i>fluphenazine decanoate</i> SOLN 25mg/ml	\$0(1)	
<i>fluphenazine hcl</i> CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>haloperidol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>haloperidol decanoate</i> SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	\$0(1)	
<i>haloperidol lactate</i> CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	\$0(1)	
INVEGA HAFYERA SUSY 1092mg/3.5ml, 1560mg/5ml	\$0(2)	NDS, QL (1 injection / 180 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INVEGA 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, LA, PA
NUPLAZID TABS 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>olanzapine</i> SOLR 10mg	\$0(1)	QL (3 vials / 1 day)
<i>olanzapine</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg; TBDP 10mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 20mg; TBDP 5mg, 15mg, 20mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg, 3mg, 9mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>paliperidone</i> TB24 6mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	\$0(1)	
PERSERIS PRSY 90mg, 120mg	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 30 days)
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	\$0(1)	
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 25mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 300mg, 400mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 50mg, 300mg, 400mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 150mg, 200mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
REXULTI TABS 3mg, 4mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
<i>risperidone</i> SOLN 1mg/ml	\$0(1)	QL (240 mL / 30 days)
<i>risperidone</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	\$0(1)	
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>risperidone</i> TBDP 4mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>risperidone microspheres</i> SRER 12.5mg, 25mg	\$0(1)	QL (2 injections / 28 days)
<i>risperidone microspheres</i> SRER 37.5mg, 50mg	\$0(2)	NDS, QL (2 injections / 28 days)
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr	\$0(2)	NDS, QL (30 patches / 30 days)
<i>thioridazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>thiothixene</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>trifluoperazine hcl</i> TABS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
VERSACLOZ SUSP 50mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA
VRAYLAR CAPS 1.5mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days)
VRAYLAR CAPS 3mg, 4.5mg, 6mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days)
<i>ziprasidone hcl</i> CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>ziprasidone mesylate</i> SOLR 20mg	\$0(1)	QL (6 injections / 3 days)
ZYPREXA RELPREVV SUSR 210mg, 300mg	\$0(2)	NDS, QL (2 vials / 28 days), NM, PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 405mg	\$0(2)	NDS, QL (1 vial / 28 days), NM, PA
ANTIEPILEPTIC AGENTS		
APTIOM TABS 200mg, 400mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
APTIOM TABS 600mg, 800mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
BRIVIACT SOLN 10mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA
BRIVIACT SOLN 50mg/5ml	\$0(2)	PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BRIVIACT TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>carbamazepine</i> CHEW 100mg; CP12 100mg, 200mg, 300mg; SUSP 100mg/5ml; TABS 200mg; TB12 100mg, 200mg, 400mg	\$0(1)	
<i>clobazam</i> SUSP 2.5mg/ml	\$0(1)	QL (480 mL / 30 days), PA
<i>clobazam</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>clonazepam</i> TABS 2mg; TBDP 2mg	\$0(1)	QL (300 tabs / 30 days)
<i>clonazepam</i> TABS .5mg, 1mg; TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days), PA; PA if 65 years and older
DIACOMIT CAPS 250mg	\$0(2)	NDS, QL (360 caps / 30 days), NM, LA, PA
DIACOMIT CAPS 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA
DIACOMIT PACK 250mg	\$0(2)	NDS, QL (360 packets / 30 days), NM, LA, PA
DIACOMIT PACK 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
<i>diazepam</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(1)	QL (1200 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older after a 5 day supply in a calendar year
<i>diazepam</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older after a 5 day supply in a calendar year
<i>diazepam (anticonvulsant)</i> GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	\$0(1)	
<i>diazepam intensol</i> CONC 5mg/ml	\$0(1)	QL (240 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older after a 5 day supply in a calendar year

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DILANTIN CAPS 30mg, 100mg	\$0(2)	
DILANTIN INFATABS CHEW 50mg	\$0(2)	
DILANTIN-125 SUSP 125mg/5ml	\$0(2)	
<i>divalproex sodium</i> CSDR 125mg; TB24 250mg, 500mg; TBEC 125mg, 250mg, 500mg	\$0(1)	
EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (600 mL / 30 days), NM, LA, PA
<i>epitol</i> TABS 200mg	\$0(1)	
EPRONTIA SOLN 25mg/ml	\$0(2)	QL (480 mL / 30 days), PA
<i>ethosuximide</i> CAPS 250mg; SOLN 250mg/5ml	\$0(1)	
<i>felbamate</i> SUSP 600mg/5ml	\$0(2)	NDS
<i>felbamate</i> TABS 400mg, 600mg	\$0(1)	
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (360 mL / 30 days), NM, LA, PA
FYCOMPA SUSP .5mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (720 mL / 30 days), PA
FYCOMPA TABS 2mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA
FYCOMPA TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>gabapentin</i> CAPS 100mg, 300mg, 400mg	\$0(1)	QL (180 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> SOLN 250mg/5ml, 300mg/6ml	\$0(1)	QL (2160 mL / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 600mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 800mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> SOLN 200mg/20ml	\$0(1)	
<i>lacosamide</i> TABS 50mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> TABS 100mg, 150mg, 200mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>lacosamide oral</i> SOLN 10mg/ml	\$0(1)	QL (1200 mL / 30 days)
<i>lamotrigine</i> CHEW 5mg, 25mg; TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg; TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levetiracetam</i> SOLN 100mg/ml, 500mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	\$0(1)	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 500 mg/100ml	\$0(1)	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1000 mg/100ml	\$0(1)	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1500 mg/100ml	\$0(1)	
LIBERVANT FILM 5mg, 7.5mg, 10mg, 12.5mg, 15mg	\$0(2)	
<i>methsuximide</i> CAPS 300mg	\$0(1)	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	\$0(2)	
<i>oxcarbazepine</i> SUSP 300mg/5ml; TABS 150mg, 300mg, 600mg	\$0(1)	
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml	\$0(2)	QL (1500 mL / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>phenobarbital</i> TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg	\$0(2)	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>phenytek</i> CAPS 200mg, 300mg	\$0(1)	
<i>phenytoin</i> CHEW 50mg; SUSP 125mg/5ml	\$0(1)	
<i>phenytoin sodium</i> SOLN 50mg/ml	\$0(1)	
<i>phenytoin sodium extended</i> CAPS 100mg, 200mg, 300mg	\$0(1)	
<i>pregabalin</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin</i> CAPS 200mg	\$0(1)	QL (90 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin</i> CAPS 225mg, 300mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin</i> SOLN 20mg/ml	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>primidone</i> TABS 50mg, 125mg, 250mg	\$0(1)	
<i>roweeptra</i> TABS 500mg	\$0(1)	
<i>rufinamide</i> SUSP 40mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (2400 mL / 30 days), PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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)	
VALTOCO 10 MG DOSE	\$0(2)	
VALTOCO 15 MG DOSE	\$0(2)	
VALTOCO 20 MG DOSE	\$0(2)	
<i>vigabatrin</i> PACK 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
<i>vigabatrin</i> TABS 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>vigadrone</i> PACK 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
<i>vigadrone</i> TABS 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>vigpoder</i> PACK 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
XCOPRI TABS 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)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XCOPRI PAK 50-100MG	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 100-150	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
ZONISADE SUSP 100mg/5ml	\$0(2)	NDS, QL (900 mL / 30 days), PA
<i>zonisamide</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
ZTALMY SUSP 50mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (1100 mL / 30 days), NM, LA, PA
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER - DRUGS TO TREAT ADHD		
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>atomoxetine hcl CAPS 10mg, 18mg, 25mg</i>	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 40mg</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 60mg, 80mg, 100mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 2.5mg, 5mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 10mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>guanfacine hcl (adhd) TB24 1mg, 2mg, 4mg</i>	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>guanfacine hcl (adhd) TB24 3mg</i>	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>methylphenidate hcl SOLN 5mg/5ml</i>	\$0(1)	QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl SOLN 10mg/5ml</i>	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl TABS 5mg, 10mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl TABS 20mg; TBCR 10mg, 20mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
HYPNOTICS - DRUGS TO TREAT INSOMNIA		
<i>DAYVIGO TABS 5mg, 10mg</i>	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl (sleep) TABS 3mg, 6mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>eszopiclone TABS 1mg, 2mg, 3mg</i>	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>tasimelteon CAPS 20mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>temazepam CAPS 7.5mg, 30mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>temazepam CAPS 15mg</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>zaleplon CAPS 5mg</i>	\$0(2)	QL (30 caps / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>zaleplon</i> CAPS 10mg	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>zolpidem tartrate</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
MIGRAINE - DRUGS TO TREAT SEVERE HEADACHES		
AIMOVIG SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml	\$0(2)	QL (1 pen / 30 days), NM, PA
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	\$0(2)	NDS
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 4mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (8 mL / 30 days), PA
<i>ergotamine w/ caffeine tab</i> 1-100 mg	\$0(1)	QL (40 tabs / 28 days), PA
<i>naratriptan hcl</i> TABS 1mg, 2.5mg	\$0(1)	QL (12 tabs / 30 days)
NURTEC TBDP 75mg	\$0(2)	QL (16 tabs / 30 days), PA
QULIPTA TABS 10mg, 30mg, 60mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>rizatriptan benzoate</i> TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (18 tabs / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 5mg/act	\$0(1)	QL (24 units / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 20mg/act	\$0(1)	QL (12 units / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml	\$0(1)	QL (18 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 6mg/0.5ml; SOCT 6mg/0.5ml; SOLN 6mg/0.5ml	\$0(1)	QL (12 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	QL (12 tabs / 30 days)
UBRELVY TABS 50mg, 100mg	\$0(2)	QL (16 tabs / 30 days), PA
MISCELLANEOUS		
AUSTEDO TABS 6mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
AUSTEDO XR TB24 6mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AUSTEDO XR TB24 12mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 24mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR 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)	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pyridostigmine bromide</i> TABS 60mg	\$0(1)	
<i>riluzole</i> TABS 50mg	\$0(1)	
<i>tetrabenazine</i> TABS 12.5mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>tetrabenazine</i> TABS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - DRUGS TO TREAT MULTIPLE SCLEROSIS		
BAFIERTAM CPDR 95mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
BETASERON KIT .3mg	\$0(2)	NDS, QL (14 syringes / 28 days), NM, PA
<i>dalfampridine</i> TB12 10mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>fingolimod hcl</i> CAPS .5mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 20mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 40mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
<i>glatopa</i> SOSY 20mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
<i>glatopa</i> SOSY 40mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
KESIMPTA SOAJ 20mg/0.4ml	\$0(2)	NDS, QL (16 pens / year), NM, LA, PA
MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS - DRUGS TO TREAT MUSCLE SPASMS		
<i>baclofen</i> TABS 5mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>baclofen</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>carisoprodol</i> TABS 350mg	\$0(2)	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>cyclobenzaprine hcl</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	QL (90 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>dantrolene sodium</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>methocarbamol</i> TABS 500mg	\$0(2)	QL (360 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>methocarbamol</i> TABS 750mg	\$0(2)	QL (240 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>tizanidine hcl</i> TABS 2mg, 4mg	\$0(1)	
NARCOLEPSY/CATAPLEXY - DRUGS FOR SLEEP DISORDERS		
<i>armodafinil</i> TABS 50mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>armodafinil</i> TABS 150mg, 200mg, 250mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>modafinil</i> TABS 100mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>modafinil</i> TABS 200mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
SODIUM OXYBATE SOLN 500mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (540 mL / 30 days), NM, LA, PA
PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC		
<i>acamprosate calcium</i> TBEC 333mg	\$0(1)	
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL 2mg, 8mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 2-0.5 mg (base equiv)	\$0(1)	QL (90 films / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (60 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deterrent) TB12 150mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>disulfiram TABS 250mg, 500mg</i>	\$0(1)	
<i>gnp nicotine gum GUM 4mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nicotine mini lozenge LOZG 2mg, 4mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nicotine polacrilex GUM 2mg, 4mg; LOZG 2mg, 4mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nicotine polacrilex m LOZG 4mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nicotine transdermal PT24 7mg/24hr, 14mg/24hr, 21mg/24hr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense nicotine LOZG 2mg, 4mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense nicotine gum GUM 4mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense nicotine polacr GUM 2mg, 4mg; LOZG 4mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm nicotine polacrilex GUM 2mg, 4mg; LOZG 2mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm nicotine transdermal s PT24 7mg/24hr, 21mg/24hr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>naloxone hcl LIQD 4mg/0.1ml; SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY 2mg/2ml</i>	\$0(1)	
<i>naltrexone hcl TABS 50mg</i>	\$0(1)	
<i>nicotine PT24 7mg/24hr, 14mg/24hr, 21mg/24hr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nicotine mini lozenge LOZG 2mg, 4mg</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nicotine polacrilex</i> GUM 2mg, 4mg; LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>nicotine polacrilex mini</i> LOZG 2mg	\$0(3)	NM; *
NICOTINE SYS KIT TRANSDER	\$0(3)	NM; *
<i>nicotine transdermal syst</i> PT24 7mg/24hr, 14mg/24hr, 21mg/24hr	\$0(3)	NM; *
NICOTROL INHALER INHA 10mg	\$0(2)	
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	\$0(2)	
<i>sm nicotine</i> GUM 4mg; LOZG 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm nicotine polacrilex</i> GUM 2mg, 4mg; LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm nicotine transdermal s</i> PT24 7mg/24hr, 14mg/24hr, 21mg/24hr	\$0(3)	NM; *
<i>varenicline tartrate</i> TABS .5mg, 1mg	\$0(1)	QL (56 tabs / 28 days), PA
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack</i>	\$0(1)	QL (2 packs / year), PA
VIVITROL SUSR 380mg	\$0(2)	NDS, NM
ENDOCRINE AND METABOLIC - DRUGS TO TREAT DIABETES AND REGULATE HORMONES		
ANDROGENS - DRUGS TO REGULATE MALE HORMONES		
<i>depo-testosterone</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	\$0(1)	PA
<i>methyltestosterone</i> CAPS 10mg	\$0(2)	NDS, QL (600 caps / 30 days), PA
<i>testosterone</i> GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm	\$0(1)	QL (300 gm / 30 days), PA
<i>testosterone</i> GEL 1.62%	\$0(1)	QL (150 gm / 30 days), PA
<i>testosterone cypionate</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	\$0(1)	PA
<i>testosterone enanthate</i> SOLN 200mg/ml	\$0(1)	PA
ANTIDIABETICS		
<i>acarbose</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
BYDUREON BCISE AUIJ 2mg/0.85ml	\$0(2)	QL (4 pens / 28 days), PA
BYETTA SOPN 5mcg/0.02ml, 10mcg/0.04ml	\$0(2)	QL (1 pen / 30 days), PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FARXIGA TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>glimepiride</i> TABS 1mg, 2mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glimepiride</i> TABS 4mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TABS 5mg	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TABS 10mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TB24 2.5mg, 5mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TB24 10mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl</i> TB24 2.5mg, 5mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl</i> TB24 10mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-500MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-500MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 100-1000	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
JARDIANCE TABS 10mg, 25mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-500	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-850	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 500mg	\$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 850mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 1000mg	\$0(1)	QL (75 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TB24 500mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
<i>metformin hcl</i> TB24 750mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MOUNJARO SOPN 2.5mg/0.5ml, 5mg/0.5ml, 7.5mg/0.5ml, 10mg/0.5ml, 12.5mg/0.5ml, 15mg/0.5ml	\$0(2)	QL (4 pens / 28 days), PA
<i>nateglinide</i> TABS 60mg, 120mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml	\$0(2)	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/3ml	\$0(2)	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 4mg/3ml	\$0(2)	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8mg/3ml	\$0(2)	QL (1 pen / 28 days), PA
<i>pioglitazone hcl</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-500 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>repaglinide</i> TABS 2mg	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>repaglinide</i> TABS .5mg, 1mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 14mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA
SYNJARDY TAB 5-500MG	\$0(2)	QL (120 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 12.5-500	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 10-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 25-1000	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
TRADJENTA TABS 5mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
TRULICITY SOPN .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml	\$0(2)	QL (4 pens / 28 days), PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-500MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-500MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-1000	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
ANTIDIABETICS, INSULINS		
ADMELOG SOLN 100unit/ml	\$0(2)	
ADMELOG SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	\$0(2)	
BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml	\$0(2)	
BD ALCOHOL SWABS	\$0(2)	
FIASP SOLN 100unit/ml	\$0(2)	
FIASP FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml	\$0(2)	
FIASP PENFILL SOCT 100unit/ml	\$0(2)	
FIASP PUMPCART SOCT 100unit/ml	\$0(2)	B/D
GAUZE PADS 2" X 2"	\$0(2)	
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml	\$0(2)	NDS, B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml	\$0(2)	NDS
INSULIN PEN NEEDLES: BD/NOVO	\$0(2)	
INSULIN SAFETY NEEDLES	\$0(2)	
INSULIN SYRINGES: BD	\$0(2)	
LANTUS SOLN 100unit/ml	\$0(2)	
LANTUS SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	\$0(2)	
NOVOLIN INJ 70/30	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN INJ 70/30 FP	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ 70/30	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	\$0(2)	(brand RELION not covered)
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO	\$0(2)	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO	\$0(2)	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD DASH KIT INTRO	\$0(2)	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD DASH MIS PODS	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD MIS CLASSIC	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
SOLIQUA INJ 100/33	\$0(2)	QL (5 pens / 25 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	\$0(2)	
TOUJEO SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	\$0(2)	
TRESIBA SOLN 100unit/ml	\$0(2)	
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml	\$0(2)	
V-GO 20 KIT	\$0(2)	QL (30 devices / 30 days), PA
V-GO 30 KIT	\$0(2)	QL (30 devices / 30 days), PA
V-GO 40 KIT	\$0(2)	QL (30 devices / 30 days), PA
XULTOPHY INJ 100/3.6	\$0(2)	QL (5 pens / 30 days)
CALCIUM REGULATORS		
<i>alendronate sodium</i> SOLN 70mg/75ml; TABS 10mg, 35mg, 70mg	\$0(1)	
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	\$0(1)	B/D
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg	\$0(1)	B/D
NATPARA CART 25mcg, 50mcg, 75mcg, 100mcg	\$0(2)	NDS, LA, PA
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	\$0(2)	B/D
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml	\$0(1)	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml	\$0(2)	QL (1 syringe / 180 days), NM

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>risedronate sodium</i> TABS 5mg, 35mg, 150mg; TBEC 35mg	\$0(1)	
TERIPARATIDE SOPN 620mcg/2.48ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml; SOLN 4mg/100ml, 5mg/100ml	\$0(1)	B/D, NM
CHELATING AGENTS		
CHEMET CAPS 100mg	\$0(2)	NDS
<i>deferasirox</i> PACK 90mg, 180mg, 360mg; TABS 180mg, 360mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>deferasirox</i> TABS 90mg	\$0(1)	NM, PA
<i>kionex</i> SUSP 15gm/60ml	\$0(1)	
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	\$0(2)	
<i>penicillamine</i> TABS 250mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	\$0(1)	
<i>sps</i> SUSP 15gm/60ml	\$0(1)	
<i>trientine hcl</i> CAPS 250mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
VELTASSA PACK 8.4gm, 16.8gm, 25.2gm	\$0(2)	
CONTRACEPTIVES - DRUGS FOR BIRTH CONTROL		
<i>afirmelle</i>	\$0(1)	
<i>aftera</i> TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
AIMSCO MIS LUBRICAT	\$0(3)	NM; *
<i>altavera</i>	\$0(1)	
<i>alyacen</i> 1/35	\$0(1)	
<i>alyacen</i> 7/7/7	\$0(1)	
<i>amethia</i>	\$0(1)	
<i>apri</i>	\$0(1)	
<i>aranelle</i>	\$0(1)	
<i>ashlyna</i>	\$0(1)	
<i>aubra eq</i>	\$0(1)	
<i>aurovela</i> 1/20	\$0(1)	
<i>aurovela</i> 24 fe	\$0(1)	
<i>aurovela fe</i> 1.5/30	\$0(1)	
<i>aurovela fe</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 LA - Acceso limitado NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

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

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>kariva</i>	\$0(1)	
<i>kelnor 1/35</i>	\$0(1)	
<i>kelnor 1/50</i>	\$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 SENSE MIS PLUS	\$0(3)	NM; *
KIMONO SPEC MIS	\$0(3)	NM; *
<i>kurvelo</i>	\$0(1)	
<i>larin 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>larin 1/20</i>	\$0(1)	
<i>larin 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>larin fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>larin fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>layolis fe</i>	\$0(1)	
<i>leena</i>	\$0(1)	
<i>lessina</i>	\$0(1)	
<i>levonest</i>	\$0(1)	
<i>levonor-eth est tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg & eth est 0.01 mg</i>	\$0(1)	
<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)</i>	\$0(1)	
<i>levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)</i>	\$0(1)	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	\$0(1)	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	\$0(1)	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levonorgestrel (emergency oc) TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	\$0(1)	
<i>levora 0.15/30-28</i>	\$0(1)	
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	\$0(1)	
<i>loestrin 1/20-21</i>	\$0(1)	
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>loestrin fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>loryna</i>	\$0(1)	
<i>low-ogestrel</i>	\$0(1)	
<i>lutra</i>	\$0(1)	
<i>lyleq TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>lyza TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>marlissa</i>	\$0(1)	
MAXX MIS LUBRICAT	\$0(3)	NM; *
MAXX PLUS MIS SPERMICI	\$0(3)	NM; *
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>mibelas 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>microgestin 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>microgestin 1/20</i>	\$0(1)	
<i>microgestin 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>microgestin fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>mili</i>	\$0(1)	
<i>mono-lynyah</i>	\$0(1)	
<i>my choice TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>my way TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>necon 0.5/35-28</i>	\$0(1)	
<i>new day TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nikki</i>	\$0(1)	
<i>nora-be 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 LA - Acceso limitado NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.8 mg-25 mcg</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone (contraceptive) TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab 1 mg-20 mcg (24)</i>	\$0(1)	
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	\$0(1)	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	\$0(1)	
<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; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>philith</i>	\$0(1)	
<i>pimtrea</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)	
<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; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	
<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)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ENDOMETRIOSIS		
<i>danazol</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	\$0(1)	
SYNAREL SOLN 2mg/ml	\$0(2)	NDS, PA
ESTROGENS - DRUGS TO REGULATE FEMALE HORMONES		
<i>dotti</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	\$0(2)	
<i>estradiol</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr; PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr; TABS .5mg, 1mg, 2mg	\$0(2)	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	\$0(2)	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	\$0(2)	
<i>estradiol vaginal</i> CREA .1mg/gm; TABS 10mcg	\$0(1)	
<i>estradiol valerate</i> OIL 10mg/ml, 20mg/ml, 40mg/ml	\$0(1)	
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	\$0(2)	
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	\$0(2)	
<i>jinteli</i>	\$0(2)	
<i>lyllana</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	\$0(2)	
<i>mimvey</i>	\$0(2)	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	\$0(2)	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	\$0(2)	
<i>yuvafem</i> TABS 10mcg	\$0(1)	
GLUCOCORTICOIDS - DRUGS TO TREAT INFLAMMATORY RESPONSE		
<i>dexamethasone</i> ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	\$0(1)	B/D

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml	\$0(2)	B/D
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml; 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
<i>prednisone</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	\$0(1)	B/D
<i>prednisone</i> TBPK 5mg, 10mg	\$0(1)	
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	\$0(2)	B/D
SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg	\$0(2)	
GLUCOSE ELEVATING AGENTS - DRUGS TO TREAT LOW BLOOD SUGAR		
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; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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; *
GNP GLUCOSE CHW RASPBERRY	\$0(3)	NM; *
GNP GLUCOSE CHW WATERMLN	\$0(3)	NM; *
GNP QUICK DISSOLVE GLUCOS CHEW 4gm	\$0(3)	NM; *
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	\$0(2)	
GVOKE KIT SOLN 1mg/0.2ml	\$0(2)	
GVOKE PFS SOSY 1mg/0.2ml	\$0(2)	
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; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRUEPLUS GLUCOSE ON THE G CHEW 4gm	\$0(3)	NM; *
<i>value plus glucose GEL 40%</i>	\$0(3)	NM; *
VP GLUCOSE CHW FRUIT	\$0(3)	NM; *
VP GLUCOSE CHW GRAPE	\$0(3)	NM; *
WALGREENS GLUCOSE CHEW 4gm	\$0(3)	NM; *
MISCELLANEOUS		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>betaine powder for oral solution</i>	\$0(2)	NDS, NM, LA
<i>cabergoline TABS .5mg</i>	\$0(1)	
<i>carglumic acid TBSO 200mg</i>	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
CERDELGA CAPS 84mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
CEREZYME SOLR 400unit	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
CHEMSTRIP 5 TES OB	\$0(3)	NM; *
CHEMSTRIP 7 TES	\$0(3)	NM; *
CHEMSTRIP 10 TES MD	\$0(3)	NM; *
<i>cinacalcet hcl TABS 30mg, 60mg</i>	\$0(1)	B/D, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>cinacalcet hcl TABS 90mg</i>	\$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, LA, PA
<i>desmopressin acetate SOLN 4mcg/ml</i>	\$0(2)	NDS
<i>desmopressin acetate TABS .1mg, .2mg</i>	\$0(1)	
<i>desmopressin acetate spray SOLN .01%</i>	\$0(1)	
<i>desmopressin acetate spray refrigerated SOLN .01%</i>	\$0(1)	
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .2mg, .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>javygtor PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg</i>	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
KETO-DIASTIX TES	\$0(3)	NM; *
KORLYM TABS 300mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>lanreotide acetate</i> SOLN 120mg/0.5ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	\$0(1)	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg)	\$0(2)	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg)	\$0(2)	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH KIT 45mg)	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i> TABS 300mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>miglustat</i> CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
MULTISTIX 10 TES SG	\$0(3)	NM; *
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>nitisinone</i> CAPS 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml	\$0(1)	NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
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, LA, PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
yargesa CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
PHOSPHATE BINDER AGENTS - DRUGS TO REGULATE CALCIUM AND PHOSPHORUS LEVELS		
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> CAPS 667mg	\$0(1)	QL (360 caps / 30 days)
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> TABS 667mg	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days)
<i>lanthanum carbonate</i> CHEW 500mg, 1000mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>lanthanum carbonate</i> CHEW 750mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>sevelamer carbonate</i> PACK 2.4gm	\$0(1)	QL (180 packets / 30 days)
<i>sevelamer carbonate</i> PACK .8gm	\$0(1)	QL (540 packets / 30 days)
<i>sevelamer carbonate</i> TABS 800mg	\$0(1)	QL (540 tabs / 30 days)
VELPHORO CHEW 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days)
PROGESTINS - DRUGS TO REGULATE FEMALE HORMONES		
<i>medroxyprogesterone acetate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>megestrol acetate</i> SUSP 40mg/ml	\$0(2)	
<i>megestrol acetate (appetite)</i> SUSP 625mg/5ml	\$0(2)	PA
<i>norethindrone acetate</i> TABS 5mg	\$0(1)	
<i>progesterone</i> CAPS 100mg, 200mg	\$0(1)	
THYROID AGENTS - DRUGS TO REGULATE THYROID LEVELS		
<i>euthyrox</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	\$0(1)	
<i>levo-t</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levothyroxine sodium</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	\$0(1)	
<i>levoxyl</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	\$0(1)	
<i>liothyronine sodium</i> TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg	\$0(1)	
<i>methimazole</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>propylthiouracil</i> TABS 50mg	\$0(1)	
SYNTHROID TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	\$0(2)	
<i>unithroid</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	\$0(1)	
VITAMIN D ANALOGS		
<i>calcitriol</i> CAPS .25mcg, .5mcg	\$0(1)	B/D
<i>calcitriol (oral)</i> SOLN 1mcg/ml	\$0(1)	B/D
<i>paricalcitol</i> CAPS 1mcg, 2mcg, 4mcg	\$0(1)	B/D
RAYALDEE CPCR 30mcg	\$0(2)	NDS
GASTROINTESTINAL - DRUGS TO TREAT STOMACH AND INTESTINAL DISORDERS		
ANTACIDS		
<i>acid gone</i>	\$0(3)	NM; *
<i>almacone double strength</i>	\$0(3)	NM; *
ALUMINUM HYDROXIDE SUSP 320mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>antacid</i> CHEW 500mg, 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>antacid calcium regular s</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>antacid extra strength</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>antacid maximum strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antacid regular strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antacid ultra strength</i> CHEW 1000mg	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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 TABS 648mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate (antacid)</i> CHEW 500mg; SUSP 1250mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid & anti-gas ma</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid & anti-gas/re</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid and anti-gas/</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid anti-gas/maxi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid extra strengt</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid/regular stren</i>	\$0(3)	NM; *
<i>heartburn relief extra st</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm antacid</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm antacid anti-gas extra</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm antacid extra strength</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
MAG-AL LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>mag-al plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mag-al plus xs</i>	\$0(3)	NM; *
<i>magnesium oxide</i> TABS 400mg, 420mg	\$0(3)	NM; *
<i>mintox maximum strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>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 advanced</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm antacid advanced maxi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm antacid extra strength</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm antacid maximum streng</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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; *
ANTI-DIARRHEAL		
<i>abatinox</i> CAPS 680mg	\$0(3)	NM; *
ACIDOPHILUS WAFR 1mg	\$0(3)	NM; *
<i>acidophilus extra strengt</i>	\$0(3)	NM; *
<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> CAPS 2mg; 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>bismatrol</i> CHEW 262mg	\$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; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v15

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>floranex</i>	\$0(3)	NM; *
<i>freeze dried acidophilus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp anti-diarrheal</i> CAPS 2mg; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp loperamide hydrochlor</i> SOLN 1mg/7.5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pink bismuth</i> CHEW 262mg; TABS 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp stomach relief</i> SUSP 525mg/30ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense anti-diarrheal</i> SOLN 1mg/7.5ml	\$0(3)	NM; *
<i>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; *
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 probiotic</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; *
NEWFLORA CAP PROBIOTI	\$0(3)	NM; *
<i>probiata</i>	\$0(3)	NM; *
<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; *
REJUVAFLOR CAP	\$0(3)	NM; *
<i>sb anti-diarrhea</i> 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 **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sm 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>sm stomach relief liquid</i> SUSP 525mg/30ml	\$0(3)	NM; *
<i>stomach relief</i> CHEW 262mg; SUSP 525mg/30ml; TABS 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>stomach relief extra stre</i> SUSP 525mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>stomach relief ultra</i> SUSP 525mg/15ml	\$0(3)	NM; *
ANTIEMETICS - DRUGS FOR NAUSEA AND VOMITING		
<i>aprepitant</i> CAPS 40mg, 80mg, 125mg	\$0(1)	B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>compro</i> SUPP 25mg	\$0(1)	
<i>driminate</i> TABS 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>dronabinol</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	B/D, QL (60 caps / 30 days)
<i>gnp motion sickness relie</i> TABS 25mg, 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>granisetron hcl</i> SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml	\$0(1)	
<i>granisetron hcl</i> TABS 1mg	\$0(1)	B/D
<i>hm motion sickness</i> TABS 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>meclizine hcl</i> CHEW 25mg; TABS 12.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>meclizine hcl</i> TABS 12.5mg, 25mg	\$0(2)	
<i>metoclopramide hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml; TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>motion sickness relief</i> TABS 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>motion sickness relief/le</i> TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>motion-time</i> CHEW 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>ondansetron</i> TBP 4mg, 8mg	\$0(1)	B/D
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml; SOSY 4mg/2ml	\$0(1)	

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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; *
<i>sm acid reducer maximum s</i> TABS 20mg	\$0(3)	NM; *
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
<i>balsalazide disodium</i> CAPS 750mg	\$0(1)	
<i>budesonide</i> CPEP 3mg	\$0(1)	QL (90 caps / 30 days), PA
<i>budesonide</i> TB24 9mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> ENEM 100mg/60ml	\$0(1)	
<i>mesalamine</i> CP24 .375gm	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> CPDR 400mg	\$0(1)	QL (180 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm; SUPP 1000mg	\$0(1)	
<i>mesalamine</i> TBEC 1.2gm	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>mesalamine w/ cleanser</i> KIT 4gm	\$0(1)	
<i>sulfasalazine</i> TABS 500mg; TBEC 500mg	\$0(1)	
LAXATIVES		
<i>bisacodyl</i> SUPP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>bisacodyl ec</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium polycarbophil</i> TABS 625mg	\$0(3)	NM; *
<i>castor oil</i> OIL 100%	\$0(3)	NM; *
<i>castor oil stimulant laxa</i> OIL 100%	\$0(3)	NM; *
<i>chocolated laxative regul</i> CHEW 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>clearlax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>colace 2-in-1</i>	\$0(3)	NM; *
COLACE CLEAR CAPS 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>cvs castor oil</i> OIL 100%	\$0(3)	NM; *
<i>docusate calcium</i> CAPS 240mg	\$0(3)	NM; *
<i>docusate mini</i> ENEM 283mg/5ml	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>docusate sodium</i> CAPS 100mg, 250mg; LIQD 50mg/5ml, 100mg/10ml	\$0(3)	NM; *
DOCUSOL KIDS ENEM 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>docusol mini</i> ENEM 283mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>docusol plus mini-enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dok</i> TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>enema ready-to-use</i>	\$0(3)	NM; *
<i>enemeez mini</i> ENEM 283mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>enemeez plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>epsom salt</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql castor oil</i> OIL 100%	\$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>gavilax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>gavilyte-c</i>	\$0(1)	
<i>gavilyte-g</i>	\$0(1)	
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>gentle laxative</i> SUPP 10mg; TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>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 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 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; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp stool softener/stimul</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp womens gentle laxativ</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense clearlax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>healthylax</i> PACK 17gm	\$0(3)	NM; *
<i>hm clearlax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>hm enema mineral oil</i> ENEM 100%	\$0(3)	NM; *
<i>hm enema saline laxative</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm gentle laxative</i> SUPP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm laxative</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm magnesium citrate</i> SOLN 1.745gm/30ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm milk of magnesia</i> SUSP 1200mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm senna</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm stool softener</i> CAPS 100mg, 250mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm stool softener/stimula</i>	\$0(3)	NM; *
KONSYL DAILY FIBER PACK 100%; POWD 60.3%	\$0(3)	NM; *
<i>konsyl daily fiber</i> POWD 28.3%	\$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 CHEW 400mg; LIQD 50mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln</i> 236 gm	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	\$0(1)	
PLENVU SOL	\$0(2)	
<i>polyethylene glycol 3350</i> PACK 17gm; POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>qc chocolated 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 magnesium citrate</i> SOLN 1.745gm/30ml	\$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 stool softener plus st</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</i> LIQD 8.8mg/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 regular strength</i> TABS 8.6mg	\$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; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sm 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; *
<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 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; *
MISCELLANEOUS		
<i>alosetron hcl</i> TABS .5mg, 1mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> CONC 100mg/5ml	\$0(1)	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq</i> 2.5-0.025 mg/5ml	\$0(2)	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab</i> 2.5-0.025 mg	\$0(2)	
<i>gas relief</i> CHEW 80mg	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gas relief extra strength</i> CAPS 125mg; CHEW 125mg	\$0(3)	NM; *
<i>gas relief infants</i> SUSP 20mg/0.3ml	\$0(3)	NM; *
<i>gas relief ultra strength</i> CAPS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>gas-x extra strength</i> CAPS 125mg	\$0(3)	NM; *
<i>gas-x ultra strength</i> CAPS 180mg	\$0(3)	NM; *
GATTEX KIT 5mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>gnp anti-gas ultra streng</i> CAPS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp gas relief</i> CHEW 80mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp gas relief extra stre</i> CHEW 125mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm gas relief</i> CHEW 80mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm gas relief extra stren</i> CAPS 125mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm gas relief infants</i> SUSP 20mg/0.3ml	\$0(3)	NM; *
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg	\$0(2)	QL (30 caps / 30 days)
<i>loperamide hcl</i> CAPS 2mg	\$0(1)	
<i>misoprostol</i> TABS 100mcg, 200mcg	\$0(1)	
MOVANTI K TABS 12.5mg, 25mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>qc gas relief extra stren</i> CAPS 125mg	\$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>sm gas relief extra stren</i> CAPS 125mg	\$0(3)	NM; *
<i>sucralfate</i> TABS 1gm	\$0(1)	
<i>ursodiol</i> CAPS 300mg; TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
XERMELO TABS 250mg	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XIFAXAN TABS 550mg	\$0(2)	NDS, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PANCREATIC ENZYMES		
CREON CAP 3000UNIT	\$0(2)	
CREON CAP 6000UNIT	\$0(2)	
CREON CAP 12000UNT	\$0(2)	
CREON CAP 24000UNT	\$0(2)	
CREON CAP 36000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 3000UNIT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 5000UNIT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 10000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 15000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 20000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 25000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 40000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 60000UNT	\$0(2)	
PROTON PUMP INHIBITORS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>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>gnp esomeprazole magnesium</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>goodsense esomeprazole ma</i> CPDR 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm omeprazole</i> TBEC 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg, 30mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	
<i>omeprazole</i> TBDD 20mg; TBEC 20mg	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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; *
<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; *
GENITOURINARY - DRUGS TO TREAT GENITAL AND URINARY TRACT CONDITIONS		
BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA - DRUGS TO TREAT ENLARGED PROSTATE		
<i>alfuzosin hcl</i> TB24 10mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>dutasteride</i> CAPS .5mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap</i> 0.5-0.4 mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>finasteride</i> TABS 5mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tamsulosin hcl</i> CAPS .4mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
MISCELLANEOUS		
<i>acetic acid</i> SOLN .25%	\$0(1)	
<i>bethanechol chloride</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	\$0(1)	
<i>gnp urinary pain relief</i> TABS 95mg	\$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; *
<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; *

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sm miconazole 7</i> CREA 2%; SUPP 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	\$0(1)	
HEMATOLOGIC - DRUGS TO TREAT BLOOD DISORDERS		
ANTICOAGULANTS - BLOOD THINNERS		
ELIQUIS TABS 2.5mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
ELIQUIS TABS 5mg	\$0(2)	QL (74 tabs / 30 days)
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5mg	\$0(2)	QL (74 tabs / 30 days)
<i>enoxaparin sodium</i> SOLN 300mg/3ml; SOSY 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml, 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml	\$0(1)	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 2.5mg/0.5ml	\$0(1)	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	\$0(2)	NDS
HEP SOD/D5W INJ 20000UNT	\$0(2)	
HEP SOD/D5W INJ 25000UNT	\$0(2)	
HEP SOD/NAACL INJ 12500UNT	\$0(2)	
HEP SOD/NAACL INJ 25000UNT	\$0(2)	
<i>heparin sodium (porcine)</i> SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	\$0(1)	B/D
HEPARIN/NAACL INJ 25000UNT	\$0(2)	
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>warfarin sodium</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	\$0(1)	
XARELTO SUSR 1mg/ml	\$0(2)	QL (620 mL / 30 days)
XARELTO TABS 2.5mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
XARELTO STAR TAB 15/20MG	\$0(2)	QL (51 tabs / 30 days)
HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS		
PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	\$0(2)	NM, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
ZIEXTENZO SOSY 6mg/0.6ml	\$0(2)	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
IRON		
ACCRUFER CAPS 30mg	\$0(3)	NM; *
ACTIVE FE TAB 75-1.25	\$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; *
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; *
FERIVAFA CAP 110-1MG	\$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; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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; *
FERROUS SULFATE TBEC 324mg	\$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; *
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; *
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; *
<i>iron infant & 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 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; *
NIFEREX TAB	\$0(3)	NM; *
NOVAFERRUM 125 LIQD 125mg/5ml	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROP LIQD 15mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>nu-iron 150</i> CAPS 150mg	\$0(3)	NM; *
NUFERA TAB	\$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>purevit dualfe plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>px iron</i> TABS 27mg, 200mg	\$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; *
<i>sodium ferric gluconate complex in sucrose</i> SOLN 12.5mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>tandem plus</i>	\$0(3)	NM; *
TARON FORTE CAP	\$0(3)	NM; *
<i>tricon</i>	\$0(3)	NM; *
TRIFERIC PACK 272mg	\$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; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MISCELLANEOUS		
ALVAIZ TABS 9mg, 54mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ALVAIZ TABS 18mg, 36mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>anagrelide hcl</i> CAPS .5mg, 1mg	\$0(1)	
BERINERT KIT 500unit	\$0(2)	NDS, QL (24 boxes / 30 days), NM, LA, PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	\$0(1)	
DOPTELET TABS 20mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	\$0(2)	
ENDARI PACK 5gm	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
HAEGARDA SOLR 2000unit	\$0(2)	NDS, QL (30 vials / 30 days), NM, LA, PA
HAEGARDA SOLR 3000unit	\$0(2)	NDS, QL (20 vials / 30 days), NM, LA, PA
<i>icatibant acetate</i> SOSY 30mg/3ml	\$0(2)	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
<i>l-glutamine (sickle cell)</i> PACK 5gm	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	\$0(1)	
PROMACTA PACK 12.5mg	\$0(2)	NDS, QL (360 packets / 30 days), NM, LA, PA
PROMACTA PACK 25mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
PROMACTA TABS 12.5mg, 25mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
PROMACTA TABS 50mg, 75mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>sajazir</i> SOSY 30mg/3ml	\$0(2)	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, LA, PA
<i>tranexamic acid</i> SOLN 1000mg/10ml; TABS 650mg	\$0(1)	
PLATELET AGGREGATION INHIBITORS		
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	\$0(1)	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	\$0(2)	

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
IDACIO (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (56 pens / 365 days), NM, PA
IDACIO (2 SYRINGE) PSKT 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (56 syringes / 365 days), NM, PA
IDACIO CROHN INJ DISEASE AJKT 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS AJKT 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
KEVZARA SOAJ 150mg/1.14ml, 200mg/1.14ml	\$0(2)	NDS, QL (2 pens / 28 days), NM, PA
KEVZARA SOSY 150mg/1.14ml, 200mg/1.14ml	\$0(2)	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
OTEZLA TABS 30mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
OTEZLA TAB 10/20/30	\$0(2)	NDS, QL (110 tabs / year), NM, PA
REMICADE SOLR 100mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
RINVOQ TB24 15mg, 30mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
RINVOQ TB24 45mg	\$0(2)	NDS, QL (168 tabs / year), NM, PA
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, QL (6 vials / year), NM, PA
SKYRIZI SOSY 150mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (6 syringes / 365 days), NM, PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (6 pens / 365 days), NM, PA
STELARA SOLN 45mg/0.5ml	\$0(2)	NDS, QL (1 vial / 28 days), NM, LA, PA
STELARA SOLN 130mg/26ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA

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

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

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mycophenolate sodium</i> TBEC 180mg, 360mg	\$0(1)	B/D, NM
NULOJIX SOLR 250mg	\$0(2)	NDS, B/D, NM
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	\$0(2)	B/D, NM
REZUROCK TABS 200mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
SANDIMMUNE SOLN 100mg/ml	\$0(2)	B/D, NM
<i>sirolimus</i> SOLN 1mg/ml	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>sirolimus</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	\$0(1)	B/D, NM
<i>tacrolimus</i> CAPS .5mg, 1mg, 5mg	\$0(1)	B/D, NM
VACCINES		
ABRYSVO SOLR 120mcg/0.5ml	\$0(1)	
ACTHIB INJ	\$0(1)	
ADACEL INJ	\$0(1)	
AREXVY SUSR 120mcg/0.5ml	\$0(1)	
BCG VACCINE SOLR 50mg	\$0(1)	
BEXSERO INJ	\$0(1)	
BOOSTRIX INJ	\$0(1)	
DAPTACEL INJ	\$0(1)	
DENG VAXIA SUS	\$0(1)	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	\$0(1)	B/D
ENGERIX-B SUSP 20mcg/ml; SUSY 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	\$0(1)	B/D
GARDASIL 9 INJ	\$0(1)	
HAVRIX SUSP 720elu/0.5ml, 1440elu/ml	\$0(1)	
HEPLISAV-B SOSY 20mcg/0.5ml	\$0(1)	B/D
HIBERIX SOLR 10mcg	\$0(1)	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR 2.5unit/ml	\$0(1)	B/D
INFANRIX INJ	\$0(1)	
IPOL INJ INACTIVE	\$0(1)	
IXCHIQ INJ	\$0(1)	
IXIARO INJ	\$0(1)	
JYNNEOS SUSP .5ml	\$0(1)	B/D
KINRIX INJ	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
M-M-R II INJ	\$0(1)	
MENACTRA INJ	\$0(1)	
MENQUADFI INJ	\$0(1)	
MENVEO INJ	\$0(1)	
MENVEO SOL	\$0(1)	
PEDIARIX INJ 0.5ML	\$0(1)	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	\$0(1)	
PENBRAYA INJ	\$0(1)	
PENTACEL INJ	\$0(1)	
PREHEVBRIO SUSP 10mcg/ml	\$0(1)	B/D
PRIORIX INJ	\$0(1)	
PROQUAD INJ	\$0(1)	
QUADRACEL INJ	\$0(1)	
QUADRACEL INJ 0.5ML	\$0(1)	
RABAVERT INJ	\$0(1)	B/D
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml; SUSY 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml	\$0(1)	B/D
ROTARIX SUS	\$0(1)	
ROTATEQ SOL	\$0(1)	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml	\$0(1)	QL (2 vials per lifetime)
TDVAX INJ 2-2 LF	\$0(1)	B/D
TENIVAC INJ 5-2LF	\$0(1)	B/D
TICOVAC SUSY 1.2mcg/0.25ml, 2.4mcg/0.5ml	\$0(1)	
TRUMENBA INJ	\$0(1)	
TWINRIX INJ	\$0(1)	
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml; SOSY 25mcg/0.5ml	\$0(1)	
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml	\$0(1)	
VARIVAX INJ 1350pfu/0.5ml	\$0(1)	
YF-VAX INJ	\$0(1)	
MISCELLANEOUS		
MISCELLANEOUS		
ACETAMIN 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 **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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; *
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; *
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 **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 13	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 000	\$0(3)	NM; *
FATTIBASE OIN	\$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; *
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; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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; *
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; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SOD BROMIDE GRA	\$0(3)	NM; *
SOSWEET SYP	\$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; *
NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS - VITAMINS AND SUPPLEMENTS		
<i>ELECTROLYTES</i>		
<i>advantage care oral elect</i>	\$0(3)	NM; *
BIOLYTE SOL CITRUS	\$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>goodsense electrolyte</i>	\$0(3)	NM; *
<i>h-e-b oral electrolyte so</i>	\$0(3)	NM; *
HYDRALYTE SOL LEMONADE	\$0(3)	NM; *
HYDRALYTE SOL ORANGE	\$0(3)	NM; *
KINDERLYTE SOL	\$0(3)	NM; *
KINDERLYTE SOL FRUIT	\$0(3)	NM; *
KINDERLYTE SOL GRAPE	\$0(3)	NM; *
KINDERLYTE SOL LEM/LIME	\$0(3)	NM; *
KINDERLYTE SOL LEMONADE	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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; *
<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; *
ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE		
D2.5W/NACL INJ 0.45%	\$0(2)	
D5W/LYTES INJ #48	\$0(2)	
D10W/NACL INJ 0.2%	\$0(2)	
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i>	\$0(1)	
ISOLYTE-P INJ /D5W	\$0(2)	
ISOLYTE-S INJ	\$0(2)	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	\$0(2)	
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% injA</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	\$0(1)	
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	\$0(2)	
<i>lactated ringer's solution</i>	\$0(1)	
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	\$0(2)	
<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)	
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	\$0(2)	
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	\$0(1)	
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	\$0(1)	
PLASMA-LYTE INJ -148	\$0(2)	
PLASMA-LYTE INJ -A	\$0(2)	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	\$0(2)	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	\$0(2)	
POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	\$0(2)	
<i>potassium chloride SOLN 2meq/ml, 10meq/100ml, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml</i>	\$0(1)	
POTASSIUM CHLORIDE SOLN 10meq/50ml	\$0(2)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	\$0(1)	
<i>sodium chloride SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%</i>	\$0(1)	
TPN ELECTROL INJ	\$0(2)	B/D
ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL		
<i>klor-con PACK 20meq</i>	\$0(1)	
<i>klor-con 8 TBCR 8meq</i>	\$0(1)	
<i>klor-con 10 TBCR 10meq</i>	\$0(1)	
<i>klor-con m10 TBCR 10meq</i>	\$0(1)	
<i>klor-con m15 TBCR 15meq</i>	\$0(1)	
<i>klor-con m20 TBCR 20meq</i>	\$0(1)	
M-NATAL PLUS TAB	\$0(2)	
<i>potassium chloride CPCR 8meq, 10meq; PACK 20meq; SOLN 10%, 20%; TBCR 8meq, 10meq, 20meq</i>	\$0(1)	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er TBCR 10meq, 15meq, 20meq</i>	\$0(1)	
PRENATAL TAB 27-1MG	\$0(2)	
PRENATAL TAB PLUS	\$0(2)	
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	\$0(1)	
IV NUTRITION		
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	\$0(2)	B/D
<i>clinisol sf 15%</i>	\$0(1)	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	\$0(2)	B/D
<i>dextrose SOLN 5%, 10%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose SOLN 50%, 70%</i>	\$0(1)	B/D

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	\$0(2)	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	\$0(2)	B/D
<i>plenamine</i>	\$0(1)	B/D
PREMASOL SOL 10%	\$0(2)	NDS, B/D
PROSOL INJ 20%	\$0(2)	B/D
TRAVASOL INJ 10%	\$0(2)	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	\$0(2)	B/D
MINERALS		
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; *
<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; *
CALCIUM 600 TAB +D	\$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; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>calcium 600/vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600/vitamin d3</i>	\$0(3)	NM; *
CALCIUM 1000 TAB + D	\$0(3)	NM; *
CALCIUM 1200 CHW	\$0(3)	NM; *
CALCIUM CARB CAP VIT D3	\$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; *
CALCIUM CARBONATE CHEW 260mg, 500mg; POWD 800mg/2gm	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate TABS 500mg, 600mg, 1250mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate-cholecalciferol tab 500 mg-5 mcg(200 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate-cholecalciferol tab 600 mg-5 mcg(200 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate-vitamin d cap 600 mg-5 mcg (200 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate-vitamin d tab 250 mg-3.125 mcg (125 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate-vitamin d tab 600 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 mcg(250 unit) (elem ca)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium cit-vit d tab 315 mg-6.25 mcg(250 unit) (elem ca)</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>calcium cit-vitamin d tab 315 mg-5 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 TABS 200mg</i>	\$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; *
<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 600mg, 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+D3 CHW 250-500	\$0(3)	NM; *
<i>cvs calcium 600 & 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 & vitamin 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 **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cvs calcium carbonate</i> TABS 1250mg	\$0(3)	NM; *
<i>cvs calcium citrate+d3 pe</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs magnesium</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>cvs magnesium oxide</i> TABS 250mg	\$0(3)	NM; *
<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</i> TABS 600mg	\$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</i> TABS 200mg	\$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; *
<i>mag-oxide</i> TABS 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 **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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, 500mg	\$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; *
NU-MAG TAB 71.5-119	\$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; *
<i>oyster shell calcium/d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>oyster shell calcium/vita</i>	\$0(3)	NM; *
<i>potassium & sodium phosphates powder pack 280-160-250 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pronutrients calcium+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 **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pure calcium carbonate</i> TABS 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>px calcium&d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc calcium fast dissoluti</i> TABS 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc calcium/minerals/vitam</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra calcium 600</i> TABS 600mg	\$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</i> CAPS 500mg	\$0(3)	NM; *
RISACAL-D TAB	\$0(3)	NM; *
<i>sb calcium + d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb oyster shell calcium</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>slow magnesium chloride/</i>	\$0(3)	NM; *
SLOW MAGNESIUM CHLORIDE/	\$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; *
<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</i> TABS 250mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm oyster shell calcium/v</i>	\$0(3)	NM; *
SOD CHLORIDE GRA	\$0(3)	NM; *
<i>super calcium</i> TABS 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>super calcium 600 + 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 **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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; *
MISCELLANEOUS		
ALPHA LIPOIC ACID CAPS 50mg, 300mg	\$0(3)	NM; *
<i>alpha-lipoic acid (thioctic acid) CAPS 100mg, 200mg, 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>arginine CAPS 500mg; TABS 1000mg</i>	\$0(3)	NM; *
ARGININE PACK 500mg; TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
ARGININE2000 PACK 2000mg	\$0(3)	NM; *
BOOST BREEZE LIQ ASSORTED	\$0(3)	NM; *
BOOST LIQ BREEZE	\$0(3)	NM; *
CO Q-10 CAPS 75mg	\$0(3)	NM; *
<i>coenzyme q10 (ubidecarenone) CAPS 10mg, 30mg, 50mg, 60mg, 100mg, 200mg, 300mg, 400mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>coq10 maximum strength CAPS 400mg</i>	\$0(3)	NM; *
COROMEGA EMU OMEGA 3	\$0(3)	NM; *
<i>cvs coenzyme q-10 CAPS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs coq-10 CAPS 50mg, 100mg, 200mg, 400mg</i>	\$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; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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; *
FISH OIL CAP 183.33MG	\$0(3)	NM; *
FISH OIL CAP 1000MG	\$0(3)	NM; *
FISH OIL CAP 1360MG	\$0(3)	NM; *
FISH OIL CAP 1400MG	\$0(3)	NM; *
FISH OIL CHW 875MG	\$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 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</i> CAPS 60mg, 100mg, 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp co q-10</i> CAPS 100mg	\$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</i> TABS 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 **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
L-ARGININE POW	\$0(3)	NM; *
L-GLUTAMINE POW	\$0(3)	NM; *
L-GLUTATHION CRY	\$0(3)	NM; *
L-ISOLEUCINE POW	\$0(3)	NM; *
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; *
MEGARED KIDS CHW	\$0(3)	NM; *
NEOQ10 CAPS 125mg	\$0(3)	NM; *
<i>norwegian salmon oil</i>	\$0(3)	NM; *
OMEGA BABY EMU PRENATAL	\$0(3)	NM; *
<i>omega iii epa+dha</i>	\$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 CAPS 500mg, 1000mg, 1200mg</i>	\$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 900 EC	\$0(3)	NM; *
OMERA CAP 750MG	\$0(3)	NM; *
<i>ovega-3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pure l-arginine hcl CAPS 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
PURE L-CITRULLINE CAPS 600mg	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>px fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>q-sorb co q-10 CAPS 100mg, 200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra coenzyme q-10 CAPS 100mg, 200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra l-arginine TABS 1000mg</i>	\$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 CAPS 100mg, 200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm coenzyme q-10 CAPS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm coq-10 CAPS 50mg</i>	\$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; *
<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 CAPS 30mg</i>	\$0(3)	NM; *
VITAMINS		
<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; *
<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 WOMEN	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>activite</i>	\$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; *
<i>airborne kids</i>	\$0(3)	NM; *
AIRBORNE POW	\$0(3)	NM; *
AIRBORNE+ CHW PROBIOTI	\$0(3)	NM; *
AIRBORNE+ CHW REST	\$0(3)	NM; *
AIRBORNE+ POW STRESS	\$0(3)	NM; *
AIRBORNE+NAT LIQ ENERGY	\$0(3)	NM; *
AIRSHIELD CHW IMMUNITY	\$0(3)	NM; *
ALGAE BASED TAB CALCIUM	\$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 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; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>antioxidant vitamins</i>	\$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; *
<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</i> TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>b-complex balanced</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*b-complex w/ c & 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</i> LIQD 400ut/0.028ml	\$0(3)	NM; *
<i>baby vitamin d3 drops</i> LIQD 400ut/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</i> CAPS 25000unit	\$0(3)	NM; *
<i>beta carotene provitamin</i> CAPS 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; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v15

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BIOTIN CAPS 1mg	\$0(3)	NM; *
<i>biotin</i> CAPS 5mg, 10mg, 5000mcg	\$0(3)	NM; *
<i>biotin/maximum strength</i> CAPS 5000mcg	\$0(3)	NM; *
<i>body/hair/skin/nails</i>	\$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; *
CENTRUM CHW SILVER	\$0(3)	NM; *
CENTRUM KIDS CHW	\$0(3)	NM; *
CENTRUM KIDS CHW FLAV BST	\$0(3)	NM; *
CENTRUM SPEC TAB HEART	\$0(3)	NM; *
CENTRUM SPEC TAB VISION	\$0(3)	NM; *
CENTRUM TAB CARDIO	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 GUMMIES	\$0(3)	NM; *
CHLORELLA CAP	\$0(3)	NM; *
<i>chlorocaps</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cholecalciferol 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</i>	\$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; *
CITRACAL TAB MAX PLUS	\$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; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>culturelle kids probiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cv's airshield</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cv's airshield effervescen</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cv's b6 TABS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cv's b complex plus c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cv's biotin CAPS 10mg, 5000mcg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cv's chewable childrens vi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cv's childrens chewable co</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cv's d3 CAPS 400unit, 1000unit, 2000unit, 5000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cv's daily gummies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cv's daily gummies adult</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cv's daily multiple for me</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cv's daily multiple for wo</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cv's e CAPS 200unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cv's e oil OIL 45mg/0.25ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cv's eye health & lutein</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cv's folic acid TABS 800mcg</i>	\$0(3)	NM; *
CVS GUMMY DINOS	\$0(3)	NM; *
CVS GUMMY DINOS CHILDRENS	\$0(3)	NM; *
CVS GUMMY MULTIVITAMIN KI	\$0(3)	NM; *
<i>cv's mens daily gummies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cv's one daily essential</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cv's one daily mens health</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cv's one daily womens form</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cv's spectravite advanced</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cv's spectravite men</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cv's spectravite men 50+</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cv's spectravite senior</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cv's spectravite ultra hea</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cv's spectravite ultra wom</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cv's spectravite women</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cv's spectravite women 50+</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cv's stress formula/zinc</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cvs super b complex/c</i>	\$0(3)	NM; *
CVS VISION CAP HEALTH	\$0(3)	NM; *
<i>cvs vitamin a</i> CAPS 8000unit	\$0(3)	NM; *
<i>cvs vitamin c</i> TABS 250mg, 500mg, 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>cvs vitamin c/rose hips</i> TABS 500mg, 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>cvs vitamin d3</i> CAPS 10000unit; CHEW 25mcg, 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>cvs vitamin e</i> CAPS 180mg, 400unit, 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>cvs womens active daily</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs womens daily gummies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cyanocobalamin</i> SOLN 1000mcg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>d3</i> CHEW 400unit; TABS 50mcg	\$0(3)	NM; *
<i>d3 2000</i> CAPS 2000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d3 5000</i> CAPS 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d3 adult</i> CHEW 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d3 adult gummy</i> CHEW 1000unit	\$0(3)	NM; *
D3 BABY DROPS LIQD 400out/0.025ml	\$0(3)	NM; *
<i>d3 high potency</i> CAPS 25mcg, 50mcg, 1000unit, 2000unit, 5000unit; TABS 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>d3 kids</i> CHEW 400unit	\$0(3)	NM; *
D3 LIQUID LIQD 25mcg/0.04ml	\$0(3)	NM; *
<i>d3 maximum strength</i> CAPS 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d3 super strength</i> CAPS 2000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d3-50</i> CAPS 50000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d3-1000</i> CAPS 1000unit; TABS 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d2000 ultra strength</i> CAPS 2000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d 400</i> TABS 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>d 1000</i> CAPS 1000unit; CHEW 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d 5000</i> CAPS 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d 10000</i> CAPS 10000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d-3-5</i> CAPS 5000unit	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>d-400</i> TABS 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>d-1000 extra strength</i> TABS 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d-5000</i> TABS 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d-vite pediatric</i> LIQD 400unit/ml	\$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</i> CAPS 50000unit	\$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</i> TABS 400unit	\$0(3)	NM; *
DERMACINRX CHW DAVIMET	\$0(3)	NM; *
DERMACINRX TAB RIBOT-E	\$0(3)	NM; *
DIABET HLTH PAK SUPPORT	\$0(3)	NM; *
<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; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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 50000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dialyvite vitamin d 5000 CAPS 5000unit</i>	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE WAF 800	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE/ TAB ZINC	\$0(3)	NM; *
<i>dodex SOLN 1000mcg/ml</i>	\$0(3)	NM; *
DOTREMIN TAB	\$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 100unt/0.25ml</i>	\$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; *
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 TBCR 250mg, 500mg, 750mg</i>	\$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; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EQ COMPLETE TAB ADULT	\$0(3)	NM; *
EQ MULTIVITAMIN GUMMIES C	\$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 b-6 TABS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eq century</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eq century mature</i>	\$0(3)	NM; *
EQL CENTURY TAB MENS	\$0(3)	NM; *
<i>eql childrens multivitami</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql one daily mens 50+ ad</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql one daily mens health</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql one daily womens 50+</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql stress b-complex/vita</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql super b complex/vitam</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql vision formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql vitamin c TABS 500mg, 1000mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql vitamin c/rose hips TABS 500mg, 1000mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql vitamin d3 CAPS 400unit, 1000unit, 2000unit, 5000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql vitamin e CAPS 400unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ergocalciferol CAPS 1.25mg, 50000unit; SOLN 8000unit/ml</i>	\$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 CAP	\$0(3)	NM; *
EYE MULTIVIT CAP LUTEIN	\$0(3)	NM; *
EYE MULTIVIT TAB SODIUM	\$0(3)	NM; *
<i>fa-8 CAPS .8mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fabb</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FLINTSTONES CHW COMPLETE	\$0(3)	NM; *
<i>flintstones complete</i>	\$0(3)	NM; *
FLINTSTONES COMPLETE	\$0(3)	NM; *
<i>flintstones gummies plus</i>	\$0(3)	NM; *
FLINTSTONES GUMMIES PLUS	\$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; *
FOLDITAM TAB	\$0(3)	NM; *
<i>folic acid</i> CAPS 5mg, 800mcg; SOLN 5mg/ml; TABS 1mg, 400mcg, 800mcg	\$0(3)	NM; *
FOLIC ACID CAPS 20mg	\$0(3)	NM; *
FOLIC ACID POW	\$0(3)	NM; *
FOLIFLEX TAB	\$0(3)	NM; *
FOLITE TAB	\$0(3)	NM; *
FOLITIN-Z TAB	\$0(3)	NM; *
FOLIXAPURE TAB 1-5000	\$0(3)	NM; *
FOLTAMIN TAB 1-5000	\$0(3)	NM; *
FOLTRATE TAB	\$0(3)	NM; *
FOLTREXYL TAB	\$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; *
GENADEK DRO	\$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 vitamini</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp 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 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; *
<i>gnp vitamin a CAPS 10000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin b-6 TABS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin c TABS 250mg, 500mg, 1000mg</i>	\$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 CHEW 400unit; TABS 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin d3 TABS 400unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin d3 extra stre TABS 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin d maximum str TABS 2000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin d super stren TABS 5000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin e CAPS 200unit, 400unit, 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin e water dispe CAPS 400unit</i>	\$0(3)	NM; *
GUMMI BEAR MULTIVITAMIN/M	\$0(3)	NM; *
HAIR SKIN & TAB NAILS AD	\$0(3)	NM; *
HAIR/SKIN/ CAP NAILS	\$0(3)	NM; *
<i>hair/skin/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 **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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 & nails</i>	\$0(3)	NM; *
HEALTHY KIDS CHW GUMMIES	\$0(3)	NM; *
<i>healthy kids vitamin d3 CHEW 400unit</i>	\$0(3)	NM; *
HI POT MV/ TAB BETA-CAR	\$0(3)	NM; *
HIGH POTENCY TAB MULTIVIT	\$0(3)	NM; *
HIGH POTENCY TAB MV/FA	\$0(3)	NM; *
<i>hm biotin CAPS 5000mcg</i>	\$0(3)	NM; *
HM COMPLETE TAB MEN	\$0(3)	NM; *
<i>hm complete women</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm e vitamin CAPS 180mg</i>	\$0(3)	NM; *
HM HAIR/SKIN TAB /NAILS	\$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 & 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; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>kp folic acid</i> TABS 1mg, 800mcg	\$0(3)	NM; *
<i>kp mens 50+ daily formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp mens daily formula</i>	\$0(3)	NM; *
KP MENS MIS DAILY PK	\$0(3)	NM; *
<i>kp niacin</i> TABS 500mg	\$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</i> TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>kp vitamin d</i> CAPS 1000unit; CHEW 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>kp vitamin d3</i> CAPS 1000unit, 2000unit	\$0(3)	NM; *
<i>kp vitamin e</i> CAPS 100unit	\$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; *
LYSIPLX 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; *
<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; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 CAPS 5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>milltrium senior</i>	\$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-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; *
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 tab**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multiple vitamins/womens</i>	\$0(3)	NM; *
MULTITAM TAB	\$0(3)	NM; *
MULTIV INFAN DRO /TODDLER	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v15

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>multivitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin & 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 GUMMIES	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN CHW IRON	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN DRO INFANT	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin gummies adul</i>	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN GUMMIES CHIL	\$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; *
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; *
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 GRAPE	\$0(3)	NM; *
MVW COMPLETE DRO PEDIATRI	\$0(3)	NM; *
MVW COMPLETE FORMULATION	\$0(3)	NM; *
MVW HI-D DR LIQ EX VIT D	\$0(3)	NM; *
<i>myamulti</i>	\$0(3)	NM; *
NANOVM POW 1-3 YRS	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NANOVM POW 4-8YEARS	\$0(3)	NM; *
NANOVM POW 9-18 YRS	\$0(3)	NM; *
NANOVM T/F POW	\$0(3)	NM; *
NASCOBAL SOLN 500mcg/0.1ml	\$0(3)	NM; *
<i>natural c/rose hips</i> TABS 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>natural vitamin d-3</i> TABS 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>natural vitamin e</i> CAPS 1000unit	\$0(3)	NM; *
NATURAL VITAMIN E TABS 200unit	\$0(3)	NM; *
NEPHPLEX RX TAB	\$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; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>one daily for women 50+a</i>	\$0(3)	NM; *
<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; *
<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-A-DAY CHW IMMUNITY	\$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+ 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; *
<i>one-a-day teen advantage</i>	\$0(3)	NM; *
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; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OPTIMAL D3 M CAPS 14000unit	\$0(3)	NM; *
OPTIMAL D3 M CAP	\$0(3)	NM; *
<i>optimal d3 pack</i> CAPS 50000unit	\$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; *
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</i> LIQD 400unit/ml	\$0(3)	NM; *
PHLEXY-VITS POW	\$0(3)	NM; *
PHYTOMULTI TAB	\$0(3)	NM; *
<i>phytonadione</i> SOLN 10mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>phytonadione</i> TABS 5mg	\$0(3)	NM, PA; *
POLY-VI-SOL DRO 50MG/ML	\$0(3)	NM; *
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; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v15

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 TABS 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>px advanced formula multi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>px b complex/vitamin c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>px childrens vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>px complete senior multiv</i>	\$0(3)	NM; *
<i>px folic acid TABS 400mcg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>px mens multivitamins</i>	\$0(3)	NM; *
<i>px niacin TABS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>px vitamin a CAPS 8000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>px vitamin c TABS 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>px vitamin e CAPS 400unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pyridoxine hcl SOLN 100mg/ml; TABS 50mg, 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
PYRIDOXINE POW HCL	\$0(3)	NM; *
<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 & over</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc therin-m</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc womens daily multivita</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 RASPBRY	\$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; *
<i>ra vitamin c TABS 250mg, 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra vitamin c/rose hips TABS 500mg, 1000mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra vitamin d-3 CAPS 2000unit, 5000unit; TABS 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra vitamin e CAPS 400unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>radiance platinum vitamin TABS 5000unit</i>	\$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; *
REPLESTA WAFR 50000unit	\$0(3)	NM; *
REPLESTA NX WAFR 14000unit	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v15

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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; *
<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; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sm vitamin d3</i> CAPS 50mcg, 2000unit; TABS 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; *
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</i> CAPS 5000mcg	\$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; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>super vita-mins</i>	\$0(3)	NM; *
SYSTANE ICAP CHW AREDS2	\$0(3)	NM; *
SYSTANE ICAP TAB AREDS2	\$0(3)	NM; *
<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 M PLUS TAB	\$0(3)	NM; *
THERA TAB	\$0(3)	NM; *
<i>thera vital m</i>	\$0(3)	NM; *
<i>thera-d 2000 TABS 2000unit</i>	\$0(3)	NM; *
THERA-D 4000 TABS 4000unit	\$0(3)	NM; *
<i>thera-d rapid repletion TABS 2000unit</i>	\$0(3)	NM; *
THERA-M TAB	\$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; *
THEREMS-M TAB	\$0(3)	NM; *
<i>thiamine hcl SOLN 100mg/ml</i>	\$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 **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tropical liquid nutrition</i>	\$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; *
VENEXA FE TAB	\$0(3)	NM; *
VENEXA TAB	\$0(3)	NM; *
VENTRIXYL FE TAB	\$0(3)	NM; *
VENTRIXYL TAB	\$0(3)	NM; *
<i>virt-caps</i>	\$0(3)	NM; *
<i>virt-gard</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 ADULT	\$0(3)	NM; *
VITACHEW MULTIPLE VITAMIN	\$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 **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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, 10000unit; TBDP 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin d3</i> TABS 2000unit	\$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; *
VITAMIN D3 IMMUNE HEALTH LIQD 25mcg/10ml	\$0(3)	NM; *
<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 strength</i> CAPS 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin d high potency</i> CAPS 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 **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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 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; *
VITRAMYN TAB	\$0(3)	NM; *
VITRANOL FE TAB	\$0(3)	NM; *
VITRANOL TAB	\$0(3)	NM; *
VITREXATE FE TAB	\$0(3)	NM; *
VITREXATE TAB	\$0(3)	NM; *
VITREXYL TAB	\$0(3)	NM; *
VITREXYL TAB IRON	\$0(3)	NM; *
<i>vitrum senior</i>	\$0(3)	NM; *
VITRUM TAB SENIOR	\$0(3)	NM; *
<i>vp-vite rx</i>	\$0(3)	NM; *
<i>weekly-d</i> CAPS 1.25mg	\$0(3)	NM; *
<i>wescaps</i>	\$0(3)	NM; *
<i>westab one</i>	\$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; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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; *
XCELLENT E CAP 33.5MG	\$0(3)	NM; *
YELETS TEEN TAB FORMULA	\$0(3)	NM; *
<i>yl beta carotene</i> CAPS 25000unit	\$0(3)	NM; *
<i>yl folic acid</i> TABS 400mcg	\$0(3)	NM; *
<i>yl vitamin b-6</i> TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>yl vitamin c</i> TABS 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>yl vitamin c/rose hips</i> TABS 500mg, 1000mg	\$0(3)	NM; *
YOUR LIFE CHW GUMMIES	\$0(3)	NM; *
ZELDANA CAP	\$0(3)	NM; *
ZINC LOZ	\$0(3)	NM; *
ZINTREXYL-C TAB	\$0(3)	NM; *
<i>zoo friends/extra c</i>	\$0(3)	NM; *
OPHTHALMIC - DRUGS TO TREAT EYE CONDITIONS		
ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY - DRUGS TO TREAT INFECTIONS AND INFLAMMATION		
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	\$0(1)	
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	\$0(1)	
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	\$0(1)	
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	\$0(2)	
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	\$0(2)	
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZYLET SUS 0.5-0.3%	\$0(2)	
ANTI-INFECTIVES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>bacitracin (ophthalmic) OINT 500unit/gm</i>	\$0(1)	
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	\$0(1)	
BESIVANCE SUSP .6%	\$0(2)	
CILOXAN OINT .3%	\$0(2)	
<i>ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%</i>	\$0(1)	
<i>erythromycin (ophth) OINT 5mg/gm</i>	\$0(1)	
<i>gatifloxacin (ophth) SOLN .5%</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%</i>	\$0(1)	
<i>moxifloxacin hcl (ophth) SOLN .5%</i>	\$0(1)	
NATACYN SUSP 5%	\$0(2)	
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>ofloxacin (ophth) SOLN .3%</i>	\$0(1)	
<i>polycin ophth oint</i>	\$0(1)	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	\$0(1)	
<i>sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%</i>	\$0(1)	
<i>tobramycin (ophth) SOLN .3%</i>	\$0(1)	
<i>trifluridine SOLN 1%</i>	\$0(1)	
XDEMVIY SOLN .25%	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ZIRGAN GEL .15%	\$0(2)	
ANTI-INFLAMMATORIES - DRUGS TO TREAT INFLAMMATION		
ALREX SUSP .2%	\$0(2)	
<i>bromfenac sodium (ophth) SOLN .07%, .075%</i>	\$0(1)	
BROMSITE SOLN .075%	\$0(2)	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%</i>	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diclofenac sodium (ophth) SOLN .1%</i>	\$0(1)	
EYSUVIS SUSP .25%	\$0(2)	
FLAREX SUSP .1%	\$0(2)	
<i>fluorometholone (ophth) SUSP .1%</i>	\$0(1)	
<i>flurbiprofen sodium SOLN .03%</i>	\$0(1)	
<i>ketorolac tromethamine (ophth) SOLN .4%, .5%</i>	\$0(1)	
LOTEMAX OINT .5%	\$0(2)	
<i>loteprednol etabonate SUSP .2%</i>	\$0(1)	
<i>prednisolone acetate (ophth) SUSP 1%</i>	\$0(1)	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	\$0(2)	
PROLENSA SOLN .07%	\$0(2)	
ANTIALLERGICS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
<i>alaway SOLN .035%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>alaway childrens allergy SOLN .035%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>azelastine hcl (ophth) SOLN .05%</i>	\$0(1)	
<i>cromolyn sodium (ophth) SOLN 4%</i>	\$0(1)	
<i>eye itch relief SOLN .035%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ketotifen fumarate (ophth) SOLN .035%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm eye itch relief SOLN .035%</i>	\$0(3)	NM; *
ZERVIAE SOLN .24%	\$0(2)	
ANTIGLAUCOMA - DRUGS TO TREAT GLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl (ophth) SOLN .5%</i>	\$0(1)	
BETOPTIC-S SUSP .25%	\$0(2)	
<i>brimonidine tartrate SOLN .15%, .2%</i>	\$0(1)	
<i>brinzolamide SUSP 1%</i>	\$0(1)	
<i>carteolol hcl (ophth) SOLN 1%</i>	\$0(1)	
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	\$0(2)	
<i>dorzolamide hcl SOLN 2%</i>	\$0(1)	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 2-0.5%</i>	\$0(1)	
<i>latanoprost SOLN .005%</i>	\$0(1)	
<i>levobunolol hcl SOLN .5%</i>	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LUMIGAN SOLN .01%	\$0(2)	
<i>pilocarpine hcl</i> SOLN 1%, 2%, 4%	\$0(1)	
RHOPRESSA SOLN .02%	\$0(2)	
ROCKLATAN DRO	\$0(2)	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	\$0(2)	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLG .25%, .5%; SOLN .25%, .5%	\$0(1)	
VYZULTA SOLN .024%	\$0(2)	
MISCELLANEOUS		
<i>artificial tears</i>	\$0(3)	NM; *
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	\$0(2)	
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i> SOLN 1%	\$0(1)	
<i>carboxymethylcellulose sodium (ophth)</i> SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
CYSTADROPS SOLN .37%	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
CYSTARAN SOLN .44%	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>dry eye relief</i> GEL 1%	\$0(3)	NM; *
<i>dry eye relief drops</i>	\$0(3)	NM; *
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 SOL MOD PF	\$0(3)	NM; *
GENTEAL TEAR SOL PF	\$0(3)	NM; *
<i>gentel tears liquid drop</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gentel 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; *
<i>goodsense lubricating plu</i> SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
<i>hm dry eye relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm lubricating tears</i>	\$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>lubricating plus eye drop</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 **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

N.º de identificación del formulario: 00024080 v15

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lubricating tears eye dro</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>polyvinyl alcohol SOLN 1.4%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>proparacaine hcl SOLN .5%</i>	\$0(1)	
<i>refresh celluvisc GEL 1%</i>	\$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 SOLN .5%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm lubricating tears</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sodium chloride hypertonic OINT 5%; SOLN 5%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>systane nighttime</i>	\$0(3)	NM; *
TYRVAYA SOLN .03mg/act	\$0(2)	
<i>ultra lubricating eye dro</i>	\$0(3)	NM; *
XIIDRA SOLN 5%	\$0(2)	
OTIC - DRUGS TO TREAT CONDITIONS OF THE EAR		
OTIC AGENTS		
<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)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluocinolone acetonide (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)	
RESPIRATORY - DRUGS TO TREAT BREATHING DISORDERS		
ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT COPD		
ANORO ELLIPT AER 62.5-25	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
BEVESPI AER 9-4.8MCG	\$0(2)	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE	\$0(2)	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	\$0(2)	QL (4 inhalers / 28 days)
COMBIVENT AER 20-100	\$0(2)	QL (2 inhalers / 30 days)
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	\$0(1)	B/D
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
ANTICHOLINERGICS - DRUGS TO TREAT COPD		
ATROVENT HFA AERS 17mcg/act	\$0(2)	QL (2 inhalers / 30 days)
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh	\$0(2)	QL (30 blisters / 30 days)
<i>ipratropium bromide SOLN .02%</i>	\$0(1)	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal) SOLN .03%, .06%</i>	\$0(1)	
ANTI-HISTAMINES - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
ALA-HIST IR TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>all day allergy TABS 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>all day allergy childrens SOLN 5mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>all-day allergy childrens SOLN 5mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>aller-chlor TABS 4mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy TABS 4mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy 24-hr TABS 180mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy childrens LIQD 12.5mg/5ml; SOLN 5mg/5ml; SUSP 30mg/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 LA - Acceso limitado NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>allergy relief</i> CAPS 10mg, 25mg; CHEW 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>allergy relief/indoor/out</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>azelastine hcl</i> SOLN .1%	\$0(1)	
<i>banophen</i> CAPS 25mg, 50mg; TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hcl</i> CHEW 5mg, 10mg; TABS 5mg, 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hcl</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(1)	QL (300 mL / 30 days)
<i>cetirizine hcl allergy ch</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hcl childrens</i> SOLN 1mg/ml, 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hydrochloride</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>childrens loratadine</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>chlorpheniramine maleate</i> TABS 4mg; TBCR 12mg	\$0(3)	NM; *
<i>complete allergy medicine</i> CAPS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>cypheptadine hcl</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>diphenhydramine hcl</i> CAPS 25mg, 50mg; LIQD 12.5mg/5ml, 25mg/10ml; TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>diphenhydramine hcl</i> SOLN 50mg/ml	\$0(1)	
<i>ed chlorped jr</i> SYRP 2mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>fexofenadine hcl</i> TABS 60mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp all day allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp all day allergy child</i> SOLN 1mg/ml, 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp 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 **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp allergy relief</i> CAPS 25mg; CHEW 12.5mg; TABS 4mg, 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; TBDP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp loratadine childrens</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense all day allergy</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense aller-ease</i> TABS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense allergy relief</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
HISTEX SYRP 2.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm all day allergy childr</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm allergy relief</i> CAPS 25mg; TABS 4mg, 10mg, 60mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm cetirizine hydrochlori</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm 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; SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>hydroxyzine pamoate</i> CAPS 25mg, 50mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> SOLN 2.5mg/5ml	\$0(1)	QL (300 mL / 30 days)
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> TABS 5mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> TABS 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>loratadine</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>loratadine childrens</i> CHEW 5mg; 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 **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>m-dryl</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
MICLARA LQ LIQD 1.25mg/5ml	\$0(3)	NM; *
PEDIACLEAR PD CHILDRENS LIQD .625mg/ml	\$0(3)	NM; *
PEDIAVENT SYRP 2mg/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 childrens allergy</i> SOLN 5mg/5ml	\$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>siladryl allergy</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm all day allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm all day allergy childr</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm all day allergy relief</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy 4 hour</i> TABS 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy childrens</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy relief</i> TABS 25mg, 60mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy relief childre</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm 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 .938mg/ml	\$0(3)	NM; *
BETA AGONISTS - DRUGS TO TREAT ASTHMA AND COPD		
<i>albuterol sulfata</i> AERS 108mcg/act	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proair HFA)
<i>albuterol sulfata</i> AERS 108mcg/act	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proventil HFA)
<i>albuterol sulfata</i> AERS 108mcg/act	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Ventolin HFA)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .083%, .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	\$0(1)	B/D
<i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 2mg, 4mg	\$0(1)	
<i>levalbuterol hcl</i> NEBU .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	\$0(1)	B/D
<i>levalbuterol tartrate</i> AERO 45mcg/act	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days), ST
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose	\$0(2)	QL (60 inhalations / 30 days)
<i>terbutaline sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg	\$0(1)	
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act	\$0(2)	QL (2 inhalers / 30 days)
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act	\$0(2)	QL (6 inhalers / 30 days)
COUGH AND COLD		
ALAHIST CF TAB 10-2-20	\$0(3)	NM; *
ALAHIST D TAB	\$0(3)	NM; *
ALAHIST DM LIQ 7.5-2-15	\$0(3)	NM; *
ALAHIST PE TAB 2-7.5MG	\$0(3)	NM; *
<i>all day sinus & cold-d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>all-nite cold & flu night</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy & 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>antihistamine/nasal decon</i>	\$0(3)	NM; *
AQUANAZ TAB	\$0(3)	NM; *
BENZEDREX INH	\$0(3)	NM; *
<i>benzonatate</i> CAPS 100mg, 150mg, 200mg	\$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; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cetirizine-pseudoephedrine tab er 12hr 5-120 mg</i>	\$0(3)	NM; *
CGH/CHEST SYP CONG DM	\$0(3)	NM; *
<i>chest congestion relief LIQD 100mg/5ml; TABS 400mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>chest congestion relief d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>chest congestion relief p</i>	\$0(3)	NM; *
<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; *
CHLOR/DEXCH LIQ PSE	\$0(3)	NM; *
COLD & ALLER LIQ CHILDREN	\$0(3)	NM; *
<i>cold & cough childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cold & flu nighttime reli</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cold & flu relief daytime</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cold & flu relief nightti</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cold & sinus</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 & cold</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cough & 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; *
DAY CLEAR CHW ALGY/CGH	\$0(3)	NM; *
DAYCLEAR TAB 25-50MG	\$0(3)	NM; *
<i>daytime cold & flu relief</i>	\$0(3)	NM; *
DECONEX DMX TAB	\$0(3)	NM; *
DECONEX IR TAB 10-385MG	\$0(3)	NM; *
DELSYM TABS 15mg	\$0(3)	NM; *
DELSYM CGH LIQ SR THRT	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DELSYM CHILD LIQ CGH/ST	\$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 MIS DAY/NGHT	\$0(3)	NM; *
DELSYM NIGHT SOL CGH/MAX	\$0(3)	NM; *
<i>dexbrompheniramine-phenylephrine tab 2-10 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dextromethorphan hbr CAPS 15mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dextromethorphan polistirex SUER 30mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dextromethorphan-guaifenesin syrup 10-100 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dimaphen dm cold & cough</i>	\$0(3)	NM; *
DOLOGESIC TAB 1-500MG	\$0(3)	NM; *
DOLOGESIC-DF TAB 1-500MG	\$0(3)	NM; *
<i>doxylamine-phenylephrine tab 7.5-10 mg</i>	\$0(3)	NM; *
DURAFLU TAB	\$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 12hr 60-120 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fexofenadine-pseudoephedrine tab er 24hr 180-240 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>flu hbp</i>	\$0(3)	NM; *
<i>flu/severe cold & cough d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp all day allergy-d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy & congestion</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy multi-symptom</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp cold & cough children</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp cough dm er SUER 30mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp day time cold/flu</i>	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v15

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp mucus dm maximum stre</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mucus er TB12 600mg, 1200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mucus relief TABS 400mg</i>	\$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 TABS 30mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal decongestant pe TABS 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal decongestant/ma TABS 30mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal four spray SOLN 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal spray SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<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 & 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 tab tussin TABS 400mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tab tussin dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tussin cf cough & 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 & chest LIQD 100mg/5ml</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 &</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense daytime cold &</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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 ac</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 allergy relief & nasal</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm chest congestion relie TABS 400mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm cold & cough childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm cold & sinus relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm cough dm SUER 30mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm daytime severe cold/fl</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm mucus relief dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm nasal decongestant 12 TB12 120mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm nasal decongestant pe TABS 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm night time cold & flu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm nighttime cold & flu r</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm nose drops extra stren SOLN 1%</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 & congestion</i>	\$0(3)	NM; *
<i>12hr allergy/congestion r</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; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v15

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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; *
<i>loratadine-d 24hr</i>	\$0(3)	NM; *
LORTUSS LQ LIQ	\$0(3)	NM; *
M-CLEAR WC LIQ 100-6.33	\$0(3)	NM; *
M-END DMX LIQ	\$0(3)	NM; *
M-END PE LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>mapap cold formula multi-</i>	\$0(3)	NM; *
MAR-COF BP LIQ 30-2-7.5	\$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 CGH GRA 5-100MG	\$0(3)	NM; *
MUCINEX CHIL LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex childrens freefor</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex childrens stuffy SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
MUCINEX CHLD MIS DAY/NITE	\$0(3)	NM; *
MUCINEX CNG/ TAB CG/CD/FL	\$0(3)	NM; *
MUCINEX COLD CAP FLU/THRT	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex cough & chest con</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex cough childrens</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MUCINEX D/N CAP CLD/FLU	\$0(3)	NM; *
MUCINEX D/N PAK FAST/MAX	\$0(3)	NM; *
MUCINEX FAST CAP COLD/FLU	\$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</i> 400mg/20ml	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex fast-max cold & s</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; *
<i>mucinex fast-max night ti</i>	\$0(3)	NM; *
MUCINEX FOR KIDS PACK 100mg	\$0(3)	NM; *
MUCINEX FREE LIQ CLD/FLU	\$0(3)	NM; *
MUCINEX FREE LIQ CLG/FLU	\$0(3)	NM; *
MUCINEX FREE LIQ DAY/NIGH	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex freefrom cold, fl</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex freefrom severe c</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; *
<i>mucinex sinus-max clear & SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex sinus-max night t</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex sinus-max severe</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex sinus-max sinus/a SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
MUCINEX SOL NIGHT	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mucus & chest congestion</i> LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief</i> TB12 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief childrens</i>	\$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 & 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; *
NASOPEN PE LIQ	\$0(3)	NM; *
NEO-SYNEPHRINE COLD+ALLER SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
<i>nighttime cold/flu relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nighttime cough</i>	\$0(3)	NM; *
NINJACOF LIQ	\$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</i> SOLN .05%	\$0(3)	NM; *
<i>nohist-dm</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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; *
<i>phenylephrine w/ dm-gg tab 10-17.5-385 mg</i>	\$0(3)	NM; *
POLY HIST FO TAB 10.5-10	\$0(3)	NM; *
POLY-HIST DM LIQ 5-25-10	\$0(3)	NM; *
POLY-TUSSIN LIQ 10-4-10	\$0(3)	NM; *
POLY-VENT DM TAB	\$0(3)	NM; *
POLY-VENT IR TAB 60-380MG	\$0(3)	NM; *
POLYTUSSIN LIQ DM	\$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; *
<i>qc mucus relief TB12 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc mucus relief er 12 hou TB12 1200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc nasal decongestant max TABS 30mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc suphedrine maximum str TB12 120mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc tussin cf</i>	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v15

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>qc tussin dm cough & ches</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc tussin expectorant adu LIQD</i> 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc tussin mucus + chest c LIQD</i> 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>robafen cf multi-symptom</i>	\$0(3)	NM; *
<i>robafen dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>robafen mucus/chest conge LIQD</i> 200mg/10ml	\$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 SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb cough control LIQD</i> 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 & flu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>severe cold/cough</i>	\$0(3)	NM; *
<i>siltussin sa LIQD</i> 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>siltussin-dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sinus + headache</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sinus congestion/pain</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sinus nasal spray SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sinus pressure/pain/adult</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sinus relief extra streng SOLN</i> 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; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SM CLD/ALLER LIQ CHILDREN	\$0(3)	NM; *
<i>sm cold & cough dm childr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm cold & flu severe</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm cold & sinus relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm day time cold & flu re</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm guaifenesin/pseudoephe</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 TB12 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm mucus relief maximum s TB12 1200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm mucus relief/12 hour TB12 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal decongestant max TABS 30mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal decongestant pe TABS 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal spray SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal spray 12 hour SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal spray moisturizi SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal spray sinus SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm nite time cold & flu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm nose drops nasal decon SOLN 1%</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 LIQD 100mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sodium chloride (inhalant) AERS .9%</i>	\$0(3)	NM; *
<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; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v15

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sudogest sinus & allergy</i>	\$0(3)	NM; *
<i>suphedrine 12hour maximum TB12 120mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>theraflu expressmax sever</i>	\$0(3)	NM; *
THERAFLU FLU PAK SORE THR	\$0(3)	NM; *
<i>triaminic fever & cold mu</i>	\$0(3)	NM; *
TRIAMINIC SOL COLD/CGH	\$0(3)	NM; *
TRIAMINIC SYP COLD/CGH	\$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 cf severe multi-sy</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 + chest c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin dm maximum strengt</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin mucus & chest cong LIQD 100mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin mucus + chest cong LIQD 100mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin multi-symptom cold</i>	\$0(3)	NM; *
VANACOF DMX LIQ	\$0(3)	NM; *
VANACOF LIQ	\$0(3)	NM; *
VANATAB DM TAB 5-9-198	\$0(3)	NM; *
<i>4-way fast acting SOLN 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 **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
WESTUSSIN DM SYP	\$0(3)	NM; *
LEUKOTRIENE MODULATORS		
<i>montelukast sodium</i> CHEW 4mg, 5mg; PACK 4mg; TABS 10mg	\$0(1)	
<i>zafirlukast</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	
MISCELLANEOUS		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	\$0(1)	B/D
AERCHMBR PLS MIS FLOW-VU	\$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 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, LA, PA
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, LA, PA
COMPACT SPAC MIS CHAMBER	\$0(3)	NM; *
COMPACT SPAC MIS LG MASK	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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; *
<i>eql saline nasal spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
FASENRA SOSY 10mg/0.5ml, 30mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, 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; *
INSPIRACHAMB MIS LARGE	\$0(3)	NM; *
INSPIRACHAMB MIS MEDIUM	\$0(3)	NM; *
INSPIRACHAMB MIS MOUTHPC	\$0(3)	NM; *
INSPIRACHAMB 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 packs / 28 days), NM, LA, PA
KALYDECO TABS 150mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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; *
<i>ocean for kids</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
OFEV CAPS 100mg, 150mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, 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 packs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI GRA 100-125	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI GRA 150-188	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI TAB 100-125	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI TAB 200-125	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
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; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
<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, LA, PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
PURE COMFORT MIS SPACER	\$0(3)	NM; *
<i>px saline nasal spray</i> SOLN .65%	\$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; *

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

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

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act</i>	\$0(1)	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>wixela inhub</i>	\$0(1)	QL (60 inhalations / 30 days)
TOPICAL - DRUGS TO TREAT EAR AND SKIN CONDITIONS		
DERMATOLOGY, ACNE		
<i>acutane CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	\$0(1)	PA
<i>acne medication 2.5 GEL 2.5%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>acne medication 5 GEL 5%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ACNE MEDICATION 5 LOTN 5%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>acne medication 10 GEL 10%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ACNE MEDICATION 10 LOTN 10%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>adapalene GEL .1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>amnesteem CAPS 10mg, 20mg, 40mg</i>	\$0(1)	PA
<i>benzefoam FOAM 5.3%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>benzoyl peroxide GEL 2.5%, 5%, 10%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>benzoyl peroxide topical LIQD 10%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>benzoyl peroxide wash LIQD 5%, 10%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i>	\$0(1)	QL (46.6 gm / 30 days)
<i>bpo foaming cloths MISC 6%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>claravis CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	\$0(1)	PA
<i>clindamycin phosphate (topical) GEL 1%</i>	\$0(1)	QL (75 gm / 30 days)
<i>clindamycin phosphate (topical) LOTN 1%; SOLN 1%</i>	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>ery PADS 2%</i>	\$0(1)	QL (60 pledgets / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid) GEL 2%</i>	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid) SOLN 2%</i>	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>isotretinoin CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	\$0(1)	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne) LOTN 10%</i>	\$0(1)	QL (118 mL / 30 days)
<i>tretinoin CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025%</i>	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days), PA
<i>zenatane CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	\$0(1)	PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS		
<i>bacitracin (topical)</i> OINT 500unit/gm	\$0(3)	NM; *
<i>bacitracin zinc</i> OINT 500unit/gm	\$0(3)	NM; *
<i>gentamicin sulfate (topical)</i> CREA .1%; OINT .1%	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
<i>gnp bacitracin zinc</i> OINT 500unit/gm	\$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>hm bacitracin</i> OINT 500unit/gm	\$0(3)	NM; *
<i>hm double antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm triple antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm triple antibiotic plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mupirocin</i> OINT 2%	\$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</i> CREA 1%	\$0(1)	
<i>sm antibiotic</i> OINT 500unit/gm	\$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</i> CREA 1%	\$0(1)	
SULFAMYLON CREA 85mg/gm	\$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; *
DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS		
ALEVAZOL OINT 1%	\$0(3)	NM; *
<i>antifungal</i> CREA 1%, 2%	\$0(3)	NM; *
<i>antifungal powder</i> POWD 2%	\$0(3)	NM; *
<i>athletes foot</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>athletes foot antifungal</i> AERP 1%	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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 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</i> 1-0.05%	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
<i>cvs jock itch</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
FUNGOID TINCTURE SOLN 2%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp athletes foot</i> CREA 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>klayesta</i> POWD 100000unit/gm	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>miconazole nitrate (topical)</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>micotrin ac</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>micotrin al</i> SOLN 1%	\$0(3)	NM; *
<i>micotrin ap</i> POWD 2%	\$0(3)	NM; *
<i>mycozyl ac</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>mycozyl al</i> SOLN 1%	\$0(3)	NM; *
<i>mycozyl ap</i> POWD 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; *

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clobetasol propionate</i> SOLN .05%	\$0(1)	QL (50 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate e</i> CREA .05%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
ENSTILAR AER	\$0(2)	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .01%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .025%; OINT .025%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> OIL .01%	\$0(1)	QL (118.28 mL / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> SOLN .01%	\$0(1)	QL (90 mL / 30 days)
<i>fluocinonide</i> CREA .05%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinonide</i> GEL .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinonide</i> SOLN .05%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>fluocinonide emulsified base</i> CREA .05%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluticasone propionate</i> CREA .05%; OINT .005%	\$0(1)	
<i>gnp hydrocortisone</i> CREA .5%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp hydrocortisone maximu</i> OINT 1%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp hydrocortisone plus</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp hydrocortisone/aloe</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>halobetasol propionate</i> CREA .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (50 gm / 30 days)
<i>hm hydrocortisone plus</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>hm hydrocortisone/aloe ma</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
HYDROCORTISONE CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 1%, 2.5%; LOTN 2.5%; OINT 2.5%	\$0(1)	
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA .5%, 1%; OINT 1%	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocortisone acetate (topical)</i> OINT 1%	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocortisone maximum st</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocortisone/aloe maxim</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>mometasone furoate</i> CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	\$0(1)	
<i>qc anti-itch/aloe</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm hydrocortisone</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm hydrocortisone maximum</i> OINT 1%	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sm hydrocortisone plus</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .025%, .1%, .5%	\$0(1)	QL (454 gm / 30 days)
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> LOTN .025%, .1%; OINT .025%, .1%, .5%	\$0(1)	
DERMATOLOGY, LOCAL ANESTHETICS		
<i>glydo</i> PRSY 2%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> OINT 5%	\$0(1)	QL (50 gm / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> PTCH 5%	\$0(1)	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>lidocaine hcl</i> SOLN 4%	\$0(1)	QL (50 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine-prilocaine cream</i> 2.5-2.5%	\$0(1)	B/D, QL (30 gm / 30 days)
<i>lidocan</i> PTCH 5%	\$0(1)	QL (3 patches / 1 day), PA
DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE		
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>atrix medicated formula</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
ATRIX SYSTEM 1 KIT 2%	\$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 **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BETADINE ANTISEPTIC CREA 5%	\$0(3)	NM; *
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%, .1%	\$0(3)	NM; *
<i>capsaicin heat patch</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; *
CIRCATA CREA .05%	\$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; *
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; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CUTTER SPORT AERO 15%	\$0(3)	NM; *
<i>cvs advanced healing oint</i> OINT 41%	\$0(3)	NM; *
CVS INSECT REPELLENT AERO 15%	\$0(3)	NM; *
CVS TOTAL HOME INSECT REP AERO 30%	\$0(3)	NM; *
<i>dandruff shampoo</i> LOTN 1%; SHAM 1%	\$0(3)	NM; *
DERMABASE CRE	\$0(3)	NM; *
<i>dermacinrx atrix antibact</i> LIQD 2%	\$0(3)	NM; *
<i>dermacinrx atrix clarifyi</i> LIQD 2%	\$0(3)	NM; *
DERMACINRX CIRCATRIX CREA .05%	\$0(3)	NM; *
<i>dermacinrx penetrat</i> CREA .025%	\$0(3)	NM; *
<i>dermacinrx skin repair</i> CREA 5%	\$0(3)	NM; *
DIABETIDERM CRE	\$0(3)	NM; *
DIABETIDERM CRE FOOT	\$0(3)	NM; *
<i>diclofenac sodium (topical)</i> GEL 1%	\$0(1)	QL (1000 gm / 30 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; *
EMOLLIA-CREM CRE	\$0(3)	NM; *
EQ THERAPEUT CRE MOISTURI	\$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)</i> CREA 5%	\$0(1)	QL (40 gm / 30 days)
<i>fluorouracil (topical)</i> SOLN 2%, 5%	\$0(1)	QL (10 mL / 30 days)
<i>gnp anti-itch</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp wart remover</i> LIQD 17%	\$0(3)	NM; *
GOLD BOND CRE HEALING	\$0(3)	NM; *
GOLD BOND OIN HEALING	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>goodsense 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; *
<i>lactic acid (ammonium lactate) CREA 12%; LOTN 12%</i>	\$0(1)	
<i>lactic acid (ammonium lactate) CREA 12%; LOTN 12%</i>	\$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 CREA 4%</i>	\$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 PADS 40%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>medicated corn removers PADS 40%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>metronidazole (topical) CREA .75%; GEL .75%</i>	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
<i>metronidazole (topical) LOTN .75%</i>	\$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) OINT .4%</i>	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
<i>numbcream CREA 5%</i>	\$0(3)	QL (38 gm / 30 days), NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NUTRADERM CRE	\$0(3)	NM; *
OFF ACTIVE AERO 15%	\$0(3)	NM; *
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>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)	
<i>qc anti-itch extra streng</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc povidone iodine</i> SOLN 10%	\$0(3)	NM; *
RA ADVANCED HEALING OINT 41%	\$0(3)	NM; *
RANGER READY REPELLENT LIQD 20%	\$0(3)	NM; *
RECTIV OINT .4%	\$0(2)	QL (30 gm / 30 days)
REPEL 100 LIQD 98.11%	\$0(3)	NM; *
REPEL FAMILY 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 **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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</i> SOLN 10%	\$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; *
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)
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, LA, PA
VANICREAM CRE	\$0(3)	NM; *
VELVACHOL 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 **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>wart remover maximum stre</i> LIQD 17%; STRP 40%	\$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; *
DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES		
<i>gnp lice treatment</i> LIQD 1%	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense lice killing cr</i> LIQD 1%	\$0(3)	NM; *
<i>lice killing maximum stre</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lice killing shampoo</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lice treatment creme rins</i> LIQD 1%	\$0(3)	NM; *
<i>malathion</i> LOTN .5%	\$0(1)	QL (59 mL / 30 days)
<i>permethrin</i> CREA 5%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>sm lice killing maximum s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm lice treatment</i> LIQD 1%	\$0(3)	NM; *
VANALICE GEL 0.3-3.5%	\$0(3)	NM; *
DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS		
REGRANEX GEL .01%	\$0(2)	NDS, QL (30 gm / 30 days), PA
SANTYL OINT 250unit/gm	\$0(2)	QL (180 gm / 30 days)
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> SOLN .9%	\$0(1)	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	\$0(1)	
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS		
<i>cevimeline hcl</i> CAPS 30mg	\$0(1)	
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i> SOLN .12%	\$0(1)	
<i>clotrimazole</i> TROC 10mg	\$0(1)	QL (150 lozenges / 30 days)
<i>kourzeq</i> PSTE .1%	\$0(1)	
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> SOLN 2%	\$0(1)	
<i>nystatin (mouth-throat)</i> SUSP 100000unit/ml	\$0(1)	
<i>periogard</i> SOLN .12%	\$0(1)	
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> TABS 5mg, 7.5mg	\$0(1)	
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i> PSTE .1%	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OTIC - DRUGS TO TREAT CONDITIONS OF THE EAR		
<i>ear drops</i> SOLN 6.5%	\$0(3)	NM; *
<i>earwax removal</i> SOLN 6.5%	\$0(3)	NM; *
<i>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 **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

D. Índice de medicamentos cubiertos

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
*		4	
*b-complex w/ c & folic acid tab***	125	4-way fast acting	170
*b-complex w/ c cap**	125	5	
*b-complex w/ c tab**	125	50+ adult eye health	124
*calcium carb-vit d w/ minerals chew tab		6	
600 mg-400 unit***	115	600+d3	117
*lactobacillus - packet**	84	8	
*lactobacillus acidophilus-pectin cap**	84	8 hour arthritis pain rel	2
*lactobacillus cap**	84	A	
*lactobacillus tab**	84	a-25	123
*multiple vitamin tab**	137	a-10000	123
*multiple vitamins w/ iron tab**	137	abacavir sulfate	12
*multiple vitamins w/ minerals tab**	137	abacavir sulfate-lamivudine tab 600-	
*niacinamide w/ zn-cu-methylfol-se-cr tab		300 mg	14
750-27-2-0.5 mg***	139	abatine	83
*omega-3 fatty acids cap 1000 mg**	122	ABC COMPLETE TAB WOMEN	123
*omega-3 fatty acids cap 1200 mg**	122	ABELCET	11
*omega-3 fatty acids cap 300 mg**	122	ABILIFY MAINTENA	48
*omega-3 fatty acids cap 435 mg**	122	abiraterone acetate	22
*omega-3 fatty acids cap 500 mg**	122	ABRYSVO	105
*omega-3 fatty acids cap delayed release		acamprosate calcium	60
1000 mg**	122	acarbose	62
*oral electrolyte solution***	111	ACCRUFER	97
*pediatric multiple vitamins w/ iron chew		accutane	177
tab 15 mg**	141	acebutolol hcl	41
*saline nasal gel**	174	acetaminophen	1
*sodium phosphates - enema***	91	acetaminophen extra stren	1
1		acetaminophen w/ codeine soln 120-	
12 hour decongestant	163	12 mg/5ml	6
12 hour nasal decongestan	163	acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg	6
12 hour nasal spray	163	acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg	6
12hr allergy relief	157	acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg	6
12hr allergy/congestion r	163	ACETAMIN POW	106
1ST BASE CRE	107	acetazolamide	42
2		acetic acid	94
24hr allergy & congestion	163	acetic acid (otic)	154
24hr allergy relief	157	acetylcysteine	171
3		acid gone	81
3 day vaginal	95	ACIDOPHILUS	83
		acidophilus extra strengt	83

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>acidophilus probiotic</i>	83	<i>afirmelle</i>	67
<i>acidophilus probiotic for</i>	83	<i>afrin saline nasal mist</i>	171
ACIDOPHILUS/ TAB CIT PECT	83	<i>aftera</i>	67
<i>acid reducer</i>	86, 93	AIMOVIG	58
<i>acid reducer maximum stre</i>	86	AIMSCO MIS LUBRICAT	67
<i>acid reducer original str</i>	86	<i>airborne</i>	124
<i>acitretin</i>	180	AIRBORNE+ CHW PROBIOTI	124
<i>acne medication 2.5</i>	177	AIRBORNE+ CHW REST	124
<i>acne medication 5</i>	177	AIRBORNE+NAT LIQ ENERGY	124
ACNE MEDICATION 5	177	AIRBORNE+ POW STRESS	124
<i>acne medication 10</i>	177	AIRBORNE CHW	124
ACNE MEDICATION 10	177	AIRBORNE CHW KIDS	124
ACTHIB INJ	105	<i>airborne gummies</i>	124
ACTIMMUNE	104	<i>airborne immune system</i>	124
ACTIVE FE TAB 75-1.25	97	<i>airborne kids</i>	124
<i>activite</i>	124	AIRBORNE POW	124
ACTIVNUTRIEN CHW	124	AIRSHIELD CHW IMMUNITY	124
<i>acyclovir</i>	15	AIRZONE PEAK MIS FLOW MTR	171
<i>acyclovir sodium</i>	15	AKEEGA TAB 50/500MG	22
ADACEL INJ	105	AKEEGA TAB 100/500	22
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN)	101	<i>ala-cort</i>	180
<i>adapalene</i>	177	ALAHIST CF TAB 10-2-20	159
<i>adefovir dipivoxil</i>	15	ALAHIST DM LIQ 7.5-2-15	159
ADEK CHW PLUS ZN	124	ALAHIST D TAB	159
ADEMPAS	44	ALA-HIST IR	155
ADLT ONE DLY CHW GUMMIES	124	ALAHIST PE TAB 2-7.5MG	159
ADMELOG	65	<i>alaway</i>	152
ADMELOG SOLOSTAR	65	<i>alaway childrens allergy</i>	152
ADULT 50+ CAP EYE HLTH	124	<i>albendazole</i>	8
ADULT 50+ CAP OCUVITE	124	<i>albuterol sulfate</i>	158, 159
<i>adult aspirin regimen</i>	1	<i>alclometasone dipropionate</i>	180
ADVAIR HFA AER 45/21	176	ALDURAZYME	78
ADVAIR HFA AER 115/21	176	ALECENSA	25
ADVAIR HFA AER 230/21	176	<i>alendronate sodium</i>	66
<i>advanced multi ea</i>	124	ALEVAZOL	178
<i>advantage care oral elect</i>	110	<i>alfuzosin hcl</i>	94
AERCHMBR PLS MIS FLOW-VU	171	ALGAE BASED TAB CALCIUM	124
AERCHMBR PLS MIS LRG MASK	171	<i>aliskiren fumarate</i>	43
AERCHMBR PLS MIS MED MASK	171	ALIVE DAILY TAB WOMENS	124
AERCHMBR PLS MIS SM MASK	171	ALIVE DIABET TAB MULTIVIT	124
AERCHMBR Z- MIS STAT PLS	171	ALIVE ENERGY TAB WOMENS	124
AEROCHAMBER MIS CHAMBER	171	ALIVE HAIR CHW SKN/NAIL	124
AEROCHAMBER MIS FLOSIGNA	171	ALIVE IMMUNE CAP HEALTH	124
AEROCHAMBER MIS MV	171	ALIVE LIQ MULT-VIT	124
AEROCHAMBER MIS PLUS	171	ALIVE WOMENS CHW 50+	124
AEROVENT MIS PLUS	171	ALIVE WOMENS CHW GUMMY	124

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>allbee plus vitamin c</i>	124	<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>all day allergy</i>	155	5-50 mg	42
<i>all day allergy childrens</i>	155	<i>amiodarone hcl</i>	39
<i>all-day allergy childrens</i>	155	<i>amitriptyline hcl</i>	45
<i>all day pain relief</i>	4	AMLADEX TAB	124
<i>all day relief</i>	4	<i>amlodipine besylate</i>	42
<i>all day sinus & cold-d</i>	159	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i>	
<i>aller-chlor</i>	155	2.5-10 mg	34
<i>allergy</i>	155	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i>	
<i>allergy 24-hr</i>	155	5-10 mg	34
<i>allergy childrens</i>	155	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i>	
<i>allergy & congestion reli</i>	159	5-20 mg	34
<i>allergy multi-symptom</i>	159	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i>	
<i>allergy relief</i>	156, 175	5-40 mg	34
<i>allergy relief 24hr</i>	156	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-</i>	
<i>allergy relief childrens</i>	156	20 mg	34
<i>allergy relief d</i>	159	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-</i>	
<i>allergy relief d-12</i>	159	40 mg	34
<i>allergy relief d-24</i>	159	<i>amlodipine besylate-olmesartan</i>	
<i>allergy relief/indoor/out</i>	156	<i>medoxomil tab 5-20 mg</i>	36
<i>allergy relief/nasal deco</i>	159	<i>amlodipine besylate-olmesartan</i>	
<i>all-nite cold & flu night</i>	159	<i>medoxomil tab 5-40 mg</i>	36
<i>allopurinol</i>	1	<i>amlodipine besylate-olmesartan</i>	
<i>almacone double strength</i>	81	<i>medoxomil tab 10-20 mg</i>	36
ALOE VESTA PROTECTIVE	182	<i>amlodipine besylate-olmesartan</i>	
<i>alose tron hcl</i>	91	<i>medoxomil tab 10-40 mg</i>	36
ALPHA LIPOIC ACID	120	<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i>	
<i>alpha-lipoic acid (thioctic acid)</i>	120	5-160 mg	36
<i>alprazolam</i>	44	<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i>	
ALREX	151	5-320 mg	36
<i>altamist</i>	171	<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-</i>	
<i>altavera</i>	67	160 mg	36
ALUMINUM HYDROXIDE	81	<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-</i>	
ALUNBRIG	25	320 mg	37
ALUNBRIG PAK	25	<i>amnestem</i>	177
ALVAIZ	100	<i>amoxapine</i>	45
ALVESCO	176	<i>amoxicillin</i>	18
<i>alyacen 1/35</i>	67	<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-</i>	
<i>alyacen 7/7/7</i>	67	28.5 mg	18
ALYGLO	103	<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-</i>	
<i>amantadine hcl</i>	47	57 mg	18
<i>ambrisentan</i>	44	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-</i>	
<i>americerin</i>	182	28.5 mg/5ml	18
<i>amethia</i>	67	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-</i>	
<i>amikacin sulfate</i>	8	62.5 mg/5ml	18
<i>amiloride hcl</i>	42		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	19	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	19
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	19	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	19
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i> ..	19	<i>anagrelide hcl</i>	100
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i> ..	19	<i>anastrozole</i>	22
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i> ..	19	ANORO ELLIPT AER 62.5-25	155
<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	19	<i>antacid</i>	81
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	56	<i>antacid/antigas liquid</i>	82
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	56	<i>antacid calcium regular s</i>	81
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	56	<i>antacid extra strength</i>	81
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	56	<i>antacid maximum strength</i>	81
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	56	<i>antacid regular strength</i>	81
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	56	<i>antacid ultra strength</i>	81
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	56	<i>anti-dandruff shampoo</i>	182
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	56	<i>anti-diarrheal</i>	83
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	56	<i>antifungal</i>	178
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	56	<i>antifungal powder</i>	178
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	56	<i>anti-gas/ and gnp antacid</i>	82
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	56	<i>antihistamine/nasal decon</i>	159
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	57	<i>anti-itch</i>	182
<i>amphotericin b</i>	11	<i>anti-itch maximum strengt</i>	180
<i>amphotericin b liposome</i>	11	<i>anti-oxidant</i>	124
<i>ampicillin</i>	19	<i>antioxidant</i>	124
<i>ampicillin sodium</i>	19	ANTIOXIDANT TAB FORMULA	124
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	19	<i>antioxidant vitamins</i>	125
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	19	APETIGEN TAB PLUS	125
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	19	APPE-CURB CAP	125
		<i>aprepitant</i>	85
		<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	85
		<i>apri</i>	67
		APTIOM	51
		APTIVUS	12
		AQUA-E	125
		AQUA GLYCOL CRE FACE	182
		AQUANAZ TAB	159
		AQUAPHILIC OIN	182
		AQUAPHOR	182
		AQUAPHOR ADVANCED PROTECT	182
		AQUAPHOR ADVANCED THERAPY	182
		AQUAPHOR OIN	182
		<i>aqueous vitamin d infants</i>	125
		<i>aqueous vitamin e</i>	125
		ARALAST NP	171
		<i>aranelle</i>	67

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
ARCALYST	104	<i>atorvastatin calcium</i>	39
AREXVY	105	<i>atovaquone</i>	8
<i>arginine</i>	120	<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i> ...	12
ARGININE	120	<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i> ...	12
ARGININE2000	120	ATP IGNITE PAK	125
<i>aripiprazole</i>	48, 49	<i>atrix medicated formula</i>	182
ARISTADA	49	ATRIX SYSTEM 1	182
ARISTADA INITIO	49	ATROPINE SULFATE	153
<i>armodafinil</i>	60	<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i>	153
ARNUITY ELLIPTA	176	ATROVENT HFA	155
<i>arthritis pain relief</i>	1	<i>aubra eq</i>	67
<i>arthritis pain relieving</i>	182	AUGTYRO	25
<i>artificial tears</i>	153	<i>aurovela 1/20</i>	67
ASCOR	125	<i>aurovela 24 fe</i>	67
<i>ascorbic acid</i>	125	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	67
<i>ascorbic acid tab 500 mg</i>	125	<i>aurovela fe 1/20</i>	67
<i>ascorbic acid tab 1000 mg</i>	125	AUSTEDO	58
<i>asenapine maleate</i>	49	AUSTEDO XR	58, 59
<i>ashlyna</i>	67	AUSTEDO XR TAB TITR KIT	59
<i>aspirin</i>	1	AUVELITY TAB 45-105MG	46
ASPIRIN	1	<i>aviane</i>	68
<i>aspirin adult low dose</i>	1	AVICEL PH105 POW MICROCRY	107
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	100	<i>ayr</i>	171
<i>aspirin low dose</i>	1	AYR NASAL DROPS	171
<i>aspirin low strength</i>	1	AYR NASAL MIST ALLERGY &	171
<i>aspirin regimen</i>	1	<i>ayr saline nasal</i>	171
ASSESS METER MIS FULL	171	<i>ayr saline nasal no-drip</i>	171
ASSESS METER MIS LOW	171	<i>ayuna</i>	68
ASTAGRAF XL	104	AYVAKIT	25
<i>atazanavir sulfate</i>	12	<i>azacitidine</i>	21
<i>atenolol</i>	41	<i>azathioprine</i>	104
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	40	AZ CREAM CRE	107
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i> ...	40	<i>azelastine hcl</i>	156
<i>athletes foot</i>	178	<i>azelastine hcl (ophth)</i>	152
<i>athletes foot antifungal</i>	178	<i>azithromycin</i>	17
<i>athletes foot powder spra</i>	179	<i>azo complete feminine bal</i>	83
<i>a thru z advanced</i>	123	AZO DUAL CAP PROTECT	83
<i>a thru z high potency</i>	123	AZO HORMONAL TAB HEALTH	125
<i>a thru z select</i>	123	<i>aztreonam</i>	8
<i>a thru z select 50+ advan</i>	123	<i>azurette</i>	68
<i>a thru z select 50+ mens</i>	123		
<i>a thru z select advanced</i>	123	B	
<i>a thru z select ultimate</i>	123	<i>b6 natural</i>	125
<i>a thru z ultimate mens</i>	123	<i>baby ayr saline</i>	171
<i>atomoxetine hcl</i>	57	<i>baby super daily d3</i>	125
		<i>baby vitamin d3 drops</i>	125

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>bacitracin (ophthalmic)</i>	151	BENZYL BENZO LIQ	107
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	151	BERINERT	100
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	150	<i>berocca</i>	125
<i>bacitracin (topical)</i>	178	BESIVANCE	151
<i>bacitracin zinc</i>	178	BESREMI	24
<i>baclofen</i>	60	BETA CARE CRE	182
BACMIN TAB	125	<i>beta carotene</i>	125
BAFIERTAM	59	<i>beta carotene provitamin</i>	125
<i>balsalazide disodium</i>	87	BETADINE	182
BALVERSA	25	BETADINE ANTISEPTIC	183
<i>balziva</i>	68	BETADINE SURGICAL SCRUB	183
<i>banophen</i>	156, 182	BETADINE SWABSTICKS	183
BARACLUDGE	15	<i>betaine powder for oral solution</i>	78
BARIATRIC CAP MULTIVIT	125	<i>betamethasone dipropionate augmented</i> ..	180
BASAGLAR KWIKPEN	65	<i>betamethasone dipropionate (topical)</i>	180
<i>baza antifungal</i>	179	<i>betamethasone valerate</i>	180
BCG VACCINE	105	BETASERON	59
<i>b-complex balanced</i>	125	BETA XMA CRE	182
B-COMPLEX/FA TAB /VIT C	125	<i>betaxolol hcl</i>	41
BD ALCOHOL SWABS	65	<i>betaxolol hcl (ophth)</i>	152
BD GLUCOSE	76	<i>bethanechol chloride</i>	94
<i>bec/zinc</i>	125	BETOPTIC-S	152
<i>benazepril hcl</i>	35	<i>better b complex</i>	125
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>	34	BEVESPI AER 9-4.8MCG	155
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	34	<i>bexarotene</i>	24
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	35	<i>bexarotene (topical)</i>	183
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	35	BEXSERO INJ	105
BENDEKA	20	<i>bicalutamide</i>	22
BENLYSTA	104	BICILLIN L-A	19
BENZEDREX INH	159	BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	14
<i>benzefoam</i>	177	BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	14
<i>benzoin compound tincture</i>	182	BINAXNOW COV KIT HOME TES	8
BENZOIN TIN	182	BIO-35 GLUTE CAP FREE	125
BENZOIN TIN PLAIN	182	BIOCAL CAP	125
<i>benzonatate</i>	159	BIO-D-MULSION	125
<i>benzoyl peroxide</i>	177	BIO-D-MULSION FORTE	125
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i> ..	177	BIO-K PLUS CAP STRONG	83
<i>benzoyl peroxide topical</i>	177	BIOLYTE SOL CITRUS	110
<i>benzoyl peroxide wash</i>	177	BIOMEPRO CAP	83
<i>benztropine mesylate</i>	47	BIOMEPRO LIQ	83
BENZYL ALC LIQ	107	<i>biotin</i>	126
		BIOTIN	126
		BIOTIN-D POW	107
		<i>biotin/maximum strength</i>	126
		BIOTIN POW	107
		<i>bisacodyl</i>	87

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>bisacodyl ec</i>	87	<i>budesonide</i>	87
<i>bismatrol</i>	83	<i>budesonide (inhalation)</i>	176
<i>bismuth subsalicylate</i>	83	BULL FROG SPR MOSQUITO	183
<i>bisoprolol fumarate</i>	41	<i>bumetanide</i>	42
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	40	<i>buprenorphine</i>	5
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	41	<i>buprenorphine hcl</i>	60
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	41	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i>	60
BIVIGAM	103	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i>	61
<i>blisovi 24 fe</i>	68	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i>	61
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	68	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i>	61
<i>body/hair/skin/nails</i>	126	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i>	61
BOOST BREEZE LIQ ASSORTED	120	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i>	61
BOOST LIQ BREEZE	120	<i>bupropion hcl</i>	46
BOOSTRIX INJ	105	<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i>	61
BORIC ACID GRA	107	<i>bupirone hcl</i>	44
BORIC ACID POW	107	<i>butenafine hcl</i>	179
<i>bortezomib</i>	25	<i>butorphanol tartrate</i>	6
BORTEZOMIB	25	BYDUREON BCISE	62
<i>bosentan</i>	44	BYETTA	62
BOSULIF	25	C	
<i>bpo foaming cloths</i>	177	<i>c-250</i>	126
<i>bprotected multi-vite</i>	126	<i>c 500</i>	126
<i>bprotected pedia d-vite</i>	126	<i>c-500</i>	126
<i>bprotected pedia iron</i>	97	<i>c-500/rose hips</i>	126
BPROTECT PED DRO TRI-VITE	126	<i>c 1000</i>	126
BP VIT 3 CAP	126	<i>c-1000</i>	126
BRAFTOVI	25	<i>c-1000/rose hips</i>	126
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG	176	<i>cabergoline</i>	78
BREO ELLIPTA INH 100-25	176	CABOMETYX	26
BREO ELLIPTA INH 200-25	176	CAFFEINE POW ANHYDROU	107
BREZTRI AERO AER SPHERE	155	CALC CITRATE LIQ VIT D3	114
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	155	CALC CITRATE TAB +D	114
<i>brillyn</i>	68	<i>calcitol</i>	126
BRILINTA	100	<i>calcipotriene</i>	180
<i>brimonidine tartrate</i>	152	<i>calcitonin (salmon) spray</i>	66
<i>brinzolamide</i>	152	<i>calcitrate</i>	114
BRIVIACT	51, 52	CAL-CITRATE	114
<i>bromfenac sodium (ophth)</i>	151	CAL-CITRATE TAB PLUS D	114
<i>bromocriptine mesylate</i>	47	<i>calcitrene</i>	180
BROMSITE	151		
BRONCHITOL	171		
BRUKINSA	25		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>calcitriol</i>	81	<i>calcium carbonate-vitamin d tab 250 mg-3.125 mcg (125 unit)</i>	115
<i>calcitriol (oral)</i>	81	<i>calcium carbonate-vitamin d tab 600 mg-5 mcg (200 unit)</i>	115
<i>calcium+d3</i>	116	CALCIUM CHW 500-10	115
<i>calcium 500 + d</i>	114	CALCIUM CHW 500MG	115
<i>calcium 500 +d</i>	114	<i>calcium citrate</i>	116
<i>calcium 500+d</i>	114	CALCIUM CITRATE	116
<i>calcium 500 +d3</i>	114	<i>calcium citrate + d</i>	116
<i>calcium 500+d3</i>	114	<i>calcium citrate + d3</i>	116
<i>calcium 500+d high potenc</i>	114	<i>calcium citrate+d3</i>	116
<i>calcium 500/d</i>	114	<i>calcium citrate + d3 max</i>	116
<i>calcium 500/vitamin d</i>	114	<i>calcium citrate + d3 maxi</i>	116
<i>calcium 600</i>	114	<i>calcium citrate+d3 petite</i>	116
<i>calcium 600 + d</i>	114	<i>calcium citrate/d3</i>	116
<i>calcium 600+d</i>	114	CALCIUM CIT/ TAB VIT D	116
<i>calcium 600+d3</i>	114	<i>calcium cit-vitamin d tab 315 mg-5 mcg(200 unit) (elem ca)</i>	116
<i>calcium 600+d3 plus miner</i>	114	<i>calcium cit-vit d tab 200 mg-6.25 mcg(250 unit) (elem ca)</i>	115
<i>calcium 600+d high potenc</i>	114	<i>calcium cit-vit d tab 315 mg-6.25 mcg(250 unit) (elem ca)</i>	115
<i>calcium 600+d plus minera</i>	114	<i>calcium creamies</i>	116
<i>calcium 600 high potency</i>	114	CALCIUM/D3 CAP 600-2500	116
CALCIUM 600 TAB +D	114	<i>calcium gummies</i>	116
<i>calcium 600/vitamin d</i>	115	<i>calcium high potency</i>	116
<i>calcium 600/vitamin d3</i>	115	<i>calcium high potency + vi</i>	116
<i>calcium 600 with vitamin</i>	114	CALCIUM LACTATE	116
CALCIUM 1000 TAB + D	115	<i>calcium plus vitamin d</i>	116
CALCIUM 1200 CHW	115	<i>calcium plus vitamin d3</i>	116
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i>	80	<i>calcium polycarbophil</i>	87
<i>calcium antacid</i>	82	<i>calcium/vitamin d3</i>	116
<i>calcium antacid extra str</i>	82	CALCIUM/VITD CAP 600-400	116
CALCIUM CARB CAP VIT D3	115	<i>cal-gest antacid</i>	82
<i>calcium carb-cholecalciferol tab 250 mg-3.125 mcg (125 unit)</i>	115	<i>callus remover and corn</i>	183
<i>calcium carb-cholecalciferol tab 500 mg-10 mcg (400 unit)</i>	115	CAL-MINT	114
<i>calcium carb-cholecalciferol tab 600 mg-10 mcg (400 unit)</i>	115	CALQUENCE	26
<i>calcium carb-cholecalciferol tab 600 mg-20 mcg (800 unit)</i>	115	CAL-QUICK LIQ 500-400	114
<i>calcium carbonate</i>	115	CALTRATE + D TAB 300-800	116
CALCIUM CARBONATE	82, 115	CALTRATE 600 CHW 600-800	116
<i>calcium carbonate (antacid)</i>	82	<i>camila</i>	68
<i>calcium carbonate-cholecalciferol tab 500 mg-5 mcg(200 unit)</i>	115	<i>camrese</i>	68
<i>calcium carbonate-cholecalciferol tab 600 mg-5 mcg(200 unit)</i>	115	<i>camrese lo</i>	68
<i>calcium carbonate-vitamin d cap 600 mg-5 mcg (200 unit)</i>	115	<i>candesartan cilexetil</i>	38
		<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg</i>	37

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i>		<i>carboplatin</i>	20
<i>tab 32-12.5 mg</i>	37	<i>carboxymethylcellulose sodium (ophth)</i>	153
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i>		CARESTART KIT COVID-19	8
<i>tab 32-25 mg</i>	37	<i>carglumic acid</i>	78
CAPCOF SYP 5-2-10MG	159	<i>carisoprodol</i>	60
CAPLYTA	49	<i>carteolol hcl (ophth)</i>	152
CAPMIST DM TAB	159	<i>cartia xt</i>	42
CAPRELSA	26	<i>carvedilol</i>	41
CAPRON DM LIQ	159	<i>caspofungin acetate</i>	11
CAPRON DMT TAB 30-30MG	159	<i>castor oil</i>	87
<i>capsaicin</i>	183	CASTOR OIL	107
<i>capsaicin heat patch</i>	183	<i>castor oil stimulant laxa</i>	87
CAPSULE SZ 1 CAP LACTOSE	107	CAYSTON	8
<i>captopril</i>	35	C-BUFF POW	126
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-</i>		<i>cefaclor</i>	16
<i>15 mg</i>	35	CEFACLOR ER	16
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-</i>		<i>cefadroxil</i>	16
<i>25 mg</i>	35	CEFAZOLIN	17
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-</i>		CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	17
<i>15 mg</i>	35	<i>cefazolin sodium</i>	17
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-</i>		CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	17
<i>25 mg</i>	35	<i>cefdinir</i>	17
<i>carbamazepine</i>	52	<i>cefepime hcl</i>	17
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i>		<i>cefixime</i>	17
<i>12.5-50-200 mg</i>	48	<i>cefoxitin sodium</i>	17
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i>		<i>cefpodoxime proxetil</i>	17
<i>18.75-75-200 mg</i>	48	<i>cefprozil</i>	17
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-</i>		<i>ceftazidime</i>	17
<i>100-200 mg</i>	48	<i>ceftriaxone sodium</i>	17
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i>		<i>cefuroxime axetil</i>	17
<i>31.25-125-200 mg</i>	48	<i>cefuroxime sodium</i>	17
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i>		<i>celecoxib</i>	4
<i>37.5-150-200 mg</i>	48	CELLULOSE CRY MICROCRY	107
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-</i>		<i>centavite a-z complete mu</i>	126
<i>200-200 mg</i>	48	CENT MATURE TAB ADLT 50+	126
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	47	CENTRAL-VITE TAB	126
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	48	CENTRATEx CAP	97
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	48	<i>centravites</i>	126
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	48	<i>centravites 50 plus</i>	126
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	48	CENTRAVITES TAB 50 PLUS	126
<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-</i>		CENTRAVITES TAB ADULTS	126
<i>100mg</i>	47	CENTRUM 50+ CHW FRSH/FRU	126
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-</i>		CENTRUM CHW ADULTS	126
<i>100mg</i>	47	CENTRUM CHW FLAV BST	126
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-</i>		CENTRUM CHW SILVER	126
<i>250mg</i>	47	CENTRUM KIDS CHW	126

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
CENTRUM KIDS CHW FLAV BST	126	CHILDRENS GUMMIES	127
CENTRUM SPEC TAB HEART	126	<i>childrens ibuprofen</i>	4
CENTRUM SPEC TAB VISION	126	<i>childrens loratadine</i>	156
CENTRUM TAB CARDIO	126	<i>childrens mucus relief co</i>	160
CENTRUM TAB MEN	127	<i>childrens pain relief plu</i>	160
CENTRUM TAB SILVER	127	<i>childrens silapap</i>	1
CENTRUM TAB ULTRA	127	CHLO HIST SOL	160
<i>century</i>	127	CHLOR/DEXCH LIQ PSE	160
<i>century mature</i>	127	CHLORELLA CAP	127
<i>cephalexin</i>	17	<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>	188
<i>ceralyte 70</i>	110	<i>chlorocaps</i>	127
CERASPORT SOL	110	<i>chloroquine phosphate</i>	12
CERASPORT SOL EX1	110	<i>chlorpheniramine maleate</i>	156
CERAVE CRE MOISTURI	183	<i>chlorpromazine hcl</i>	49
CERAVE HEALING	183	<i>chlorthalidone</i>	43
CERAVE SA CRE RGH/BMP	183	CHLO TUSS LIQ	160
CERDELGA	78	<i>chocolated laxative regul</i>	87
CEREZYME	78	<i>cholecalciferol</i>	127
<i>cerovite jr</i>	127	<i>cholecalciferol cap 1.25 mg (50000 unit)</i>	127
<i>cerovite senior</i>	127	<i>cholecalciferol cap 250 mcg (10000 unit)</i>	127
<i>certa-vite</i>	127	CHOLESTEROL POW	107
<i>certavite/antioxidants</i>	127	CHOLESTEROL POW ACETATE	107
CERTAVITE/ TAB ANTIOXID	127	<i>cholestyramine</i>	40
CERTAVITE TAB SENIOR	127	<i>cholestyramine light</i>	40
CETAPHIL CRE HAND	183	<i>chromagen</i>	97
<i>cetirizine hcl</i>	156	<i>ciclopirox olamine</i>	179
<i>cetirizine hcl allergy ch</i>	156	<i>cilostazol</i>	100
<i>cetirizine hcl childrens</i>	156	CILOXAN	151
<i>cetirizine hydrochloride</i>	156	CIMDUO TAB 300-300	14
<i>cetirizine-pseudoephedrine tab er 12hr</i> 5-120 mg	160	<i>cinacalcet hcl</i>	78
<i>cevimeline hcl</i>	188	CIPRO	18
CGH/CHEST SYP CONG DM	160	<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	18
<i>chateal eq</i>	68	<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	18
CHEMET	67	<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp</i> 0.3-0.1%	154
CHEMSTRIP 5 TES OB	78	<i>ciprofloxacin hcl</i>	18
CHEMSTRIP 7 TES	78	<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i>	151
CHEMSTRIP 10 TES MD	78	CIRCATA	183
<i>chest congestion relief</i>	160	<i>cisplatin</i>	20
<i>chest congestion relief d</i>	160	<i>citalopram hydrobromide</i>	46
<i>chest congestion relief p</i>	160	CITRACAL+D3 CHW 250-500	116
CHEWABLE CALCIUM	116	CITRACAL CAL CHW GUMMIES	116
<i>childrens acetaminophen</i>	1	CITRACAL TAB MAX PLUS	127
<i>childrens animal shapes c</i>	127	CITRULLINE POW (L)	107
<i>childrens chewable multiv</i>	127	<i>claravis</i>	177
<i>childrens chewable vitami</i>	127	<i>clarithromycin</i>	17

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>clearlax</i>	87	<i>coenzyme q10 (ubidecarenone)</i>	120
<i>clindamycin hcl</i>	8	<i>colace 2-in-1</i>	87
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	8	COLACE CLEAR	87
<i>clindamycin phosphate</i>	8	<i>colchicine</i>	1
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 300 mg/50ml	8	<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	1
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 600 mg/50ml	8	COLD & ALLER LIQ CHILDREN	160
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 900 mg/50ml	8	<i>cold & cough childrens</i>	160
<i>clindamycin phosphate (topical)</i>	177	<i>cold/cough childrens</i>	160
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	95	<i>cold/flu daytime relief</i>	160
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	8	<i>cold & flu nighttime reli</i>	160
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	8	<i>cold & flu relief daytime</i>	160
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	8	<i>cold & flu relief nightti</i>	160
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	113	<i>cold relief plus</i>	160
CLINIMIX INJ 4.25/D10	113	<i>cold & sinus</i>	160
CLINIMIX INJ 5%/D15W	113	COLEMAN 100 MAX INSECT RE	183
CLINIMIX INJ 5%/D20W	113	COLEMAN INSECT REPELLENT/	183
CLINIMIX INJ 6/5	113	COLEMN BOTAN LIQ INSECT	183
CLINIMIX INJ 8/10	113	COLEMN INSEC LIQ SKINSMAR	183
CLINIMIX INJ 8/14	113	COLEMN INSEC SPR SKINSMAR	183
<i>clinisol sf 15%</i>	113	<i>colesevelam hcl</i>	40
CLINITEST KIT SELF-TST	8	<i>colestipol hcl</i>	40
CLINOLIPID EMU 20%	113	<i>colistimethate sodium</i>	8
<i>clobazam</i>	52	COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	152
<i>clobetasol propionate</i>	180, 181	COMBIVENT AER 20-100	155
<i>clobetasol propionate e</i>	181	COMETRIQ (60MG DOSE)	26
<i>clomipramine hcl</i>	46	COMETRIQ KIT 100MG	26
<i>clonazepam</i>	52	COMETRIQ KIT 140MG	26
<i>clonidine</i>	43	COMPACT SPAC MIS CHAMBER	171
<i>clonidine hcl</i>	43	COMPACT SPAC MIS LG MASK	171
<i>clopidogrel bisulfate</i>	101	COMPACT SPAC MIS MD MASK	172
<i>clorazepate dipotassium</i>	52	COMPACT SPAC MIS SM MASK	172
<i>clotrimazole</i>	188	<i>companion</i>	127
<i>clotrimazole 3</i>	95	<i>compete</i>	127
<i>clotrimazole antifungal</i>	179	COMPLERA TAB	14
<i>clotrimazole athletes foo</i>	179	<i>complete allergy medicine</i>	156
<i>clotrimazole (topical)</i>	179	<i>complete multivitamin/mul</i>	127
<i>clotrimazole vaginal</i>	95	<i>compro</i>	85
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i> 1-0.05%	179	CONCEPTIONXR MIS MOTILITY	127
<i>clozapine</i>	49	CONEX SOL CLD/ALRG	160
COARTEM TAB 20-120MG	12	CONEX TAB 2-60MG	160
COCONUT OIL CRE BEAUTY	183	<i>constulose</i>	87
COENZYME Q10 POW	107	COPIKTRA	26
		CO Q-10	120
		<i>coq10 maximum strength</i>	120
		CORLANOR	43
		<i>corn and callus remover</i>	183

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
COROMEGA EMU OMEGA 3	120	<i>cvs advanced healing oint</i>	184
<i>corvita</i>	127	<i>cvs airshield</i>	128
<i>corvita 150</i>	97	<i>cvs airshield effervescent</i>	128
CORVITE 150 TAB	97	<i>cvs b6</i>	128
CORVITE FE TAB	97	<i>cvs b complex plus c</i>	128
COTELLIC	26	<i>cvs biotin</i>	128
<i>cough & cold</i>	160	<i>cvs calcium 600+d</i>	116
<i>cough & cold hbp</i>	160	<i>cvs calcium 600 + d plus</i>	116
<i>cough dm</i>	160	<i>cvs calcium 600 & vitamin</i>	116
<i>cough dm childrens</i>	160	<i>cvs calcium carbonate</i>	117
COVID-19 AT- KIT 1-PACK	9	<i>cvs calcium citrate+d3 pe</i>	117
COVID-19 RAP KIT 1-PACK	9	<i>cvs calcium & vitamin d3</i>	116
COVID-19 RAP KIT 2-PACK	9	<i>cvs castor oil</i>	87
COVID-19 TES KIT SPECIMEN	9	<i>cvs chewable childrens vi</i>	128
CREAM BASE CRE	107	<i>cvs childrens chewable co</i>	128
CREON CAP 3000UNIT	93	<i>cvs coenzyme q-10</i>	120
CREON CAP 6000UNIT	93	<i>cvs coq-10</i>	120
CREON CAP 12000UNT	93	CVS COVID-19 KIT HOME 2PK	9
CREON CAP 24000UNT	93	<i>cvs d3</i>	128
CREON CAP 36000UNT	93	<i>cvs daily gummies</i>	128
<i>cromolyn sodium</i>	172	<i>cvs daily gummies adult</i>	128
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i>	91	<i>cvs daily multiple for me</i>	128
<i>cromolyn sodium (nasal)</i>	172	<i>cvs daily multiple for wo</i>	128
<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	152	<i>cvs e</i>	128
<i>cryselle-28</i>	68	<i>cvs electrolyte solution</i>	110
CULTURELLE CAP ADV REG	83	<i>cvs e oil</i>	128
CULTURELLE CAP WOMENS	83	<i>cvs eye health & lutein</i>	128
CULTURELLE CHW MULTIVIT	127	<i>cvs fish oil</i>	120
<i>culturelle kids complete</i>	127	<i>cvs fish oil half-the-siz</i>	120
<i>culturelle kids multivita</i>	127	<i>cvs folic acid</i>	128
<i>culturelle kids probiotic</i>	128	<i>cvs glucose</i>	76
<i>culturelle prenatal welln</i>	83	CVS GLUCOSE CHW FRUIT	76
<i>culturelle total balance</i>	83	CVS GUMMY DINOS	128
<i>culturelle womens wellnes</i>	83	CVS GUMMY DINOS CHILDRENS	128
CUTTER	183	<i>cvs gummy fish childrens</i>	120
CUTTER AER NATURAL	183	CVS GUMMY MULTIVITAMIN KI	128
CUTTER ALL FAMILY	183	CVS INSECT REPELLENT	184
CUTTER ALL FAMILY MOSQUIT	183	<i>cvs iron</i>	97
CUTTER BACKWOODS	183	<i>cvs jock itch</i>	179
CUTTER BACKWOODS DRY	183	CVS KETONE TES CARE	78
CUTTER DRY	183	<i>cvs magnesium</i>	117
CUTTER LEMON LIQ EUCALYPT	183	<i>cvs magnesium oxide</i>	117
CUTTER LIQ NATURAL	183	<i>cvs mens daily gummies</i>	128
CUTTER SKINSATIONS	183	CVS NASAL MIST	172
CUTTER SPORT	184	<i>cvs natural fish oil</i>	120
<i>cvs acidophilus probiotic</i>	83	<i>cvs one daily essential</i>	128

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>cv's one daily mens health</i>	128	CYTO-Q T/F	120
<i>cv's one daily womens form</i>	128	D	
<i>cv's oyster shell calcium/</i>	117	D2.5W/NACL INJ 0.45%	111
<i>cv's pediatric electrolyte</i>	110	<i>d3</i>	129
<i>cv's pinworm treatment</i>	9	<i>d-3-5</i>	129
<i>cv's saline nasal spray</i>	172	<i>d3-50</i>	129
<i>cv's slow release iron</i>	97	<i>d3-1000</i>	129
<i>cv's spectravite advanced</i>	128	<i>d3 2000</i>	129
<i>cv's spectravite men</i>	128	<i>d3 5000</i>	129
<i>cv's spectravite men 50+</i>	128	<i>d3 adult</i>	129
<i>cv's spectravite senior</i>	128	<i>d3 adult gummy</i>	129
<i>cv's spectravite ultra hea</i>	128	D3 BABY DROPS	129
<i>cv's spectravite ultra wom</i>	128	<i>d3 high potency</i>	129
<i>cv's spectravite women</i>	128	<i>d3 kids</i>	129
<i>cv's spectravite women 50+</i>	128	D3 LIQUID	129
<i>cv's stress formula/zinc</i>	128	<i>d3 maximum strength</i>	129
<i>cv's super b complex/c</i>	129	<i>d3 super strength</i>	129
CVS TOTAL HOME INSECT REP	184	D5W/LYTES INJ #48	111
CVS VISION CAP HEALTH	129	D10W/NACL INJ 0.2%	111
<i>cv's vitamin a</i>	129	<i>d 400</i>	129
<i>cv's vitamin c</i>	129	<i>d-400</i>	130
<i>cv's vitamin c/rose hips</i>	129	<i>d 1000</i>	129
<i>cv's vitamin d3</i>	129	<i>d-1000 extra strength</i>	130
<i>cv's vitamin e</i>	129	<i>d2000 ultra strength</i>	129
<i>cv's womens active daily</i>	129	<i>d 5000</i>	129
<i>cv's womens daily gummies</i>	129	<i>d-5000</i>	130
CYANOCOBALAM CRY	107	<i>d 10000</i>	129
<i>cyanocobalamin</i>	129	<i>daily combo multi vitamin</i>	130
CYANOCOBAL POW	107	<i>daily multiple vitamins</i>	130
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	60	<i>daily multivitamin</i>	130
<i>cyclophosphamide</i>	20, 21	<i>daily value multivitamin</i>	130
CYCLOPHOSPHAMIDE	21	<i>daily vitamins</i>	130
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR	21	<i>daily vite</i>	130
<i>cycloserine</i>	15	<i>daily-vite</i>	130
<i>cyclosporine</i>	104	<i>daily-vite multivitamin</i>	130
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> 104		<i>daily vite multivitamin/i</i>	130
<i>cyproheptadine hcl</i>	156	<i>dalfampridine</i>	59
<i>cyred eq</i>	68	<i>danazol</i>	75
CYSTADROPS	153	<i>dandruff shampoo</i>	184
CYSTAGON	78	<i>dantrolene sodium</i>	60
CYSTARAN	153	<i>dapsone</i>	9
<i>cytarabine</i>	21	DAPTACEL INJ	105
<i>cyto arg</i>	120	<i>daptomycin</i>	9
CYTO-Q	120	DAPTOMYCIN	9
CYTO-Q MAX	120	<i>darunavir</i>	12

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
dasetta 1/35	68	DESCOVY TAB 120-15MG	14
dasetta 7/7/7	68	DESCOVY TAB 200/25MG	14
DAURISMO	26	desipramine hcl	46
DAY CLEAR CHW ALGY/CGH	160	desmopressin acetate	78
DAYCLEAR TAB 25-50MG	160	desmopressin acetate spray	78
daysee	68	desmopressin acetate spray refrigerated	78
daytime cold & flu relief	160	desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15- 0.02/0.01 mg(21/5)	68
DAYVIGO	57	desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg	68
DDROPS	130	desvenlafaxine succinate	46
deblitane	68	DEX4 CHW FRUIT	76
decara	130	DEX4 CHW GRAPE	76
DECARA	130	DEX4 CHW ORANGE	76
DECARA K CAP	130	DEX4 CHW RASPBERRY	76
DECONEX DMX TAB	160	DEX4 CHW SOUR APL	76
DECONEX IR TAB 10-385MG	160	DEX4 CHW WATERMLN	76
DECUBI-VITE CAP	130	DEX4 POUCH CHW PACK	76
deep sea nasal spray	172	DEX4 QUICK DISSOLVE GLUCO	77
deferasirox	67	dexamethasone	75
DEKAS CAP ESSENTIA	130	DEXAMETHASONE INTENSOL	76
DEKAS CHW BARIATRI	130	dexamethasone sodium phosphate	76
DEKAS LIQ ESSENTIA	130	dexamethasone sodium phosphate (ophth) 151	
DEKAS PLUS CAP	130	dexbrompheniramine-phenylephrine tab 2-10 mg	161
DEKAS PLUS CAP OCEAN	130	dexmethylphenidate hcl	57
DEKAS PLUS CHW	130	dextromethorphan-guaifenesin syrup 10- 100 mg/5ml	161
DEKAS PLUS LIQ	130	dextromethorphan hbr	161
DELSTRIGO TAB	14	dextromethorphan polistirex	161
DELSYM	160	dextrose	113
DELSYM CGH LIQ SR THRT	160	dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45% ..	111
DELSYM CHILD LIQ CGH/ST	161	dextrose 5% in lactated ringers	111
DELSYM CHILD MIS DAY/NGHT	161	dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%	111
delsym cough + chest cong	161	dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%	111
delsym cough + cold night	161	dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%	111
DELSYM MIS DAY/NGHT	161	dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%	111
DELSYM NIGHT SOL CGH/MAX	161	dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225% ...	111
delta d3	130	dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45% ...	111
DENGVAXIA SUS	105	diabetes health formula	130
DEPO-SUBQ PROVERA 104	68	DIABETES PAK HEALTH	130
depo-testosterone	62	DIABET HLTH PAK SUPPORT	130
DERMABASE CRE	184	DIABETIDERM CRE	184
dermacinrx atrix antibact	184	DIABETIDERM CRE FOOT	184
dermacinrx atrix clarifyi	184	DIACOMIT	52
DERMACINRX CHW DAVIMET	130		
DERMACINRX CIRCATRIX	184		
dermacinrx penetral	184		
dermacinrx skin repair	184		
DERMACINRX TAB RIBOT-E	130		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>dialyvite</i>	130	<i>divalproex sodium</i>	53
<i>dialyvite 800</i>	130	DML FORTE CRE	184
<i>dialyvite 800/ultra d</i>	131	<i>docetaxel</i>	24
DIALYVITE TAB 3000	131	DOCETAXEL	24
DIALYVITE TAB 5000	131	<i>docusate calcium</i>	87
DIALYVITE TAB SUPREM D	131	<i>docusate mini</i>	87
DIALYVITE/ TAB ZINC	131	<i>docusate sodium</i>	88
<i>dialyvite vitamin d3 max</i>	131	DOCUSOL KIDS	88
<i>dialyvite vitamin d 5000</i>	131	<i>docusol mini</i>	88
DIALYVITE WAF 800	131	<i>docusol plus mini-enema</i>	88
DIATRUST KIT COVID-19	9	<i>dodex</i>	131
<i>diazepam</i>	52	<i>dofetilide</i>	39
<i>diazepam (anticonvulsant)</i>	52	<i>dok</i>	88
<i>diazepam inj</i>	52	DOLOGESIC-DF TAB 1-500MG	161
<i>diazepam intensol</i>	52	DOLOGESIC TAB 1-500MG	161
<i>diazoxide</i>	77	<i>donepezil hydrochloride</i>	45
<i>diclofenac potassium</i>	4	DOPTelet	100
<i>diclofenac sodium</i>	4	<i>dorzolamide hcl</i>	152
<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	152	<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth</i> <i>soln 2-0.5%</i>	152
<i>diclofenac sodium (topical)</i>	184	DOTREMIN TAB	131
<i>dicloxacillin sodium</i>	19	<i>dotti</i>	75
<i>dicyclomine hcl</i>	86	DOVATO TAB 50-300MG	14
DIFICID	17	<i>doxazosin mesylate</i>	36
<i>diflunisal</i>	4	<i>doxepin hcl</i>	46
<i>digoxin</i>	43	<i>doxepin hcl (sleep)</i>	57
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	58	<i>doxorubicin hcl</i>	21
DILANTIN	53	<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	21
DILANTIN-125	53	<i>doxy 100</i>	20
DILANTIN INFATABS	53	<i>doxycycline hyclate</i>	20
<i>diltiazem hcl</i>	42	<i>doxycycline (monohydrate)</i>	20
<i>diltiazem hcl coated beads</i>	42	<i>doxylamine-phenylephrine tab 7.5-10 mg</i> ...	161
<i>diltiazem hcl extended release beads</i>	42	<i>driminate</i>	85
<i>dilt-xr</i>	42	DRIZALMA SPRINKLE	46
<i>dimaphen dm cold & cough</i>	161	<i>dronabinol</i>	85
<i>diphenhydramine hcl</i>	156	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab</i> <i>3-0.02 mg</i>	68
<i>diphenhydramine-zinc acetate cream</i> <i>2-0.1%</i>	184	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab</i> <i>3-0.03 mg</i>	68
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-</i> <i>0.025 mg/5ml</i>	91	<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate</i> <i>tab 3-0.03-0.451 mg</i>	68
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-</i> <i>0.025 mg</i>	91	DROXIA	100
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	105	<i>droxidopa</i>	43
<i>dipyridamole</i>	101	<i>dry eye formula</i>	131
<i>disopyramide phosphate</i>	39	<i>dry eye relief</i>	153
DISTILLED LIQ WATER	107	<i>dry eye relief drops</i>	153
<i>disulfiram</i>	61		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>dry skin treatment</i>	184	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	14
DULERA AER 50-5MCG	176	<i>eldertonic</i>	131
DULERA AER 100-5MCG	176	ELIGARD	22
DULERA AER 200-5MCG	176	<i>elinest</i>	68
<i>duloxetine hcl</i>	46	ELIQUIS	96
DUPIXENT	101	ELIQUIS STARTER PACK	96
DURAFLU TAB	161	ELLENCE	21
DUREX MIS REALFEEL	68	ELLUME COV19 KIT HOME TES	9
<i>dutasteride</i>	94	<i>eluryng</i>	68
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i>	94	EMERGEN-C CHW VITA C	131
<i>d-vite pediatric</i>	130	EMERGEN-C PAK BLUE	131
E		EMERGEN-C PAK HEART	131
<i>e-200</i>	131	EMERGEN-C PAK IMMUNE	131
<i>e200</i>	131	EMERGEN-C PAK KIDZ	131
<i>e-400</i>	131	EMERGEN-C PAK MSM LITE	131
<i>e400</i>	131	EMERGEN-C PAK PINK	131
<i>e-400-clear</i>	131	EMERGEN-C PAK VITA C	131
<i>e 1000</i>	131	EMERGEN-C PAK VIT D/CA	131
<i>e1000</i>	131	EMOLLIA-CREM CRE	184
EAGLE WATCH MOSQUITO ELIM	184	EMOLLIENT CRE BASE	107
<i>ear drops</i>	189	EMPTY CAPSUL CAP #0	107
<i>earwax removal</i>	189	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 0	107, 108
<i>earwax removal kit</i>	189	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 1	107
EASIVENT MIS	172	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 2	107
EASIVENT MIS MASK LG	172	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 3	107
EASIVENT MIS MASK MED	172	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 4	107
EASIVENT MIS MASK SM	172	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 5	107
<i>ec-naproxen</i>	4	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 7	107
<i>econtra ez</i>	68	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 10	107
<i>econtra one-step</i>	68	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 11	107
<i>ed a-hist</i>	161	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 13	108
<i>ed a-hist dm</i>	161	EMSAM	46
ED A-HIST DM TAB 10-4-10	161	<i>emtricitabine</i>	12
<i>ed-apap</i>	1	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	14
ED BRON GP LIQ	161	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	14
<i>ed chlorped jr</i>	156	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	14
EDURANT	12	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	14
<i>e.e.s. 400</i>	17	EMTRIVA	12
<i>efavirenz</i>	12	EMVERM	9
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	14	<i>emzahh</i>	68
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	14	<i>enalapril maleate</i>	35

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide</i>		<i>eplerenone</i>	36
<i>tab 5-12.5 mg</i>	35	EPRONTIA	53
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide</i>		<i>epsom salt</i>	88
<i>tab 10-25 mg</i>	35	<i>eq calcium 500+d</i>	117
ENBREL	101	<i>eq calcium 600+d</i>	117
ENBREL MINI	101	<i>eq calcium 600+d+minerals</i>	117
ENBREL SURECLICK	101	<i>eq calcium citrate+d</i>	117
<i>endacof-dm</i>	161	<i>eq complete chewable mult</i>	131
ENDARI	100	<i>eq complete multivitamin</i>	131
<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	6	EQ COMPLETE TAB ADULT	132
<i>endocet tab 5-325mg</i>	6	<i>eql b-6</i>	132
<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	6	<i>eql calcium 600mg/vitamin</i>	117
<i>endocet tab 10-325mg</i>	6	EQL CALCIUM CAP VIT D	117
<i>endur-acin</i>	131	<i>eql calcium citrate/ vita</i>	117
ENDUR-VM TAB	131	<i>eql calcium citrate w/vit</i>	117
ENDUR-VM TAB IRON	131	<i>eql calcium/vitamin d</i>	117
<i>enema ready-to-use</i>	88	<i>eql carbonyl iron</i>	97
<i>enemeez mini</i>	88	<i>eql castor oil</i>	88
<i>enemeez plus</i>	88	<i>eql century</i>	132
ENFAMIL SOL ENFALYTE	110	<i>eql century mature</i>	132
ENGERIX-B	105	EQL CENTURY TAB MENS	132
<i>enilloring</i>	69	<i>eql childrens multivitami</i>	132
<i>enoxaparin sodium</i>	96	<i>eql coq10</i>	121
<i>enpresse-28</i>	69	<i>eql digestive probiotic</i>	83
<i>enskyce</i>	69	<i>eql fish oil</i>	121
ENSTILAR AER	181	<i>eql iron supplement thera</i>	97
ENSURE CLEAR LIQ APPLE	120	<i>eql omega 3 fish oil</i>	121
ENSURE CLEAR LIQ BBRY/POM	120	<i>eql omega-3 fish oil</i>	121
ENSURE CLEAR LIQ MIX BERY	121	<i>eql one daily mens 50+ ad</i>	132
ENSURE CLEAR LIQ MIX FRUT	121	<i>eql one daily mens health</i>	132
ENSURE CLEAR LIQ PEACH	121	<i>eql one daily womens 50+</i>	132
<i>entacapone</i>	48	<i>eql probiotic acidophilus</i>	83
<i>entecavir</i>	15	<i>eql saline nasal spray</i>	172
ENTRESTO TAB 24-26MG	37	<i>eql slow release iron</i>	97
ENTRESTO TAB 49-51MG	37	<i>eql stress b-complex/vita</i>	132
ENTRESTO TAB 97-103MG	37	<i>eql super b complex/vitam</i>	132
<i>enulose</i>	88	<i>eql vision formula</i>	132
<i>e-oil</i>	131	<i>eql vitamin c</i>	132
<i>e-ointment</i>	184	<i>eql vitamin c/rose hips</i>	132
EPCLUSA PAK 150-37.5	15	<i>eql vitamin d3</i>	132
EPCLUSA PAK 200-50MG	15	<i>eql vitamin e</i>	132
EPCLUSA TAB 200-50MG	15	EQ MULTIVITAMIN GUMMIES C	132
EPCLUSA TAB 400-100	15	EQ ONE DAILY TAB MENS	132
EPIDIOLEX	53	EQ ONE DAILY TAB WOMENS	132
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	43, 172	<i>eq one daily womens healt</i>	132
<i>epitol</i>	53	<i>eq saline nasal spray</i>	172

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>eq slow-release iron</i>	97	<i>euthyrox</i>	80
EQ THERAPEUT CRE MOISTURI	184	<i>everolimus</i>	26, 27
<i>ergocalciferol</i>	132	<i>everolimus (immunosuppressant)</i>	104
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	58	EVOTAZ TAB 300-150	14
ERIVEDGE	26	<i>exemestane</i>	22
ERLEADA	22	EYE HEALTH CAP ADLT 50+	132
<i>erlotinib hcl</i>	26	EYE HEALTH TAB LUTEIN	132
<i>errin</i>	69	<i>eye itch relief</i>	152
<i>ertapenem sodium</i>	9	EYE MULTIVIT CAP	132
<i>ery</i>	177	EYE MULTIVIT CAP LUTEIN	132
<i>ery-tab</i>	17	EYE MULTIVIT TAB SODIUM	132
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	18	EYSUVIS	152
<i>erythrocine stearate</i>	18	<i>ezetimibe</i>	40
<i>erythromycin (acne aid)</i>	177	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	40
<i>erythromycin base</i>	18	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	40
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	18	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	40
<i>erythromycin lactobionate</i>	18	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	40
<i>erythromycin (ophth)</i>	151	EZFE 200	97
<i>escitalopram oxalate</i>	46	F	
<i>esomeprazole magnesium</i>	93	<i>fa-8</i>	132
<i>essentia</i>	132	<i>fabb</i>	132
<i>essential balance</i>	132	FABRAZYME	78
<i>estarylla</i>	69	<i>falmia</i>	69
<i>estradiol</i>	75	<i>famciclovir</i>	15
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	75	<i>famotidine</i>	86
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	75	<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i>	86
<i>estradiol vaginal</i>	75	<i>famotidine maximum streng</i>	86
<i>estradiol valerate</i>	75	<i>famotidine original stren</i>	86
ESTROVEN MEN TAB SUPPLEM	132	FANAPT	49
<i>eszopiclone</i>	57	FANAPT PAK	49
<i>ethambutol hcl</i>	15	FANTASY LUBR MIS COLORS	69
<i>ethosuximide</i>	53	FANTASY LUBR MIS SPERMICI	69
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>	69	FANTASY MIS LUBRICAT	69
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	69	FARXIGA	63
<i>etodolac</i>	4	FASENRA	172
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	69	FASENRA PEN	172
<i>etoposide</i>	24	FATTIBASE OIN	108
<i>etravirine</i>	12	FC2 FEMALE MIS CONDOM	69
EUCERIN HAND CRE ADV REPA	184	<i>felbamate</i>	53
EUCERIN PLUS CRE	184	<i>felodipine</i>	42
EULEXIN	22	<i>fenofibrate</i>	39
		<i>fenofibrate micronized</i>	39
		<i>fentanyl</i>	6
		<i>fentanyl citrate</i>	6

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
FERAHEME	97	<i>fish oil concentrate</i>	121
<i>ferate</i>	97	<i>fish oil double strength</i>	121
<i>fergon</i>	97	<i>fish oil extra strength</i>	121
FERIVAFA CAP 110-1MG	97	<i>fish oil maximum strength</i>	121
FERIVA TAB 21/7	97	<i>fish oil omega-3</i>	121
<i>ferosul</i>	97	<i>fish oil pearls</i>	121
FERRALET 90 TAB	97	<i>fish oil/super potent/no</i>	121
<i>ferrex 150</i>	97	<i>flac</i>	154
<i>ferric x-150</i>	97	<i>flanders buttocks</i>	184
<i>ferrous gluconate</i>	97	FLAREX	152
FERROUS GLUCONATE	98	FLAVOR SWEET SYP S/F	108
<i>ferrous sulfate</i>	98	FLEBOGAMMA DIF	103
FERROUS SULFATE	98	<i>flecainide acetate</i>	39
FE SULFATE POW	97	FLEET BISACODYL	88
FETZIMA	46	FLEET ENE PED	88
FETZIMA CAP TITRATIO	46	FLEXICHAMBER MIS	172
<i>feverall adults</i>	1	FLEXICHAMBER MIS MASK LRG	172
<i>feverall childrens</i>	1	FLEXICHAMBER MIS MASK SM	172
FEVERALL INFANTS	1	FLINTSTONES CHW COMPLETE	133
FEVERALL JUNIOR STRENGTH	1	<i>flintstones complete</i>	133
<i>fe-vite iron</i>	97	FLINTSTONES COMPLETE	133
<i>fexofenadine hcl</i>	156	<i>flintstones gummies plus</i>	133
<i>fexofenadine-pseudoephedrine tab er 12hr</i> 60-120 mg	161	FLINTSTONES GUMMIES PLUS	133
<i>fexofenadine-pseudoephedrine tab er</i> 24hr 180-240 mg	161	<i>flintstones/my first</i>	133
FIASP	65	<i>flintstones plus calcium</i>	133
FIASP FLEXTOUCH	65	<i>flintstones w/iron</i>	133
FIASP PENFILL	65	FLORAJEN CAP ACIDOPHI	83
FIASP PUMPCART	65	FLORAJEN CAP WOMEN	83
<i>fiber-lax</i>	88	<i>floranex</i>	84
<i>finasteride</i>	94	FLORIVA DRO PLUS	133
<i> fingolimod hcl</i>	59	FLOWFLEX KIT TEST	9
FINTEPLA	53	<i>fluconazole</i>	11
<i>finzala</i>	69	<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml</i> ..	11
FIRMAGON	22	<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i> .	11
FIRST AID ANTISEPTIC OINT	184	<i>flucytosine</i>	11
<i>fish oil adult gummies</i>	121	<i>fludrocortisone acetate</i>	76
<i>fish oil burp-less</i>	121	<i>flu hbp</i>	161
FISH OIL CAP 150MG	121	<i>flunisolide (nasal)</i>	175
FISH OIL CAP 180MG	121	<i>fluocinolone acetamide</i>	181
FISH OIL CAP 183.33MG	121	<i>fluocinolone acetamide (otic)</i>	155
FISH OIL CAP 1000MG	121	<i>fluocinonide</i>	181
FISH OIL CAP 1360MG	121	<i>fluocinonide emulsified base</i>	181
FISH OIL CAP 1400MG	121	<i>fluorometholone (ophth)</i>	152
FISH OIL CHW 875MG	121	<i>fluorouracil</i>	21
		<i>fluorouracil (topical)</i>	184
		<i>fluoxetine hcl</i>	46

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>fluphenazine decanoate</i>	49	<i>furosemide</i>	43
<i>fluphenazine hcl</i>	49	<i>furosemide inj</i>	43
<i>flurbiprofen</i>	4	FUSION PLUS CAP	98
<i>flurbiprofen sodium</i>	152	FUZEON	13
<i>flu/severe cold & cough d</i>	161	<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	75
<i>fluticasone propionate</i>	181	<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	75
<i>fluticasone propionate (nasal)</i>	176	FYCOMPA	53
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act</i>	176	G	
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act</i>	176	<i>gabapentin</i>	53
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act</i>	177	<i>galantamine hydrobromide</i>	45
<i>fluvoxamine maleate</i>	45	GALZIN	117
<i>folate</i>	133	GAMASTAN INJ	103
FOLDITAM TAB	133	GAMMAGARD LIQUID	103
<i>folic acid</i>	133	GAMMAGARD S/D IGA LESS TH	103
FOLIC ACID	133	GAMMAKED	103
FOLIC ACID POW	133	GAMMAPLEX	104
FOLIFLEX TAB	133	GAMUNEX-C	104
FOLITE TAB	133	<i>ganciclovir sodium</i>	16
FOLITIN-Z TAB	133	GARDASIL 9 INJ	105
FOLIVANE-F CAP	98	<i>gas relief</i>	91
FOLIXAPURE TAB 1-5000	133	<i>gas relief extra strength</i>	92
FOLTAMIN TAB 1-5000	133	<i>gas relief infants</i>	92
FOLTRATE TAB	133	<i>gas relief ultra strength</i>	92
FOLTREXYL TAB	133	<i>gas-x extra strength</i>	92
<i>fondaparinux sodium</i>	96	<i>gas-x ultra strength</i>	92
<i>fosamprenavir calcium</i>	13	<i>gatifloxacin (ophth)</i>	151
<i>fosinopril sodium</i>	35	GATTEX	92
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	35	GAUZE PADS 2	65
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	35	<i>gavilax</i>	88
FOTIVDA	27	<i>gavilyte-c</i>	88
FREEDAVITE TAB	133	<i>gavilyte-g</i>	88
<i>freeze dried acidophilus</i>	84	GAVRETO	27
FRESHKOTE PF SOL 2.7-2%	153	<i>gefitinib</i>	27
FRESHKOTE SOL 2.7-2%	153	<i>gemcitabine hcl</i>	21
FRUCTOSE GRA	121	<i>gemfibrozil</i>	39
<i>fruity chews</i>	133	GEMTESA	95
<i>fruity chews/iron</i>	133	GENADEK CAP STEP 1	133
FRUZAQLA	27	GENADEK CAP STEP 2	133
<i>full spectrum b/vitamin c</i>	133	GENADEK DRO	133
<i>fulvestrant</i>	22	<i>generlac</i>	88
FUNGOID TINCTURE	179	<i>gengraf</i>	104
		GENOTROPIN	78
		GENOTROPIN MINIQUICK	78
		<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	9
		<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	9

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	9	<i>gnp acid reducer</i>	86
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	9	<i>gnp acid reducer maximum</i>	86
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	9	<i>gnp adult aspirin low str</i>	2
<i>gentamicin sulfate</i>	9	<i>gnp all day allergy</i>	156
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>	151	<i>gnp all day allergy child</i>	156
<i>gentamicin sulfate (topical)</i>	178	<i>gnp all day allergy-d</i>	161
GENTEAL SEVERE TEARS	153	<i>gnp all day allergy relie</i>	156
<i>genteal tears liquid drop</i>	153	<i>gnp allergy</i>	156
<i>genteal tears night-time</i>	153	<i>gnp allergy & congestion</i>	161
GENTEAL TEAR SOL MOD PF	153	<i>gnp allergy multi-symptom</i>	161
GENTEAL TEAR SOL PF	153	<i>gnp allergy relief</i>	157
<i>gentle laxative</i>	88	<i>gnp allergy relief 24 hou</i>	157
GENVOYA TAB	14	<i>gnp allergy relief maximu</i>	157
<i>gerber grow mighty</i>	133	<i>gnp antacid and anti-gas/</i>	82
<i>gerber lil' brainies</i>	133	<i>gnp antacid & anti-gas ma</i>	82
<i>gerivite complete</i>	133	<i>gnp antacid anti-gas/maxi</i>	82
GILOTRIF	27	<i>gnp antacid & anti-gas/re</i>	82
<i>glatiramer acetate</i>	59	<i>gnp antacid extra strengt</i>	82
<i>glatopa</i>	59	<i>gnp antacid/regular stren</i>	82
GLEOSTINE	21	<i>gnp anti-diarrheal</i>	84
<i>glimepiride</i>	63	<i>gnp anti-gas ultra streng</i>	92
<i>glipizide</i>	63	<i>gnp anti-itch</i>	184
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	63	<i>gnp artificial tears</i>	153
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	63	<i>gnp aspirin</i>	2
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	63	<i>gnp aspirin low dose</i>	2
<i>glipizide xl</i>	63	<i>gnp athletes foot</i>	179
GLUCOSE	77	<i>gnp bacitracin zinc</i>	178
GLUCOSE CHW FRUIT	77	<i>gnp b-complex plus vitamí</i>	133
GLUCOSE CHW GRAPE	77	<i>gnp biotin</i>	134
GLUCOSE CHW ORANGE	77	<i>gnp calcium</i>	117
GLUCOSE CHW RASPBERRY	77	<i>gnp calcium 500 +d3</i>	117
GLUCOSE CHW WATERMLN	77	<i>gnp calcium 600 +d3</i>	117
<i>glucoten</i>	133	<i>gnp calcium 600 +d3/miner</i>	117
<i>glutamine powder</i>	121	<i>gnp calcium 600 +d/minera</i>	117
GLUTATHIONE POW	121	<i>gnp calcium citrate +d3</i>	117
GLYCERIN	108	<i>gnp calcium citrate+d3 ma</i>	117
GLYCERIN LIQ	108	<i>gnp castor oil</i>	88
<i>glycolax</i>	88	<i>gnp childrens allergy</i>	157
<i>glycopyrrolate</i>	86	<i>gnp childrens chewables/e</i>	134
<i>glydo</i>	182	<i>gnp childrens chewables/i</i>	134
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	63	<i>gnp childrens ibuprofen</i>	4
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	63	<i>gnp clearlax</i>	88
<i>gnp 8 hour arthritis reli</i>	1	<i>gnp clotrimazole 3</i>	95
<i>gnp 8 hour pain relief</i>	1	<i>gnp cold & cough children</i>	161
<i>gnp 8 hour pain reliever</i>	2	<i>gnp co q-10</i>	121
<i>gnp acetaminophen</i>	2	<i>gnp co q10</i>	121

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>gnp cough dm er</i>	161	<i>gnp motion sickness relie</i>	85
<i>gnp d 1000</i>	134	<i>gnp mucus dm maximum stre</i>	162
<i>gnp day time cold/flu</i>	161	<i>gnp mucus er</i>	162
<i>gnp esomeprazole magnesi</i>	93	<i>gnp mucus relief</i>	162
<i>gnp essential one daily</i>	134	<i>gnp mucus relief dm</i>	162
<i>gnp fiber-caps</i>	88	<i>gnp mucus relief pe</i>	162
<i>gnp fiber powder</i>	88	<i>gnp naproxen</i>	4
<i>gnp fiber therapy</i>	88	<i>gnp naproxen sodium</i>	4
<i>gnp fish oil</i>	121	<i>gnp nasal decongestant</i>	162
GNP FISH OIL CAP 840MG	121	<i>gnp nasal decongestant/ma</i>	162
<i>gnp fish oil maximum stre</i>	121	<i>gnp nasal decongestant pe</i>	162
<i>gnp fluticasone propionat</i>	176	<i>gnp nasal four spray</i>	162
<i>gnp folic acid</i>	134	<i>gnp nasal moisturizing</i>	172
<i>gnp gas relief</i>	92	<i>gnp nasal spray</i>	162
<i>gnp gas relief extra stre</i>	92	<i>gnp nasal spray extra moi</i>	162
<i>gnp gentle laxative</i>	88	<i>gnp nasal spray fast acti</i>	162
GNP GLUCOSE CHW GRAPE	77	<i>gnp nicotine gum</i>	61
GNP GLUCOSE CHW ORANGE	77	<i>gnp nicotine mini lozenge</i>	61
GNP GLUCOSE CHW RASPBERRY	77	<i>gnp nicotine polacrilex</i>	61
GNP GLUCOSE CHW WATERMLN	77	<i>gnp nicotine polacrilex m</i>	61
<i>gnp hair/skin/nails</i>	134	<i>gnp nicotine transdermal</i>	61
<i>gnp healthy eyes</i>	134	<i>gnp night time cold & flu</i>	162
<i>gnp hydrocortisone</i>	181	<i>gnp night time cough</i>	162
<i>gnp hydrocortisone/alo</i> e	181	<i>gnp no drip nasal spray</i>	162
<i>gnp hydrocortisone maximu</i>	181	<i>gnp omeprazole</i>	93
<i>gnp hydrocortisone plus</i>	181	<i>gnp one daily mens health</i>	134
<i>gnp ibuprofen</i>	4	<i>gnp one daily womens heal</i>	134
<i>gnp ibuprofen childrens</i>	4	<i>gnp one daily womens meta</i>	134
<i>gnp ibuprofen infants</i>	4	<i>gnp pain & fever children</i>	2
<i>gnp infants pain/fever</i>	2	<i>gnp pain relief</i>	2
<i>gnp iron</i>	98	<i>gnp pain relief extra str</i>	2
<i>gnp lansoprazole</i>	93	<i>gnp pink bismuth</i>	84
<i>gnp lice treatment</i>	188	<i>gnp pseudoephedrine hcl 1</i>	162
<i>gnp little ones childrens</i>	134	<i>gnp pseudoephedrine hcl e</i>	162
<i>gnp loperamide hydrochlor</i>	84	GNP QUICK DISSOLVE GLUCOS	77
<i>gnp loratadine</i>	157	<i>gnp senna lax</i>	88
<i>gnp loratadine childrens</i>	157	<i>gnp senna plus</i>	88
<i>gnp lubricating plus eye</i>	153	<i>gnp sinus + headache for</i>	162
<i>gnp mega multi for men</i>	134	<i>gnp sinus pressure/pain</i>	162
<i>gnp mega multi for women</i>	134	<i>gnp stomach relief</i>	84
<i>gnp miconazole 1 combinat</i>	95	<i>gnp stool softener</i>	88
<i>gnp miconazole 3</i>	95	<i>gnp stool softener/stimul</i>	89
<i>gnp miconazole 7</i>	95	<i>gnp tab tussin</i>	162
<i>gnp miconazorb af</i>	179	<i>gnp tab tussin dm</i>	162
<i>gnp milk of magnesia</i>	88	<i>gnp terbinafine hydrochlo</i>	179
<i>gnp mineral oil</i>	88	<i>gnp therapeutic-m</i>	134

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>gnp tolnaftate</i>	179	<i>goodsense lice killing cr</i>	188
<i>gnp triple antibiotic</i>	178	<i>goodsense lubricating plu</i>	153
<i>gnp triple antibiotic plu</i>	178	<i>goodsense mucus relief ch</i>	163
<i>gnp tussin cf cough & col</i>	162	<i>goodsense naproxen sodium</i>	5
<i>gnp tussin cough long act</i>	162	<i>goodsense nicotine</i>	61
<i>gnp tussin dm cough</i>	162	<i>goodsense nicotine gum</i>	61
<i>gnp tussin dm cough/chest</i>	162	<i>goodsense nicotine polacr</i>	61
<i>gnp tussin dm max</i>	162	<i>goodsense nighttime cold</i>	163
<i>gnp tussin mucus & chest</i>	162	<i>goodsense nighttime cough</i>	163
<i>gnp urinary pain relief</i>	94	<i>goodsense pain & fever ch</i>	2
<i>gnp vitamin a</i>	134	<i>goodsense pain & fever in</i>	2
<i>gnp vitamin b-6</i>	134	<i>goodsense pain relief</i>	2
<i>gnp vitamin c</i>	134	<i>goodsense pain relief ext</i>	2
<i>gnp vitamin c/rose hips</i>	134	<i>goodsense tussin cf</i>	163
<i>gnp vitamin c w/rose hips</i>	134	<i>goodsense tussin dm coug</i>	163
<i>gnp vitamin d</i>	134	<i>goodsense tussin dm max</i>	163
<i>gnp vitamin d3</i>	134	<i>granisetron hcl</i>	85
<i>gnp vitamin d3 extra stre</i>	134	GRAPE SYP	108
<i>gnp vitamin d maximum str</i>	134	<i>griseofulvin microsize</i>	11
<i>gnp vitamin d super stren</i>	134	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	11
<i>gnp vitamin e</i>	134	<i>guaifenesin</i>	163
<i>gnp vitamin e water dispe</i>	134	<i>guaifenesin ac</i>	163
<i>gnp wart remover</i>	184	<i>guaifenesin-codeine soln 100-10 mg/5ml</i> ..	163
<i>gnp womens gentle laxativ</i>	89	<i>guanfacine hcl</i>	43
GOLD BOND CRE HEALING	184	<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	57
GOLD BOND OIN HEALING	184	GUMMI BEAR MULTIVITAMIN/M	134
<i>goodsense all day allergy</i>	157	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	77
<i>goodsense aller-ease</i>	157	GVOKE KIT	77
<i>goodsense allergy relief</i>	157	GVOKE PFS	77
<i>goodsense anti-diarrheal</i>	84	H	
<i>goodsense arthritis pain</i>	2	HAEGARDA	100
<i>goodsense aspirin</i>	2	<i>hailey 1.5/30</i>	69
<i>goodsense aspirin adults</i>	2	<i>hailey 24 fe</i>	69
<i>goodsense clearlax</i>	89	HAIR/SKIN/ CAP NAILS	134
<i>goodsense cough dm</i>	162	<i>hair/skin/nails</i>	134
<i>goodsense cough dm childr</i>	162	HAIR SKIN & TAB NAILS AD	134
<i>goodsense day time cold &</i>	162	<i>halobetasol propionate</i>	181
<i>goodsense daytime cold &</i>	162	<i>haloette</i>	69
<i>goodsense electrolyte</i>	110	<i>haloperidol</i>	49
<i>goodsense esomeprazole ma</i>	93	<i>haloperidol decanoate</i>	49
<i>goodsense first aid antib</i>	178	<i>haloperidol lactate</i>	49
<i>goodsense hemorrhoidal oi</i>	185	HARVONI PAK 33.75-150MG	16
<i>goodsense ibuprofen</i>	4	HARVONI PAK 45-200MG	16
<i>goodsense ibuprofen child</i>	4	HARVONI TAB 45-200MG	16
<i>goodsense ibuprofen infan</i>	4	HARVONI TAB 90-400MG	16
<i>goodsense lansoprazole</i>	93		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
HAVRIX	105	<i>hm aspirin ec low dose</i>	2
H-COSMETIC CRE ARBEM	108	<i>hm bacitracin</i>	178
<i>head congestion/mucus</i>	163	<i>hm biotin</i>	135
<i>healthy eyes</i>	135	<i>hm calcium citrate+d3 pet</i>	117
HEALTHY EYES CAP SUPERVIS	135	<i>hm calcium/vitamin d/mine</i>	117
<i>healthy eyes/lutein/zeaxa</i>	135	<i>hm cetirizine hydrochlori</i>	157
<i>healthy hair skin & nails</i>	135	<i>hm chest congestion relie</i>	163
HEALTHY KIDS CHW GUMMIES	135	<i>hm clearlax</i>	89
<i>healthy kids vitamin d3</i>	135	<i>hm cold & cough childrens</i>	163
<i>healthylax</i>	89	<i>hm cold & sinus relief</i>	163
<i>heartburn relief</i>	86	HM COMPLETE TAB MEN	135
<i>heartburn relief extra st</i>	82	<i>hm complete women</i>	135
<i>heartburn relief maximum</i>	87	<i>hm cough dm</i>	163
<i>heather</i>	69	<i>hm daytime severe cold/fl</i>	163
<i>h-e-b oral electrolyte so</i>	110	<i>hm double antibiotic</i>	178
HEMATEX	98	<i>hm dry eye relief</i>	153
HEMATEX POLYSACCHARIDE IR	98	<i>hm enema mineral oil</i>	89
HEMATOGEN FA CAP	98	<i>hm enema saline laxative</i>	89
HEMOCYTE PLS CAP	98	<i>hm esomeprazole magnesium</i>	93
HEPARIN/NACL INJ 25000UNT	96	<i>hm e vitamin</i>	135
<i>heparin sodium (porcine)</i>	96	<i>hm fexofenadine hydrochlo</i>	157
HEPLISAV-B	105	<i>hm gas relief</i>	92
HEP SOD/D5W INJ 20000UNT	96	<i>hm gas relief extra stren</i>	92
HEP SOD/D5W INJ 25000UNT	96	<i>hm gas relief infants</i>	92
HEP SOD/NACL INJ 12500UNT	96	<i>hm gentle laxative</i>	89
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	96	HM HAIR/SKIN TAB /NAILS	135
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	27	<i>hm hydrocortisone/aloe ma</i>	181
HERCEPTIN	27	<i>hm hydrocortisone plus</i>	181
HERZUMA	27	<i>hm ibuprofen</i>	5
HIBERIX	105	<i>hm ibuprofen childrens</i>	5
HIGH POTENCY TAB MULTIVIT	135	<i>hm laxative</i>	89
HIGH POTENCY TAB MV/FA	135	<i>hm loratadine</i>	157
HI POT MV/ TAB BETA-CAR	135	<i>hm loratadine childrens</i>	157
HISTEX	157	<i>hm lubricating tears</i>	153
HISTEX-DM SYP	163	<i>hm magnesium citrate</i>	89
<i>hm acetaminophen children</i>	2	<i>hm milk of magnesia</i>	89
<i>hm adult aspirin</i>	2	<i>hm motion sickness</i>	85
<i>hm all day allergy childr</i>	157	<i>hm mucus relief dm</i>	163
<i>hm allergy relief</i>	157	<i>hm naproxen sodium</i>	5
<i>hm allergy relief & nasal</i>	163	<i>hm nasal decongestant 12</i>	163
<i>hm allergy relief nasal s</i>	176	<i>hm nasal decongestant pe</i>	163
<i>hm antacid</i>	82	<i>hm nicotine polacrilex</i>	61
<i>hm antacid anti-gas extra</i>	82	<i>hm nicotine transdermal s</i>	61
<i>hm antacid extra strength</i>	82	<i>hm night time cold & flu</i>	163
<i>hm arthritis pain relief</i>	2	<i>hm nighttime cold & flu r</i>	163
<i>hm aspirin</i>	2	<i>hm nose drops extra stren</i>	163

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>hm omeprazole</i>	93	HYDROCORTISONE	181
<i>hm pain & fever childrens</i>	2	<i>hydrocortisone acetate (topical)</i>	181
<i>hm pain relief</i>	2	<i>hydrocortisone/aloe maxim</i>	181
<i>hm pain reliever</i>	2	<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	87
<i>hm senna</i>	89	<i>hydrocortisone maximum st</i>	181
<i>hm stomach relief</i>	84	<i>hydrocortisone (rectal)</i>	185
<i>hm stomach relief ultra</i>	84	<i>hydrocortisone (topical)</i>	181
<i>hm stool softener</i>	89	<i>hydrolatum</i>	185
<i>hm stool softener/stimula</i>	89	<i>hydromet</i>	164
<i>hm triple antibiotic</i>	178	<i>hydromorphone hcl</i>	7
<i>hm triple antibiotic plus</i>	178	HYDROPHILIC OIN PETROLAT	108
<i>hm urinary pain relief</i>	94	<i>hydrophor</i>	185
<i>hm womens 50+ advanced on</i>	135	HYDROUS CRE EMULSIFI	108
HOLD CHAMBER MIS ADLT LG	172	<i>hydroxocobalamin acetate</i>	135
HOLD CHAMBER MIS MEDIUM	172	HYDROXOCOBAL POW	108
HOLD CHAMBER MIS SMALL	172	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	103
HONEY BEARS CHW	135	<i>hydroxyurea</i>	24
HONEY BEARS CHW IRON-ZIN	135	<i>hydroxyzine hcl</i>	157
HUMIRA	101	<i>hydroxyzine pamoate</i>	157
HUMIRA PEN	101	HYPROMELLOSE POW 4000MPA	108
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START	101	HYSINGLA ER	6
HUMIRA PEN KIT PS/UV	101	I	
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S	101	<i>ibandronate sodium</i>	66
HUMULIN R U-500 (CONCENTR	65	IBRANCE	27
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	65	<i>ibu</i>	5
<i>hydralazine hcl</i>	44	<i>ibuprofen</i>	5
HYDRALYTE SOL LEMONADE	110	<i>ibuprofen childrens</i>	5
HYDRALYTE SOL ORANGE	110	<i>ibuprofen infants</i>	5
HYDRASYN25 CRE	185	<i>ibuprofen junior strength</i>	5
<i>hydrochlorothiazide</i>	43	<i>icaps</i>	135
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-</i> <i>325 mg/15ml</i>	7	ICAPS AREDS TAB FORMULA	135
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i>	7	<i>icaps lutein & omega-3</i>	135
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-</i> <i>325 mg</i>	7	<i>icaps mv</i>	135
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-</i> <i>325 mg</i>	7	<i>icatibant acetate</i>	100
<i>hydrocodone bitart-homatropine</i> <i>methylbromide tab 5-1.5 mg</i>	163	<i>iclevia</i>	69
<i>hydrocodone bitart-homatropine</i> <i>methylbrom soln 5-1.5 mg/5ml</i>	163	ICLUSIG	27
<i>hydrocodone bitartrate</i>	6	IDACIO (2 PEN)	102
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	7	IDACIO (2 SYRINGE)	102
<i>hydrocod polst-chlorphen polst er susp</i> <i>10-8 mg/5ml</i>	163	IDACIO CROHN INJ DISEASE	102
<i>hydrocortisone</i>	76	IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS	102
		IDEAL BOWEL SUPPORT	84
		IDHIFA	27
		IHEALTH 2-PK KIT COVID-19	9
		IHEALTH 5-PK KIT COVID-19	9
		IHEALTH 40PK KIT COVID-19	9

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>imatinib mesylate</i>	27	<i>ipratropium bromide</i>	155
IMBRUVICA	27, 28	<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	155
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> 250 mg	9	<i>irbesartan</i>	38
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> 500 mg	9	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-</i> 12.5 mg	37
<i>imipramine hcl</i>	46	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-</i> 12.5 mg	37
<i>imiquimod</i>	185	<i>irinotecan hcl</i>	24
IMMUNE CHW SUPPORT	135	IRON	98
IMMUNE SUPP POW VIT C	135	<i>iron 27</i>	98
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	105	IRON CHEWS PEDIATRIC	98
INBRIJA	48	<i>iron infant & toddler</i>	98
<i>incassia</i>	69	<i>iron infant/toddler</i>	98
INCRELEX	78	<i>iron slow release</i>	98
INCRUSE ELLIPTA	155	<i>iron supplement</i>	98
<i>indapamide</i>	43	<i>iron supplement childrens</i>	98
INDICAID KIT COVID-19	9	IRON UP	98
INFANRIX INJ	105	IROSPAN 24/6 MIS	98
<i>infants ibuprofen</i>	5	<i>is-d 10,000</i>	135
INFED	98	ISENTRESS	13
INFLIXIMAB	102	ISENTRESS HD	13
INFUVITE INJ PEDIATRI	135	<i>isibloom</i>	69
INJECTAFER	98	ISOLYTE-P INJ /D5W	111
INLYTA	28	ISOLYTE-S INJ	111
INQOVI TAB 35-100MG	21	ISOLYTE-S INJ PH 7.4	111
INREBIC	28	<i>isoniazid</i>	15
INSPIRACHAMB MIS LARGE	172	<i>isosorbide dinitrate</i>	44
INSPIRACHAMB MIS MEDIUM	172	<i>isosorbide mononitrate</i>	44
INSPIRACHAMB MIS MOUTHPC	172	<i>isotretinoin</i>	177
INSPIRACHAMB MIS SMALL	172	<i>isradipine</i>	42
INSPIREASE MIS DD SYST	172	<i>itch relief extra strengt</i>	185
INSULIN PEN NEEDLES\ BD/NOVO	65	<i>itraconazole</i>	11
INSULIN SAFETY NEEDLES	65	<i>ivermectin</i>	9
INSULIN SYRINGES\ BD	65	<i>i-vite</i>	135
INTEGRA F CAP	98	IWILFIN	24
INTEGRA PLUS CAP	98	IXCHIQ INJ	105
INTELENCE	13	IXIARO INJ	105
INTELISWAB KIT COVID-19	9	J	
INTRALIPID	114	JAKAFI	28
<i>introvale</i>	69	<i>jantoven</i>	96
INVEGA HAFYERA	49	JANUMET TAB 50-500MG	63
INVEGA SUSTENNA	50	JANUMET TAB 50-1000	63
INVEGA TRINZA	50	JANUMET XR TAB 50-500MG	63
IPOL INJ INACTIVE	105	JANUMET XR TAB 50-1000	63
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3)</i> mg/3ml	155	JANUMET XR TAB 100-1000	63

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
JANUVIA	63	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	112
JARDIANCE	63	KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	112
<i>jasmiel</i>	69	<i>kelnor 1/35</i>	70
<i>javygtor</i>	78	<i>kelnor 1/50</i>	70
JAYPIRCA	28	KERADAN CRE	185
JENTADUETO TAB 2.5-500	63	KERENDIA	36
JENTADUETO TAB 2.5-850	63	KESIMPTA	60
JENTADUETO TAB 2.5-1000	63	<i>ketoconazole</i>	11
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	63	<i>ketoconazole (topical)</i>	179, 180
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	63	KETO-DIASTIX TES	79
<i>jinteli</i>	75	<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>	152
<i>jolessa</i>	69	<i>ketotifen fumarate (ophth)</i>	152
<i>juleber</i>	69	KEVZARA	102
JULUCA TAB 50-25MG	14	KEYTRUDA	28
<i>junel 1.5/30</i>	69	<i>kids first vitamin d3 gum</i>	135
<i>junel 1/20</i>	69	KIDZ MULTVIT CHW PROBIOTI	135
<i>junel fe 1.5/30</i>	69	KIMONO COLOR MIS	70
<i>junel fe 1/20</i>	69	KIMONO MAXX MIS LG FLARE	70
<i>junel fe 24</i>	69	KIMONO MICRO MIS THIN	70
JYLAMVO	103	KIMONO MICRO MIS THIN +	70
JYNNEOS	105	KIMONO MIS LUBRICAT	70
K		KIMONO MIS SENSATIO	70
KADCYLA	28	KIMONO PLUS MIS SPERMICI	70
<i>kaitlib fe</i>	69	KIMONO SENA MIS PLUS	70
KALA TAB	84	KIMONO SPEC MIS	70
KALYDECO	172	KINDERLYTE SOL	110
KANJINTI	28	KINDERLYTE SOL FRUIT	110
<i>kariva</i>	70	KINDERLYTE SOL GRAPE	110
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	111	KINDERLYTE SOL LEM/LIME	110
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	111	KINDERLYTE SOL LEMONADE	110
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	111	KINDERLYTE SOL ORANGE	111
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	112	KINDERLYTE SOL PREMAX	111
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	112	KINDERLYTE SOL STRWBRY	111
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	112	KINRIX INJ	105
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i>	112	<i>kionex</i>	67
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	112	KISQALI 200 DOSE	28
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	112	KISQALI 200 PAK FEMARA	24
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	112	KISQALI 400 DOSE	28
		KISQALI 400 PAK FEMARA	24
		KISQALI 600 DOSE	28
		KISQALI 600 PAK FEMARA	24
		<i>klayesta</i>	179
		<i>klor-con</i>	113
		<i>klor-con 8</i>	113
		<i>klor-con 10</i>	113
		<i>klor-con m10</i>	113

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>klor-con m15</i>	113	<i>lactobacillus extra stren</i>	84
<i>klor-con m20</i>	113	<i>lactobacillus probiotic</i>	84
<i>konsyl daily fiber</i>	89	LACTOSE POW	108
KONSYL DAILY FIBER	89	LACTOSE POW ANHYDROU	108
KORLYM	79	LACTOSE POW HYDROUS	108
KOSELUGO	28	LACTOSE POW MONOHYDR	108
<i>kourzeq</i>	188	<i>lactulose</i>	89
<i>kp adults 50+ daily formu</i>	135	<i>lactulose (encephalopathy)</i>	89
<i>kp adults daily formula</i>	135	<i>lamivudine</i>	13
K-PAX TAB PROF ST	135	<i>lamivudine (hbv)</i>	16
<i>kp b complex/c</i>	135	<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	14
<i>kp calcium 600+d</i>	117	<i>lamotrigine</i>	53
<i>kp calcium 600+d3</i>	117	LANAPHILIC OIN	185
<i>kp calcium citrate+d</i>	117	<i>land before time multivit</i>	136
<i>kp ferrous gluconate</i>	98	LANOLOR CRE	185
<i>kp ferrous sulfate</i>	98	<i>lanreotide acetate</i>	79
<i>kp fish oil</i>	121	<i>lansinoh lanolin</i>	185
<i>kp folic acid</i>	136	<i>lansinoh lanolin minis ni</i>	185
<i>kp mag-oxide magnesium</i>	117	<i>lansinoh lanolin nipple</i>	185
<i>kp mens 50+ daily formula</i>	136	<i>lansoprazole</i>	93
<i>kp mens daily formula</i>	136	<i>lanthanum carbonate</i>	80
KP MENS MIS DAILY PK	136	LANTUS	65
<i>kp niacin</i>	136	LANTUS SOLOSTAR	65
<i>kp omega-3 fish oil</i>	121	<i>lapatinib ditosylate</i>	28
<i>kp vision formula</i>	136	<i>l-arginine maximum streng</i>	121
<i>kp vision formula w/lutei</i>	136	L-ARGININE POW	122
<i>kp vitamin b-6</i>	136	<i>larin 1.5/30</i>	70
<i>kp vitamin d</i>	136	<i>larin 1/20</i>	70
<i>kp vitamin d3</i>	136	<i>larin 24 fe</i>	70
<i>kp vitamin e</i>	136	<i>larin fe 1.5/30</i>	70
<i>kp womens 50+ daily formu</i>	136	<i>larin fe 1/20</i>	70
<i>kp womens daily formula</i>	136	<i>latanoprost</i>	152
KP WOMENS PAK DAILY	136	<i>laxative maximum strength</i>	89
KRAZATI	28	<i>laxative regular strength</i>	89
KROG GLUCOSE CHW ORANGE	77	<i>layolis fe</i>	70
KROG GLUCOSE CHW RASPBERRY	77	L-CARNITINE POW	108
KROG GLUCOSE CHW WATERMLN	77	L-CITRULLINE POW	108
<i>kurvelo</i>	70	LEADER FINGE CRE	185
L		LEADER QUICK DISSOLVE GLU	77
<i>labetalol hcl</i>	41	<i>leena</i>	70
<i>lacosamide</i>	53	<i>leflunomide</i>	103
<i>lacosamide oral</i>	53	<i>lenalidomide</i>	23
<i>lactated ringer's solution</i>	112	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	28
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	185	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	28
<i>lactobacillus</i>	84	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	29
		LENVIMA 12MG DAILY DOSE	29

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	29	L-GLUTAMINE POW	122
LENVIMA CAP 14 MG	29	<i>l-glutamine (sickle cell)</i>	100
LENVIMA CAP 18 MG	29	L-GLUTATHION CRY	122
LENVIMA CAP 24 MG	29	LIBERVANT	54
<i>lessina</i>	70	<i>lice killing maximum stre</i>	188
<i>letrozole</i>	22	<i>lice killing shampoo</i>	188
<i>leucovorin calcium</i>	34	<i>lice treatment creme rins</i>	188
LEUKERAN	21	<i>lidocaine</i>	182, 185
<i>leuprolide acetate</i>	22	<i>lidocaine hcl</i>	182
<i>levalbuterol hcl</i>	159	<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	8
<i>levalbuterol tartrate</i>	159	<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	188
<i>levetiracetam</i>	54	<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>	182
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> <i>500 mg/100ml</i>	54	<i>lidocan</i>	182
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> <i>1000 mg/100ml</i>	54	LIFE PACK MIS MENS	136
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> <i>1500 mg/100ml</i>	54	LIFE PACK MIS WOMENS	136
<i>levobunolol hcl</i>	152	<i>linezolid</i>	9
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>	79	LINEZOLID INJ 2MG/ML	10
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	157	LINZESS	92
<i>levofloxacin</i>	18	<i>liothyronine sodium</i>	81
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	18	LIP BALM OIN BASE	108
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	18	LIPOIC ACID	122
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	18	LIPOPEN CRE ARBEM	108
<i>levonest</i>	70	LIQ-10 SYP 50-15/5	122
<i>levonor-eth est tab 0.15-</i> <i>0.02/0.025/0.03 mg & eth est 0.01 mg</i>	70	<i>liquid acetaminophen</i>	2
<i>levonorgestrel (emergency oc)</i>	71	LIQUID CALCI CAP WITH D3	117
<i>levonorgestrel-eth estra tab</i> <i>0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	71	<i>liquid calcium/d3</i>	117
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day)</i> <i>tab 0.15-0.03 mg</i>	70	<i>liquid calcium/vitamin d</i>	117
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab</i> <i>0.1 mg-20 mcg</i>	70	<i>lisinopril</i>	36
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab</i> <i>0.15 mg-30 mcg</i>	70	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-</i> <i>12.5 mg</i>	35
<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth</i> <i>est tab 0.01mg(7)</i>	70	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-</i> <i>12.5 mg</i>	35
<i>levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) &</i> <i>eth est tab 0.01mg(7)</i>	70	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-</i> <i>25 mg</i>	35
<i>levora 0.15/30-28</i>	71	L-ISOLEUCINE POW	122
<i>levo-t</i>	80	<i>lithium</i>	59
<i>levothyroxine sodium</i>	81	<i>lithium carbonate</i>	59
<i>levoxyl</i>	81	LITTLE REMED AER MIST	173
LEXIVA	13	LITTLE REMED SOL SALINE	173
		L-LYSINE HCL POW	108
		L-LYSINE POW	108
		<i>loestrin 1.5/30-21</i>	71
		<i>loestrin 1/20-21</i>	71
		<i>loestrin fe 1.5/30</i>	71
		<i>loestrin fe 1/20</i>	71
		LOHIST-D LIQ	164

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
LOHIST-DM SYP 5-2-10MG	164	<i>lurasidone hcl</i>	50
LOKELMA	67	<i>lutra</i>	71
LOLLIBASE POW	108	L-VALINE POW	122
LONSURF TAB 15-6.14	21	<i>lyleq</i>	71
LONSURF TAB 20-8.19	21	<i>lyllana</i>	75
<i>loperamide hcl</i>	84, 92	LYNPARZA	29
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml</i> <i>(80-20 mg/ml)</i>	15	LYSIPLEX PLUS	136
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	15	LYSODREN	22
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	15	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	29
<i>loratadine</i>	157	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	29
<i>loratadine childrens</i>	157	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	29
<i>loratadine-d 12hr</i>	164	<i>lyza</i>	71
<i>loratadine-d 24hr</i>	164	M	
<i>lorazepam</i>	45	<i>macular health formula</i>	136
<i>lorazepam intensol</i>	45	<i>macuvite</i>	136
LORBRENA	29	<i>macuvite eye care</i>	136
LORTUSS LQ LIQ	164	<i>macuvite/lutein</i>	136
<i>loryna</i>	71	MAG-AL LIQ	82
<i>losartan potassium</i>	38	<i>mag-al plus</i>	82
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide</i> <i>tab 50-12.5 mg</i>	37	<i>mag-al plus xs</i>	82
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide</i> <i>tab 100-12.5 mg</i>	37	<i>magdelay</i>	118
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide</i> <i>tab 100-25 mg</i>	37	MAG-G	117
LOTEMAX	152	MAGN CHLORID POW	118
<i>loteprednol etabonate</i>	152	MAGNESIUM	118
<i>lovastatin</i>	39	MAGNESIUM CITRATE	118
<i>low-ogestrel</i>	71	MAGNESIUM EXTRA STRENGTH	118
<i>loxapine succinate</i>	50	<i>magnesium gluconate</i>	118
<i>lubricant eye drops</i>	153	MAGNESIUM GLUCONATE	118
<i>lubricant eye nighttime</i>	153	<i>magnesium lactate</i>	118
<i>lubricating eye drops</i>	153	<i>magnesium oxide</i>	82
<i>lubricating plus eye drop</i>	153	<i>magnesium-oxide</i>	118
<i>lubricating tears eye dro</i>	154	MAGNESIUM OXIDE	118
<i>lubrifresh p.m.</i>	154	<i>magnesium oxide (mg supplement)</i>	118
LUCIRA CHECK KIT COVID-19	10	<i>magnesium sulfate</i>	112
LUMAKRAS	29	MAGNESIUM SULFATE	112
LUMIGAN	153	<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1</i> <i>gm/100ml</i>	112
LUMIZYME	79	MAGONATE LIQ 1000/5ML	118
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	22	<i>mag-oxide</i>	117
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	22	<i>malathion</i>	188
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	79	<i>mapap</i>	2
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	79	<i>mapap arthritis pain</i>	3
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)	79	<i>mapap childrens</i>	3
		<i>mapap cold formula multi-</i>	164
		<i>maraviroc</i>	13

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
MAR-COF BP LIQ 30-2-7.5	164	<i>meijer c</i>	136
MAR-COF CG LIQ 225-7.5	164	<i>meijer saline nasal spray</i>	173
<i>marlissa</i>	71	MEKINIST	29
MARPLAN	46	MEKTOVI	29
MATULANE	24	<i>meloxicam</i>	5
MAVYRET PAK 50-20MG	16	<i>memantine hcl</i>	45
MAVYRET TAB 100-40MG	16	<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i>	
MAXICHLOR TAB PEH DM	164	<i>titration pack</i>	45
MAXI DEET	185	MENACTRA INJ	106
MAXIFED TAB 60-360MG	164	M-END DMX LIQ	164
MAXIFED TR TAB 1.25-30	164	M-END PE LIQ	164
MAXIMIN PAK	136	MENQUADFI INJ	106
MAXIMUM D3	136	MENS 50+ CAP ADVANCED	136
<i>maximum daily green</i>	136	MENS 50+ TAB MULTIVIT	137
<i>maximum epa</i>	122	<i>mens daily formula/lycope</i>	137
<i>maxi-tuss ac</i>	164	MENS DAILY PAK PACK	137
<i>maxi-tuss g</i>	164	MENS MULTI CHW	137
<i>maxi-tuss gmx</i>	164	MENS PAK	137
MAXI-TUSS JR LIQ	164	MENVEO INJ	106
MAXI-TUSS LIQ CD	164	MENVEO SOL	106
MAXI-TUSS PE LIQ	164	<i>mercaptopurine</i>	21
MAXI-TUSS PE LIQ JR	164	<i>meribin</i>	137
MAXI-TUSS PE LIQ MAX	164	<i>meropenem</i>	10
MAXI-TUSS TR LIQ 1.25-30	164	<i>mesalamine</i>	87
MAXX MIS LUBRICAT	71	<i>mesalamine w/ cleanser</i>	87
MAXX PLUS MIS SPERMICI	71	MESNEX	34
M-CLEAR WC LIQ 100-6.33	164	<i>metformin hcl</i>	63
<i>m-dryl</i>	158	<i>methadone hcl</i>	6
<i>meclizine hcl</i>	85	<i>methadone hydrochloride i</i>	6
<i>medela tender care lanoli</i>	185	<i>methazolamide</i>	43
<i>medicated callus removers</i>	185	<i>methenamine hippurate</i>	10
<i>medicated corn removers</i>	185	<i>methimazole</i>	81
MEDI-LYTE TAB	111	<i>methocarbamol</i>	60
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	80	METHOCEL E4M POW PREMIUM	108
<i>medroxyprogesterone acetate</i>		<i>methotrexate sodium</i>	22, 103
<i>(contraceptive)</i>	71	<i>methsuximide</i>	54
<i>mefloquine hcl</i>	12	METHYLCELLUL POW	108
<i>mega-marathon 100 tr</i>	136	METHYLCELLUL POW 400CPS	108
MEGA MULTI TAB MEN	136	METHYLCELLUL POW 1500CPS	108
MEGARED KIDS CHW	122	METHYLCELLUL POW 4000CPS	108
MEGAVITE TAB FRT/VEG	136	<i>methylphenidate hcl</i>	57
MEGAVITE TAB GOLD 55+	136	<i>methylprednisolone</i>	76
<i>megestrol acetate</i>	23, 80	<i>methylprednisolone acetate</i>	76
<i>megestrol acetate (appetite)</i>	80	<i>methylprednisolone sod succ</i>	76
<i>meijer advanced formula</i>	136	<i>methyltestosterone</i>	62
<i>meijer advanced formula f</i>	136	<i>metoclopramide hcl</i>	85

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>metolazone</i>	43	<i>mineral oil</i>	89
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	41	<i>mineral oil enema</i>	89
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	41	<i>minerin creme</i>	185
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	41	MINI WRIGHT MIS PFM	173
<i>metoprolol succinate</i>	41	MINI WRIGHT MIS PFM LOW	173
<i>metoprolol tartrate</i>	41	<i>minocycline hcl</i>	20
<i>metronidazole</i>	10	<i>minoxidil</i>	44
<i>metronidazole (topical)</i>	185	<i>mintox maximum strength</i>	82
<i>metronidazole vaginal</i>	95	<i>mintox plus</i>	82
<i>metyrosine</i>	44	<i>mirtazapine</i>	46
<i>mgo</i>	118	<i>misoprostol</i>	92
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	112	MITIGARE	1
<i>mibelas 24 fe</i>	71	M-M-R II INJ	106
<i>micafungin sodium</i>	11	M-NATAL PLUS TAB	113
MICLARA DM LIQ	164	<i>modafinil</i>	60
MICLARA LQ	158	<i>moexipril hcl</i>	36
<i>miconazole 3 combination</i>	95	MOISTURIZING CRE	185
<i>miconazole 3 combo pack</i>	95	<i>moisturizing cream</i>	185
<i>miconazole 7</i>	95	<i>molindone hcl</i>	50
<i>miconazole nitrate (topical)</i>	179	<i>mometasone furoate</i>	181
<i>miconazole nitrate vaginal</i>	95	MONJUVI	30
<i>micotrin ac</i>	179	MONOFERRIC	98
<i>micotrin al</i>	179	<i>mono-lynyah</i>	71
<i>micotrin ap</i>	179	<i>montelukast sodium</i>	171
MICROCHAMBER MIS	173	MOOD FOOD ES CAP	137
MICRODERM CRE BASE	108	MORE-DOPHILUS ACIDOPHILUS	84
<i>microgestin 1.5/30</i>	71	<i>morphine sulfate</i>	6, 7
<i>microgestin 1/20</i>	71	MORPHINE SULFATE	7
<i>microgestin 24 fe</i>	71	MORPHINE SULFATE/SODIUM C	7
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	71	<i>motion sickness relief</i>	85
<i>microgestin fe 1/20</i>	71	<i>motion sickness relief/le</i>	85
MICROLIFE MIS PEAK FLO	173	<i>motion-time</i>	85
MICROSOME CRE BASE	108	MOUNJARO	64
MICROSPACER MIS	173	MOVANTIK	92
<i>midodrine hcl</i>	44	<i>moxifloxacin hcl</i>	18
MIEBO	154	<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i>	18
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i>	79	<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	151
<i>miglustat</i>	79	<i>m-pap</i>	2
<i>mili</i>	71	MUCINEX CGH GRA 5-100MG	164
<i>milk of magnesia</i>	89	<i>mucinex childrens freefor</i>	164
MILK OF MAGNESIA CONCENTR	89	<i>mucinex childrens stuffy</i>	164
<i>milltrium senior</i>	137	MUCINEX CHIL LIQ	164
<i>mimvey</i>	75	MUCINEX CHLD MIS DAY/NITE	164
		MUCINEX CNG/ TAB CG/CD/FL	164
		MUCINEX COLD CAP FLU/THRT	164

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>mucinex cough & chest con</i>	164	<i>mucus relief pe sinus con</i>	166
<i>mucinex cough childrens</i>	164	MULTAQ	39
MUCINEX D/N CAP CLD/FLU	165	<i>multi + omega-3 adult gum</i>	137
MUCINEX D/N PAK FAST/MAX	165	<i>multi adult gummies</i>	137
MUCINEX FAST CAP COLD/FLU	165	<i>multi complete/iron</i>	137
<i>mucinex fast-max chest co</i>	165	<i>multi for her</i>	137
<i>mucinex fast-max cold/flu</i>	165	<i>multi for her 50+</i>	137
<i>mucinex fast-max cold & s</i>	165	<i>multi for him</i>	137
<i>mucinex fast-max congesti</i>	165	<i>multi for him 50+</i>	137
<i>mucinex fast-max dm max</i>	165	MULTI FOR POW HIM	137
<i>mucinex fast-max dm max m</i>	165	MULTI/IRON/ DRO INF/TODD	137
<i>mucinex fast-max night ti</i>	165	<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	112
MUCINEX FAST TAB 5-10-200	165	<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	112
MUCINEX FAST TAB DAY/NITE	165	<i>multiple vitamin/minerals</i>	137
MUCINEX FOR KIDS	165	<i>multiple vitamins essenti</i>	137
<i>mucinex freefrom cold, fl</i>	165	<i>multiple vitamins/womens</i>	137
<i>mucinex freefrom severe c</i>	165	MULTISTIX 10 TES SG	79
MUCINEX FREE LIQ CLD/FLU	165	<i>multi symptom flu & sever</i>	166
MUCINEX FREE LIQ CLG/FLU	165	MULTITAM TAB	137
MUCINEX FREE LIQ DAY/NIGH	165	MULTIV INFAN DRO /TODDLER	137
MUCINEX NIGH SOL CLEAR	165	<i>multi-vitamin</i>	137
MUCINEX NIGH SOL COLD/FLU	165	<i>multivitamin</i>	138
MUCINEX NIGH SOL SV CD/FL	165	<i>multivitamin adult one da</i>	138
MUCINEX NIGH TAB COLD/FLU	165	<i>multivitamin adults</i>	138
MUCINEX NIGH TAB SIN MAX	165	<i>multivitamin adults 50+</i>	138
MUCINEX NIGH TAB SV CD/FL	165	<i>multivitamin childrens</i>	138
MUCINEX SIN CAP DAY/NGHT	165	MULTIVITAMIN CHW CHILD	138
MUCINEX SINS CAP PR/PN/CG	165	MULTIVITAMIN CHW GUMMIES	138
<i>mucinex sinus-max</i>	165	MULTIVITAMIN CHW IRON	138
<i>mucinex sinus-max clear &</i>	165	MULTIVITAMIN DRO INFANT	138
<i>mucinex sinus-max night t</i>	165	<i>multi-vitamin gummies</i>	137
<i>mucinex sinus-max severe</i>	165	<i>multivitamin gummies adul</i>	138
<i>mucinex sinus-max sinus/a</i>	165	MULTIVITAMIN GUMMIES CHIL	138
MUCINEX SINU TAB DAY/NITE	165	<i>multivitamin gummies mens</i>	138
MUCINEX SOL NIGHT	165	<i>multivitamin gummies wome</i>	138
<i>mucus & chest congestion</i>	166	MULTIVITAMIN LIQ	138
<i>mucus-dm maximum strength</i>	166	<i>multivitamin men 50+</i>	138
<i>mucus relief</i>	166	<i>multivitamin men 50+ one</i>	138
<i>mucus relief childrens</i>	166	<i>multivitamin & mineral</i>	138
<i>mucus relief cough childr</i>	166	<i>multi-vitamin/minerals</i>	137
<i>mucus relief d</i>	166	<i>multi-vitamins/iron</i>	137
<i>mucus relief dm</i>	166	MULTIVITAMIN TAB	138
<i>mucus relief dm cough</i>	166	MULTIVITAMIN TAB ADULT	138
<i>mucus relief dm maximum s</i>	166	MULTIVITAMIN TAB ADULTS	138
<i>mucus relief er</i>	166	MULTIVITAMIN TAB ZINC STR	138
<i>mucus relief maximum stre</i>	166	<i>multivitamin women</i>	138

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>multivitamin women 50+</i>	138	NANOVM POW 4-8YEARS	139
<i>multivitamin womens 50+ a</i>	138	NANOVM POW 9-18 YRS	139
MULTI VITAMI TAB	137	NANOVM T/F POW	139
MULTI VITAMI TAB D-3	137	<i>naproxen</i>	5
MULTI-VITAMI TAB MONOCAPS	137	<i>naproxen sodium</i>	5
MULTI VITAMN TAB MINERALS	137	<i>naratriptan hcl</i>	58
MULTI-VITE LIQ	137	NASADROPS SALINE ON THE G	173
<i>mupirocin</i>	178	<i>nasal decongestant</i>	166
MURO 128	154	<i>nasal decongestant pe</i>	166
MVW COMPLETE CAP D3000	138	<i>nasal decongestant pe max</i>	166
MVW COMPLETE CAP D5000	138	<i>nasal decongestant spray</i>	166
MVW COMPLETE CAP FORMULAT	138	<i>nasal four</i>	166
MVW COMPLETE CAP MINIS	138	<i>nasal moist</i>	173
MVW COMPLETE CHW GRAPE	138	<i>nasal moisturizing spray</i>	173
MVW COMPLETE DRO PEDIATRI	138	<i>nasal relief</i>	166
MVW COMPLETE FORMULATION	138	<i>nasal spray 12 hour</i>	166
MVW HI-D DR LIQ EX VIT D	138	<i>nasal spray extra moistur</i>	166
MX-SOL BLEND SUS	108	<i>nasal spray no drip</i>	166
MX-SOL BLEND SUS SF	108	NASCOBAL	139
MX-SOL SF SYP	108	<i>nasogel</i>	173
MX-SOL SUS SUSPEND	108	NASOPEN PE LIQ	166
MX-SOL SYP	109	NATACYN	151
<i>myamulti</i>	138	<i>nateglinide</i>	64
<i>my choice</i>	71	NATPARA	66
<i>mycophenolate mofetil</i>	104	NATRAPEL	185
<i>mycophenolate sodium</i>	105	NATRAPEL 12-HOUR TICK & I	185
<i>mycozyl ac</i>	179	<i>natural c/rose hips</i>	139
<i>mycozyl al</i>	179	<i>natural vitamin d-3</i>	139
<i>mycozyl ap</i>	179	<i>natural vitamin e</i>	139
MYRBETRIQ	95	NATURAL VITAMIN E	139
<i>my way</i>	71	NAYZILAM	54
N		<i>nebivolol hcl</i>	41
<i>nabumetone</i>	5	<i>necon 0.5/35-28</i>	71
<i>nadolol</i>	41	<i>nefazodone hcl</i>	46
<i>nafcillin sodium</i>	19	<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-</i> <i>400unt-10000unt op oin</i>	151
NAGLAZYME	79	<i>neomycin-polymy-gramicid op sol</i> <i>1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	151
<i>nalbuphine hcl</i>	7	<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i> <i>ophth oint 0.1%</i>	150
<i>naloxone hcl</i>	61	<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i> <i>ophth susp 0.1%</i>	150
<i>naltrexone hcl</i>	61	<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	150
NAMZARIC CAP 7-10MG	45	<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	155
NAMZARIC CAP 14-10MG	45	<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp</i> <i>3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	155
NAMZARIC CAP 21-10MG	45		
NAMZARIC CAP 28-10MG	45		
NAMZARIC CAP PACK	45		
NANOVM POW 1-3 YRS	138		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>neomycin sulfate</i>	10	NITRO-BID	44
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	151	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	10
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	150	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	10
NEOQ10	122	<i>nitroglycerin</i>	44
NEO-SYNEPHRINE COLD+ALLER	166	<i>nitroglycerin (intra-anal)</i>	185
NEPHPLEX RX TAB	139	NIVANEX DMX TAB	166
NEPHRONEX LIQ 0.9/5ML	139	<i>nizatidine</i>	87
NEPHRON FA TAB	98	<i>no drip nasal spray</i>	166
NERLYNX	30	<i>nohist-dm</i>	166
NEUPRO	48	<i>nohist-lq</i>	167
NEUTROGENA CRE HAND	185	<i>nora-be</i>	71
<i>nevirapine</i>	13	NOREL AD TAB 4-10-325	167
<i>new day</i>	71	<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr</i>	72
NEWFLORA CAP PROBIOTI	84	<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab 1 mg-20 mcg (24)</i>	72
NEXAVAR	30	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	72
NEXLETOL	40	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	72
NEXLIZET TAB 180/10MG	40	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	72
<i>niacin</i>	139	<i>norethindrone acetate</i>	80
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	40	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	75
NIACIN TR	139	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	75
<i>niavasc</i>	139	<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	72
<i>niavasc 750</i>	139	<i>norethindrone (contraceptive)</i>	72
<i>nicardipine hcl</i>	42	<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg</i>	72
NICE DISTILL LIQ WATER	109	<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.8 mg-25 mcg</i>	72
<i>nicotine</i>	61	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215- 25/0.25-25 mg-mcg</i>	72
<i>nicotine mini lozenge</i>	61	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215- 35/0.25-35 mg-mcg</i>	72
<i>nicotine polacrilex</i>	62	<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	72
<i>nicotine polacrilex mini</i>	62	<i>norlyroc</i>	72
NICOTINE SYS KIT TRANSDER	62	NORPACE CR	39
<i>nicotine transdermal syst</i>	62	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	72
NICOTROL INHALER	62	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	72
NICOTROL NS	62	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	72
<i>nifedipine</i>	42	<i>nortrel 7/7/7</i>	72
NIFEREX TAB	98		
<i>nighttime cold/flu relief</i>	166		
<i>nighttime cough</i>	166		
<i>nikki</i>	71		
<i>nilutamide</i>	23		
<i>nimodipine</i>	42		
NINJACOF-A LIQ	166		
NINJACOF LIQ	166		
NINJACOF-XG LIQ 200-8/5	166		
NINLARO	30		
<i>nitazoxanide</i>	10		
<i>nitisinone</i>	79		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>nortriptyline hcl</i>	46	<i>ocuvite extra</i>	139
NORVIR	13	<i>ocuvite eye + multi</i>	139
<i>norwegian salmon oil</i>	122	<i>ocuvite eye health gummie</i>	139
NOVAFERRUM 125	98	OCUVITE LUTE CAP	139
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROP	99	<i>ocuvite/lutein</i>	139
NOVAMV PED DRO 10MG/ML	139	ODEFSEY TAB	15
NOVOLIN INJ 70/30	65	ODOMZO	30
NOVOLIN INJ 70/30 FP	65	OFEV	173
NOVOLIN N	65	OFF ACTIVE	186
NOVOLIN N FLEXPEN	65	OFF DEEP WOODS	186
NOVOLIN R	65	OFF DEEP WOODS DRY	186
NOVOLIN R FLEXPEN	65	OFF DEEP WOODS SPORTSMEN	186
NOVOLOG MIX INJ 70/30	65	OFF DEEP WOODS TOWELETTES	186
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	65	OFF FAMILYCARE CLEAN FEEL	186
NUBEQA	23	OFF FAMILYCARE SMOOTH & D	186
NUDEXTA CAP 20-10MG	59	OFF FAMILYCARE TROPICAL F	186
NUFERA TAB	99	OFF FAMILYCARE UNSCENTED	186
<i>nu-iron 150</i>	99	OFF SMOOTH & DRY	186
NULOJIX	105	<i>ofloxacin (ophth)</i>	151
NU-MAG TAB 71.5-119	118	<i>ofloxacin (otic)</i>	155
<i>numbcream</i>	185	OGIVRI	30
NUPLAZID	50	OGSIVEO	30
NURTEC	58	OINTMENT OIN BASE	186
NUTRADERM CRE	186	OJEMDA	30
NUTRILIPID	114	OJJAARA	30
NUZYRA	20	<i>olanzapine</i>	50
<i>nyamyc</i>	179	<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	37
<i>nylia 1/35</i>	72	<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	37
<i>nylia 7/7/7</i>	72	<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	37
NYMALIZE	42	<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>	37
<i>nymyo</i>	72	<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	38
<i>nystatin</i>	11	<i>olmesartan medoxomil</i>	38
<i>nystatin (mouth-throat)</i>	188	<i>olmesartan medoxomil-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	37
<i>nystatin (topical)</i>	179	<i>olmesartan medoxomil-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	37
<i>nystop</i>	179	<i>olmesartan medoxomil-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	37
O		<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	40
<i>ocean for kids</i>	173	OMEGA-3 CAP 350MG	122
<i>ocella</i>	72	OMEGA-3 CAP 1400MG	122
OCTAGAM	104		
<i>octreotide acetate</i>	79		
OCULAR TAB VITAMINS	139		
<i>ocutabs</i>	139		
<i>ocutabs/lutein</i>	139		
<i>ocutabs vision formula</i>	139		
OCUVITE CAP ADULT	139		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
OMEGA-3 CAP FISH OIL	122	<i>one daily healthy weight</i>	140
<i>omega-3 fatty acids</i>	122	<i>one-daily/iron</i>	140
<i>omega-3 microgel improved</i>	122	<i>one daily/iron/calcium</i>	140
OMEGA BABY EMU PRENATAL	122	<i>one daily maximum</i>	140
<i>omega iii epa+dha</i>	122	<i>one daily mens 50+ multiv</i>	140
OMEGA MONOPU CAP 1300MG	122	<i>one daily mens health/lyc</i>	140
<i>omegapure 600 ec</i>	122	<i>one daily mens multivitam</i>	140
OMEGAPURE CAP 780 EC	122	<i>one daily/minerals</i>	140
OMEGAPURE CAP 900 EC	122	<i>one-daily multi-vitamin</i>	140
<i>omeprazole</i>	93	<i>one daily multivitamin ad</i>	140
<i>omeprazole magnesium</i>	94	<i>one-daily multi-vitamin/i</i>	140
OMERA CAP 750MG	122	<i>one daily multivitamin/ir</i>	140
OMNICAP TAB	139	<i>one-daily multi-vitamin/m</i>	140
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO	65	<i>one-daily multi vitamins</i>	140
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS	65	ONE DAILY TAB ESSENTL	140
OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO	66	ONE DAILY TAB MENS 50+	140
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS	66	ONE DAILY TAB WMNS 50+	140
OMNIPOD DASH KIT INTRO	66	<i>one daily womens 50+</i>	140
OMNIPOD DASH MIS PODS	66	<i>one daily womens 50 plus</i>	140
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY	66	<i>onelax senna</i>	89
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY	66	ON/GO COVID KIT ANTIGEN	10
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	66	ON/GO ONE KIT COVID-19	10
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY	66	ONTRUZANT	30
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY	66	ONUREG	22
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY	66	<i>opcicon one-step</i>	72
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY	66	OPSUMIT	44
OMNIPOD MIS CLASSIC	66	OPTICHAMBER MIS DIA LG	173
ONCOVITE TAB	139	OPTICHAMBER MIS DIA MD	173
<i>ondansetron</i>	85	OPTICHAMBER MIS DIAMOND	173
<i>ondansetron hcl</i>	85, 86	OPTICHAMBER MIS DIA SM	173
ONE-A-DAY CHW IMMUNITY	140	<i>optic-vites</i>	140
ONE-A-DAY CHW VITACRAV	140	OPTIFAST POS CHW BARIATRI	140
ONE-A-DAY TAB 50+ ADV	140	<i>optimal d3</i>	140
ONE-A-DAY TAB 50+ WMN	140	OPTIMAL D3 M	141
ONE-A-DAY TAB 65+	140	OPTIMAL D3 M CAP	141
ONE-A-DAY TAB ENERGY	140	<i>optimal d3 pack</i>	141
ONE-A-DAY TAB MENOPAUS	140	<i>optimum pms</i>	141
ONE-A-DAY TAB MENS	140	<i>option 2</i>	72
ONE-A-DAY TAB TEEN/HIM	140	OPTISOURCE CHW BARIATRC	141
<i>one-a-day teen advantage</i>	140	OPURITY CHW BYPASS	141
ONE-DAILY CAP MULTI	140	ORA-BLEND SF SUS	109
<i>one daily complete</i>	139	ORA-BLEND SUS	109
<i>one daily for men 50+ adv</i>	139	ORAL MIX SF SUS	109
<i>one daily for men/lycopen</i>	139	ORAL MIX SUS SUSPENDI	109
<i>one daily for women</i>	139	ORAL SUSPEND LIQ	109
<i>one daily for women 50+a</i>	140	ORAL SYP FLAVORED	109

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
ORAL SYP SF	109	<i>oyster shell calcium/vita</i>	118
<i>oralyte</i>	111	OYST SHELL/D TAB 500MG	118
ORAPENN SD LIQ SWEET	109	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	64
ORAPENN SD LIQ UNSWEET	109	OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE)	64
ORA-PLUS LIQ	109	OZEMPIC (1MG/DOSE)	64
ORA-SWEET SF SYP	109	OZEMPIC (2MG/DOSE)	64
ORA-SWEET SYP	109	P	
<i>orazinc</i>	118	<i>pacerone</i>	39
ORGOVYX	23	<i>paclitaxel</i>	24
ORKAMBI GRA 75-94MG	173	<i>paclitaxel protein-bound particles for iv</i>	
ORKAMBI GRA 100-125	173	<i>susp 100 mg</i>	24
ORKAMBI GRA 150-188	173	<i>pain & fever childrens</i>	3
ORKAMBI TAB 100-125	173	<i>pain & fever infants</i>	3
ORKAMBI TAB 200-125	173	<i>pain relief extra strengt</i>	3
ORSERDU	23	<i>paliperidone</i>	50
<i>os-cal</i>	118	<i>pamidronate disodium</i>	66
<i>os-cal calcium + d3</i>	118	PAMIDRONATE DISODIUM	66
<i>os-cal extra d3</i>	118	PANDA MASK MIS LARGE	173
<i>oseltamivir phosphate</i>	16	PANDA MASK MIS MEDIUM	173
OSTEO-VIT3	141	PANDA MASK MIS PEDIATRI	173
OTEZLA	102	PANDA MASK MIS SMALL	173
OTEZLA TAB 10/20/30	102	PANRETIN	186
<i>ovega-3</i>	122	<i>pantoprazole sodium</i>	94
OVIDREL	79	PANZYGA	104
<i>oxacillin sodium</i>	19	<i>paraplatin</i>	21
<i>oxaliplatin</i>	21	<i>paricalcitol</i>	81
<i>oxcarbazepine</i>	54	<i>paroxetine hcl</i>	46, 47
<i>oxybutynin chloride</i>	95	PARVLEX TAB	141
<i>oxycodone hcl</i>	7	PAXLOVID TAB 150-100	16
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-</i>		PAXLOVID TAB 300-100	16
<i>325 mg</i>	7	<i>pazopanib hcl</i>	30
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab</i>		PCCA BASE CRE 7542	109
<i>5-325 mg</i>	7	PCCA EMOLLIE CRE BASE	109
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-</i>		<i>pc pediatric iron drops</i>	99
<i>325 mg</i>	7	<i>pc pediatric tri-vitamin</i>	141
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-</i>		PEAK AIR FLO MIS ADLT/PED	173
<i>325 mg</i>	8	PEAK FLOW MIS METER	174
OXYCONTIN	6	PEAK FLW MTR MIS ADULT	174
OXYTROL FOR WOMEN	95	PEAK FLW MTR MIS CHILD	174
<i>oysco 500+d</i>	118	PEDIACLEAR PD CHILDRENS	158
<i>oyster shell</i>	118	PEDIA-LAX	89
<i>oyster shell calcium + d</i>	118	PEDIARIX INJ 0.5ML	106
<i>oyster shell calcium+d</i>	118	<i>pediatric electrolyte fre</i>	111
<i>oyster shell calcium + d3</i>	118	<i>pedia vance</i>	111
<i>oyster shell calcium/d3</i>	118	PEDIAVENT	158
<i>oyster shell calcium plus</i>	118		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
PED POLY-VIT DRO	141	<i>phenobarbital</i>	54
PED POLY-VIT DRO /IRON	141	<i>phenobarbital sodium</i>	54
PEDVAX HIB	106	<i>phenylephrine hcl (oral)</i>	167
PEG 1000 LIQ	109	<i>phenylephrine w/ dm-gg liqd 10-18-200 mg/15ml</i>	167
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>	89	<i>phenylephrine w/ dm-gg tab 10-17.5-385 mg</i>	167
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	90	<i>phenytek</i>	54
PEG 3350 POW	109	<i>phenytoin</i>	54
PEGASYS	16	<i>phenytoin sodium</i>	54
PEG BLEND OIN	109	<i>phenytoin sodium extended</i>	54
PEG OIN	109	PHESGO SOL	30
PEMAZYRE	30	<i>philith</i>	73
<i>pemetrexed disodium</i>	22	PHLEXY-VITS POW	141
PENBRAYA INJ	106	PHYTOBASE CRE	109
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	19	PHYTOMULTI TAB	141
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	19	<i>phytonadione</i>	141
<i>penicillamine</i>	67	PIFELTRO	13
<i>penicillin g potassium</i>	19	PIKO 1 MIS ELECTRON	174
<i>penicillin g sodium</i>	19	<i>pilocarpine hcl</i>	153
<i>penicillin v potassium</i>	20	<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	188
PEN-KERA CRE	186	PILOT COVID KIT HOME TES	10
PENTACEL INJ	106	<i>pimozide</i>	50
<i>pentamidine isethionate inh</i>	10	<i>pimtrea</i>	73
<i>pentamidine isethionate inj</i>	10	<i>pin-away</i>	10
<i>pentoxifylline</i>	100	<i>pindolol</i>	41
PENTRAVAN CRE	186	<i>pinworm medicine</i>	10
PENTRAVAN CRE PLUS	186	<i>pioglitazone hcl</i>	64
<i>perindopril erbumine</i>	36	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-500 mg</i>	64
<i>periogard</i>	188	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg</i>	64
<i>permethrin</i>	188	<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	20
<i>perphenazine</i>	50	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	20
PERSERIS	50	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	20
PERSONAL BES MIS FULL RNG	174	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	20
PETROLATUM OIN	186	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	20
PFCB CRE	109	PIQRAY 200MG DAILY DOSE	30
<i>pfizerpen</i>	20	PIQRAY 250MG TAB DOSE	30
<i>pharbedryl</i>	158	PIQRAY 300MG DAILY DOSE	30
<i>pharbetol</i>	3	<i>pirfenidone</i>	174
<i>pharbetol extra strength</i>	3		
PHARMABASE CRE ANTIOXID	109		
PHARMABASE CRE COSMETIC	109		
PHARMABASE CRE LIGHT	109		
PHARMABASE CRE VAGINAL	109		
<i>pharmacist choice d-vitam</i>	141		
<i>phenelzine sulfate</i>	47		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>piroxicam</i>	5	<i>potassium iodide (expectorant)</i>	174
PLASMA-LYTE INJ -148	112	<i>potassium & sodium phosphates powder</i>	
PLASMA-LYTE INJ -A	112	<i>pack 280-160-250 mg</i>	118
<i>plenamine</i>	114	POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	112
PLENVU SOL	90	POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	112
POCKET CHAMB MIS	174	POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	112
POCKET PEAK MIS METER	174	<i>povidone-iodine</i>	186
POCKETPEAK MIS MTR LOW	174	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	48
POCKET SPACE MIS	174	<i>prasugrel hcl</i>	101
<i>podofilox</i>	186	<i>pravastatin sodium</i>	39
<i>poly bacitracin</i>	178	<i>praziquantel</i>	10
<i>polycin ophth oint</i>	151	<i>prazosin hcl</i>	36
<i>polyethylene glycol 3350</i>	90	PRECISN XTRA TES KETONE	79
POLY GLYCOL POW 8000	109	<i>prednisolone</i>	76
POLY-HIST DM LIQ 5-25-10	167	<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	152
POLY HIST FO TAB 10.5-10	167	PREDNISOLONE SODIUM PHOSP	152
<i>poly-iron 150</i>	99	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	76
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln</i>		<i>prednisone</i>	76
<i>10000 unit/ml-0.1%</i>	151	PREDNISONE INTENSOL	76
<i>polysaccharide iron complex</i>	99	<i>pregabalin</i>	54
POLY-TUSSIN LIQ 10-4-10	167	PREHEVBRIO	106
POLYTUSSIN LIQ DM	167	PREMASOL SOL 10%	114
POLY-VENT DM TAB	167	PRENATAL TAB 27-1MG	113
POLY-VENT IR TAB 60-380MG	167	PRENATAL TAB PLUS	113
<i>polyvinyl alcohol</i>	154	PRESERVISION CAP AREDS	141
POLY-VI-SOL DRO 50MG/ML	141	PRESERVISION CAP AREDS 2	141
POLY-VI-SOL SOL 50MG/ML	141	PRESERVISION CAP LUTEIN	141
POLY-VI-SOL SOL IRON	141	PRESERVISION CHW AREDS 2	141
POLY-VITA DRO	141	PRESERVISION TAB AREDS	141
POLY-VITA/FE DRO	141	PRETTY FEET CRE & HANDS	186
POLY-VITE DRO	141	<i>prevalite</i>	40
POLY-VITE SOL 50MG/ML	141	PREVYMIS	16
POLY-VITE SOL /IRON	141	PREZCOBIX TAB 800-150	15
POLY-VITE SOL IRON	141	PREZISTA	13
POMALYST	23	PRIFTIN	15
PORENAL+D CAP OMEGA 3	141	<i>primaquine phosphate</i>	12
<i>portia-28</i>	73	PRIMAQUINE PHOSPHATE	12
<i>posaconazole</i>	12	<i>primidone</i>	54
<i>potassium chloride</i>	112, 113	PRIORIX INJ	106
POTASSIUM CHLORIDE	112	PRIVIGEN	104
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in</i>		<i>probenecid</i>	1
<i>dextrose 5% inj</i>	113	<i>probiata</i>	84
<i>potassium chloride microencapsulated</i>		<i>probiotic acidophilus</i>	84
<i>crystals er</i>	113	PROBIOTIC CAP	84
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i>	94	<i>probiotic gold extra stre</i>	84
POTASSIUM CRY BROMIDE	109	PRO-CAL TAB	142

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
PROCARE MIS ADULT	174	<i>pseudoephedrine-guaifenesin tab er 12hr</i>	
PROCARE MIS CHILD	174	120-1200 mg	167
PROCERV HP TAB	142	<i>pseudoephedrine hcl</i>	167
<i>prochlorperazine</i>	86	PULMOZYME	174
<i>prochlorperazine edisylate</i>	86	<i>pure calcium carbonate</i>	119
<i>prochlorperazine maleate</i>	86	PURE COMFORT MIS SPACER	174
PROCRIT	96, 97	<i>pure l-arginine hcl</i>	122
<i>proctocort</i>	186	PURE L-CITRULLINE	122
<i>procto-med hc</i>	186	<i>purevit dualfe plus</i>	99
<i>proctosol hc</i>	186	<i>pureway-c</i>	142
<i>proctozone-hc</i>	186	PURIXAN	22
PROFE	99	<i>px advanced formula multi</i>	142
<i>progesterone</i>	80	<i>px b complex/vitamin c</i>	142
PROGRAF	105	<i>px calcium&d</i>	119
PROLASTIN-C	174	<i>px childrens vitamin</i>	142
PROLENSA	152	<i>px complete senior multiv</i>	142
PROLIA	66	<i>px fish oil</i>	123
PROMACTA	100	<i>px folic acid</i>	142
<i>promethazine-dm syrup 6.25-15 mg/5ml</i> ...	167	PX GLUCOSE CHW FRUIT	77
<i>promethazine hcl</i>	86	PX GLUCOSE CHW ORANGE	77
<i>promethazine vc/codeine</i>	167	PX GLUCOSE CHW RASPBERRY	77
<i>promethazine w/ codeine syrup 6.25-</i>		PX GLUCOSE CHW SOUR APL	77
<i>10 mg/5ml</i>	167	<i>px iron</i>	99
<i>pronutrients calcium+d3</i>	118	<i>px mens multivitamins</i>	142
<i>propafenone hcl</i>	39	<i>px niacin</i>	142
<i>proparacaine hcl</i>	154	<i>px saline nasal spray</i>	174
<i>propranolol hcl</i>	41	<i>px vitamin a</i>	142
PROPYLENE GL LIQ	109	<i>px vitamin c</i>	142
<i>propylthiouracil</i>	81	<i>px vitamin e</i>	142
PROQUAD INJ	106	<i>pyrazinamide</i>	15
PRO-RED AC SYP 5-1-9/5	167	<i>pyridostigmine bromide</i>	59
PRORENAL+D CAP OMEGA-3	142	<i>pyridoxine hcl</i>	142
PRORENAL +D TAB	142	PYRIDOXINE POW HCL	142
PRORENAL+D TAB	142		
<i>prosight</i>	142	Q	
PROSOL INJ 20%	114	<i>qc 3 day vaginal cream</i>	95
PROTECT CAP CARDIO	142	<i>qc acetaminophen 8 hours</i>	3
PROTECT CAP PLUS SO	142	<i>qc acetaminophen infants</i>	3
PROTECT IRON LIQ	142	<i>qc acid controller</i>	87
PROTEGRA CAP	142	<i>qc acid controller maximu</i>	87
<i>protriptyline hcl</i>	47	<i>qc all day allergy</i>	158
PROXEED PLUS PAK	142	<i>qc allergy childrens</i>	158
<i>pseudoephed-bromphen-dm syrup 30-2-</i>		<i>qc allergy relief</i>	158, 176
<i>10 mg/5ml</i>	167	<i>qc antacid</i>	82
<i>pseudoephedrine-guaifenesin tab er 12hr</i>		<i>qc antacid/anti-gas</i>	82
60-600 mg	167	<i>qc antacid/anti-gas maxim</i>	82

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>qc anti-diarrheal</i>	84	<i>qc pain relief</i>	3
<i>qc antifungal cream</i>	179	<i>qc pain relief childrens</i>	3
<i>qc anti-itch/aloe</i>	181	<i>qc pain relief extra stre</i>	3
<i>qc anti-itch extra streng</i>	186	<i>qc povidone iodine</i>	186
<i>qc arthritis pain relief</i>	3	<i>qc stool softener</i>	90
<i>qc aspirin</i>	3	<i>qc stool softener plus la</i>	90
<i>qc aspirin low dose</i>	3	<i>qc stool softener plus st</i>	90
<i>qc calcium fast dissoluti</i>	119	<i>qc suphedrine maximum str</i>	167
<i>qc calcium/minerals/vitam</i>	119	<i>qc therin-m</i>	142
QC CASTOR OIL	109	<i>qc tolnaftate</i>	179
<i>qc childrens allergy</i>	158	<i>qc triple antibiotic maxi</i>	178
<i>qc childrens chewable com</i>	142	<i>qc tussin cf</i>	167
<i>qc childrens chewable vit</i>	142	<i>qc tussin dm cough & ches</i>	168
<i>qc childrens ibuprofen</i>	5	<i>qc tussin expectorant adu</i>	168
<i>qc chocolated laxative</i>	90	<i>qc tussin mucus + chest c</i>	168
<i>qc clotrimazole</i>	95	<i>qc urinary pain relief</i>	94
<i>qc daily multivitamins/ir</i>	142	<i>qc vegetable laxative</i>	90
<i>qc enema</i>	90	<i>qc womens daily multivita</i>	142
<i>qc enteric aspirin</i>	3	QINLOCK	30
<i>qc esomeprazole magnesium</i>	94	<i>q-sorb co q-10</i>	123
<i>qc ferrous sulfate</i>	99	QUADRACEL INJ	106
<i>qc gas relief extra stren</i>	92	QUADRACEL INJ 0.5ML	106
<i>qc gentle laxative</i>	90	<i>quetiapine fumarate</i>	50
<i>qc ibuprofen</i>	5	QUICKVUE HOM KIT COVID-19	10
<i>qc ibuprofen cold/sinus</i>	167	<i>quinapril hcl</i>	36
<i>qc lansoprazole</i>	94	QUIN B TAB STRONG	143
<i>qc loratadine allergy rel</i>	158	<i>quinidine sulfate</i>	39
<i>qc loratadine-d</i>	167	<i>quinine sulfate</i>	12
<i>qc magnesium citrate</i>	90	<i>quintabs-m</i>	143
<i>qc maximum daily multivit</i>	142	QUINTABS-M TAB	143
<i>qc medifin 400</i>	167	QUINTABS TAB	143
<i>qc medifin dm</i>	167	QULIPTA	58
<i>qc mens daily multivitami</i>	142	R	
<i>qc miconazole 7</i>	95	RA ADVANCED HEALING	186
<i>qc milk of magnesia</i>	90	RABAVERT INJ	106
<i>qc mineral oil heavy</i>	90	RA B-COMPLEX TAB VIT C TR	143
<i>qc mucus relief</i>	167	<i>rabeprazole sodium</i>	94
<i>qc mucus relief er 12 hou</i>	167	<i>ra biotin</i>	143
<i>qc multi-vite</i>	142	<i>ra calcium 600</i>	119
<i>qc multi-vite 50 & over</i>	142	<i>ra calcium 600 plus vitam</i>	119
<i>qc naproxen sodium</i>	5	<i>ra calcium 600/vit d/mine</i>	119
<i>qc nasal decongestant max</i>	167	<i>ra calcium citrate plus v</i>	119
<i>qc natura-lax</i>	90	<i>ra calcium citrate/vitami</i>	119
<i>qc non-aspirin childrens</i>	3	<i>ra calcium/minerals/vitam</i>	119
<i>qc non-aspirin extra stre</i>	3	<i>ra calcium plus vitamin d</i>	119
<i>qc omeprazole magnesium</i>	94		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>ra central-vite womens ma</i>	143	<i>refresh lacri-lube</i>	154
<i>ra chewable vitamins comp</i>	143	REFRESH OPTI DRO 0.5-0.9%	154
<i>ra coenzyme q-10</i>	123	REFRESH OPT SOL MEGA-3	154
<i>radiance platinum vitamin</i>	143	REFRESH RELI DRO 0.5-0.9%	154
<i>ra digestive health</i>	84	REFRESH SOL DIGITAL	154
RA ESSENCE-C POW ORANGE	143	REFRESH SOL OPTIVE	154
RA ESSENCE-C POW RASPBRY	143	REGRANEX	188
RA ESSENCE-C POW TNGERINE	143	<i>rehydralyte</i>	111
<i>ra fish oil</i>	123	REJUVAFLOR CAP	84
<i>ra folic acid</i>	143	RELENZA DISKHALER	16
<i>ra hi cal</i>	119	RELISTOR	92
<i>ra high potency iron</i>	99	REMICADE	102
<i>ra iron</i>	99	<i>renal caps</i>	143
<i>ra l-arginine</i>	123	<i>renal vitamin</i>	143
<i>raloxifene hcl</i>	79	<i>renaplex</i>	143
<i>ra magnesium</i>	119	RENAPLEX-D TAB	143
<i>ramipril</i>	36	<i>rena-vite</i>	143
RANGER READY REPELLENT	186	<i>rena-vite rx</i>	143
<i>ra niacin</i>	143	RENFLEXIS	102
<i>ra no flush niacin 500</i>	143	<i>repaglinide</i>	64
<i>ranolazine</i>	44	REPATHA	40
<i>ra one daily maximum</i>	143	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	40
<i>ra one daily mens 50+ wit</i>	143	REPATHA SURECLICK	40
<i>ra one daily mens/vitamin</i>	143	REPEL 100	186
<i>ra pediatric electrolyte</i>	111	REPEL FAMILY	186
<i>rasagiline mesylate</i>	48	REPEL FAMILY DRY	187
<i>ra saline nasal spray</i>	174	REPEL HUNTERS FORMULA	187
<i>ra slow release iron</i>	99	REPEL LEMON SPR INSECT	187
RA STERILE SALINE NASAL M	174	REPEL MOSQUITO WIPES	187
<i>ra vitamin a</i>	143	REPEL SPORTSMEN	187
<i>ra vitamin b-6</i>	143	REPEL SPORTSMEN DRY	187
<i>ra vitamin c</i>	143	REPEL SPORTSMEN MAX	187
<i>ra vitamin c/rose hips</i>	143	REPEL TICK DEFENSE	187
<i>ra vitamin d-3</i>	143	REPLESTA	143
<i>ra vitamin e</i>	143	REPLESTA NX	143
RAYALDEE	81	RESTASIS	154
<i>react</i>	73	RESTASIS MULTIDOSE	154
REALITY MIS LUBRICAT	73	RETEVMO	30, 31
<i>reclipsen</i>	73	REVLIMID	23
RECOMBIVAX HB	106	REXULTI	50, 51
RECTIV	186	REYATAZ	13
<i>reeses pinworm medicine</i>	10	REZLIDHIA	31
<i>refresh celluvisc</i>	154	REZUROCK	105
REFRESH DRO OP	154	RHOPRESSA	153
REFRESH DRO RELIEVA	154	<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	16
REFRESH GEL OPTIVE	154	<i>rifabutin</i>	15

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>rifampin</i>	15	SANTYL	188
<i>riluzole</i>	59	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	79
<i>rimantadine hydrochloride</i>	16	SAWYER INSECT REPELLENT	187
RINVOQ	102	SAWYER INSECT REPELLENT C	187
RINVOQ LQ	102	SAWYER PREMIUM INSECT REP	187
RISABAL-PH CRE	187	<i>sb 12hr nasal spray</i>	168
RISACAL-D TAB	119	<i>sb acid reducer</i>	87
<i>risedronate sodium</i>	67	<i>sb allergy</i>	158
<i>risperidone</i>	51	<i>sb antacid</i>	82
<i>risperidone microspheres</i>	51	<i>sb antacid extra strength</i>	82
RITEFLO MIS	174	<i>sb anti-diarrhea</i>	84
<i>ritonavir</i>	13	<i>sb calcium + d</i>	119
<i>rivastigmine</i>	45	<i>sb cough control</i>	168
<i>rivastigmine tartrate</i>	45	<i>sb coughtab</i>	168
<i>rivelsa</i>	73	<i>sb loratadine</i>	158
<i>rizatriptan benzoate</i>	58	<i>sb milk of magnesia</i>	90
<i>robafen cf multi-symptom</i>	168	<i>sb mucus relief dm</i>	168
<i>robafen dm</i>	168	<i>sb mucus relief pe</i>	168
<i>robafen mucus/chest conge</i>	168	<i>sb naproxen sodium</i>	5
ROCKLATAN DRO	153	<i>sb omega-3 fish oil</i>	123
<i>roflumilast</i>	174	<i>sb oyster shell calcium</i>	119
<i>ropinirole hydrochloride</i>	48	<i>sb pediatric electrolyte</i>	111
<i>rosuvastatin calcium</i>	40	<i>sb povidone-iodine</i>	187
ROTARIX SUS	106	<i>sb saline nose</i>	174
ROTATEQ SOL	106	<i>sb tab tussin dm</i>	168
<i>roweepira</i>	54	<i>sb vitamin c</i>	144
ROZLYTREK	31	SCAR CARE CRE	109
RUBRACA	31	SCSEMBLIX	31
<i>rufinamide</i>	54, 55	<i>scopolamine</i>	86
RU-HIST D TAB 4-10MG	168	<i>sea-omega</i>	123
RUKOBIA	13	SEBEX SHA	187
RYBELSUS	64	SECUADO	51
RYDAPT	31	<i>selegiline hcl</i>	48
RYDEX LIQ	168	<i>selenium sulfide</i>	180
RYMED TAB 2-10MG	168	SELZENTRY	13
<i>rynex dm</i>	168	<i>senexon</i>	90
<i>rynex pe</i>	168	<i>senexon-s</i>	90
<i>rynex pse</i>	168	<i>senior tabs</i>	144
S		<i>senna-lax</i>	90
<i>sajazir</i>	100	<i>senna laxative</i>	90
SALICYLIC POW ACID	109	<i>senna plus</i>	90
<i>saline</i>	174	SENNAPLUS CAP 8.6-50MG	90
<i>saline mist</i>	174	<i>senna regular strength</i>	90
<i>sam-e.p.a.</i>	123	<i>senna-tabs</i>	90
SANDIMMUNE	105	<i>senna-time</i>	90
		<i>senna-time s</i>	90

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>sennosides</i>	90	<i>slow magnesium chloride/</i>	119
<i>sennosides-docusate sodium tab 8.6-50 mg</i>	90	SLOW MAGNESIUM CHLORIDE/	119
<i>senokot extra strength</i>	90	SLOW-MAG TAB	119
SENSI-CARE CRE MOISTURI	187	SLOW-MAG TAB 71.5-119	119
<i>sentry</i>	144	<i>slow release iron</i>	99
<i>sentry senior</i>	144	<i>slow-release iron</i>	99
SENTRY TAB	144	SLOW RELEASE IRON	99
SENTRY TAB SENIOR	144	<i>sm 3-day vaginal</i>	95
SEREVENT DISKUS	159	<i>sm 8 hour pain relief</i>	3
<i>sertraline hcl</i>	47	<i>sm 12 hour sinus deconges</i>	168
SESAME OIL	109	<i>sm acidophilus</i>	85
<i>se-tan plus</i>	99	<i>sm acid reducer</i>	87
<i>setlakin</i>	73	<i>sm acid reducer maximum s</i>	87
<i>sevelamer carbonate</i>	80	<i>sm adult aspirin</i>	3
<i>severe cold/cough</i>	168	<i>sm all day allergy</i>	158
<i>severe cold & flu</i>	168	<i>sm all day allergy childr</i>	158
<i>sharobel</i>	73	<i>sm all day allergy-d</i>	168
SHINGRIX	106	<i>sm all day allergy relief</i>	158
SIGNIFOR	79	<i>sm allergy 4 hour</i>	158
<i>siladryl allergy</i>	158	<i>sm allergy childrens</i>	158
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> .	44	<i>sm allergy relief</i>	158
<i>siltussin-dm</i>	168	<i>sm allergy relief childre</i>	158
<i>siltussin sa</i>	168	<i>sm allergy relief nasal s</i>	176
<i>silver sulfadiazine</i>	178	<i>sm animal shapes complete</i>	144
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	153	<i>sm animal shapes kids fir</i>	144
<i>simethicone</i>	92	<i>sm antacid</i>	82
<i>simethicone drops infants</i>	92	<i>sm antacid advanced</i>	82
<i>simethicone ultra strengt</i>	92	<i>sm antacid advanced maxi</i>	82
<i>simliya</i>	73	<i>sm antacid extra strength</i>	82
<i>simpesse</i>	73	<i>sm antacid maximum streng</i>	82
SIMPLY SALINE	174	<i>sm antibiotic</i>	178
<i>simvastatin</i>	40	<i>sm antibiotic plus pain r</i>	178
<i>sinus + headache</i>	168	<i>sm anti-diarrheal</i>	85
<i>sinus congestion/pain</i>	168	<i>sm antifungal clotrimazol</i>	180
<i>sinus nasal spray</i>	168	<i>sm antifungal miconazole</i>	180
<i>sinus pressure/pain/adult</i>	168	<i>sm antifungal tolnaftate</i>	180
<i>sinus relief extra streng</i>	168	<i>sm anti-itch extra streng</i>	187
<i>sinus relief severe conge</i>	168	<i>sm antioxidant vitamins</i>	144
SINUS WASH CRY SALT	174	<i>sm arthritis pain relief</i>	3
<i>sirolimus</i>	105	<i>sm aspirin adult low stre</i>	3
SIRTURO	15	<i>sm aspirin enteric coated</i>	3
SIVEXTRO	10	<i>sm aspirin low dose</i>	3
SKYRIZI	102	<i>sm athletes foot</i>	180
SKYRIZI PEN	102	SM B-COMPLEX TAB /VIT C	144
<i>slow iron</i>	99	SM BENZOIN TIN	187
		SM BENZOIN TIN NFXI	187

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>sm biotin</i>	144	<i>sm gas relief extra stren</i>	92
<i>sm b super vitamin comple</i>	144	<i>sm gentle laxative</i>	91
<i>sm calcium 500/vitamin d3</i>	119	SM GLUCOSE	77
<i>sm calcium 600+d3</i>	119	SM GLUCOSE CHW ORANGE	77
<i>sm calcium 600/vitamin d</i>	119	SM GLUCOSE CHW RASPBERRY	77
<i>sm calcium antacid</i>	82	<i>sm guaifenesin/pseudoephe</i>	169
<i>sm calcium antacid extra</i>	83	<i>sm hair/skin/nails</i>	144
<i>sm calcium citrate+vitami</i>	119	<i>sm hydrocortisone</i>	181
<i>sm calcium citrate+ w/vit</i>	119	<i>sm hydrocortisone maximum</i>	181
<i>sm calcium citrate/vitami</i>	119	<i>sm hydrocortisone plus</i>	182
<i>sm calcium /vitamin d</i>	119	<i>sm ibuprofen</i>	5
<i>sm calcium/vitamin d</i>	119	<i>sm ibuprofen ib</i>	5
<i>sm calcium/vitamin d3</i>	119	<i>sm ibuprofen ib childrens</i>	5
<i>sm chest congestion relie</i>	168	<i>sm infants ibuprofen</i>	5
<i>sm childrens aspirin</i>	3	<i>sm iron</i>	99
<i>sm childrens loratadine</i>	158	<i>sm iron slow release</i>	99
SM CLD/ALLER LIQ CHILDREN	169	<i>sm lansoprazole</i>	94
<i>sm clearlax</i>	90	<i>sm lice killing maximum s</i>	188
<i>sm clotrimazole vaginal</i>	95	<i>sm lice treatment</i>	188
<i>sm coenzyme q-10</i>	123	<i>sm loratadine</i>	158
<i>sm cold & cough dm childr</i>	169	<i>sm loratadine allergy rel</i>	158
<i>sm cold & flu severe</i>	169	<i>sm lorata-dine d</i>	169
<i>sm cold & sinus relief</i>	169	<i>sm loratadine d 12hr</i>	169
<i>sm complete</i>	144	<i>sm lubricant eye drops</i>	154
<i>sm complete 50+</i>	144	<i>sm lubricating plus</i>	154
<i>sm complete 50+ ultimate</i>	144	<i>sm lubricating tears</i>	154
<i>sm complete advanced form</i>	144	<i>sm magnesium</i>	119
<i>sm complete senior formul</i>	144	<i>sm magnesium citrate</i>	91
<i>sm co q-10</i>	123	<i>sm miconazole 3</i>	95
<i>sm coq-10</i>	123	<i>sm miconazole 7</i>	96
<i>sm day time cold & flu re</i>	169	<i>sm milk of magnesia</i>	91
<i>sm double antibiotic</i>	178	<i>sm motion sickness</i>	86
<i>sm dry eye relief</i>	154	<i>sm mucus relief</i>	169
<i>sm ear drops</i>	189	<i>sm mucus relief/12 hour</i>	169
<i>sm enema</i>	91	<i>sm mucus relief maximum s</i>	169
<i>sm epsom salt</i>	91	<i>sm multiple vitamins esse</i>	144
<i>sm esomeprazole magnesium</i>	94	<i>sm multiple vitamins/iron</i>	144
<i>sm eye itch relief</i>	152	<i>sm naproxen sodium</i>	5
<i>sm fexofenadine hydrochlo</i>	158	<i>sm nasal decongestant max</i>	169
<i>sm fiber</i>	91	<i>sm nasal decongestant pe</i>	169
<i>sm fiber laxative</i>	91	<i>sm nasal spray</i>	169
<i>sm fish oil</i>	123	<i>sm nasal spray 12 hour</i>	169
SM FISH OIL CAP 554MG	123	<i>sm nasal spray moisturizi</i>	169
<i>sm folic acid</i>	144	<i>sm nasal spray saline</i>	174
<i>sm gas relief</i>	92	<i>sm nasal spray sinus</i>	169
<i>sm gas relief drops infan</i>	92	<i>sm niacin cr</i>	144

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>sm nicotine</i>	62	SM VITAMIN D3 MAXIMUM STR	145
<i>sm nicotine polacrilex</i>	62	<i>sm vitamin e</i>	145
<i>sm nicotine transdermal s</i>	62	<i>sm vit c/rose hips</i>	144
<i>sm nite time cold & flu</i>	169	SOD BENZOATE POW	109
<i>sm nose drops nasal decon</i>	169	SOD BROMIDE GRA	110
<i>sm omega-3 fish oil</i>	123	SOD CHLORIDE GRA	119
<i>sm omeprazole</i>	94	<i>sodium bicarbonate (antacid)</i>	83
SM ONE DAILY TAB MENS	144	<i>sodium chloride</i>	113
SM ONE DAILY TAB WOMENS	144	<i>sodium chloride (gu irrigant)</i>	188
<i>smooth antacid extra stre</i>	83	<i>sodium chloride hypertonic</i>	154
<i>sm opti-vitamins</i>	144	<i>sodium chloride (inhalant)</i>	169
<i>sm oyster shell calcium/v</i>	119	<i>sodium ferric gluconate complex in</i> <i>sucrose</i>	99
<i>sm pain & fever childrens</i>	3	<i>sodium fluoride chew\; tab\; 1.1 (0.5 f)</i> <i>mg/ml soln</i>	113
<i>sm pain & fever infants</i>	3	SODIUM OXYBATE	60
<i>sm pain relief extra stre</i>	3	<i>sodium phenylbutyrate</i>	79
<i>sm pain reliever</i>	3	<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	67
<i>sm pain reliever children</i>	4	SODIUM POW BICARBON	83
<i>sm pain reliever extra st</i>	4	<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-</i> <i>3.13-1.6 gm/177ml</i>	91
<i>sm pediatric electrolyte</i>	111	<i>solifenacin succinate</i>	95
<i>sm povidone-iodine</i>	187	SOLIQUA INJ 100/33	66
<i>sm sinus severe for adult</i>	169	SOLO TAB	145
<i>sm slow release iron</i>	99	SOLTAMOX	23
SM SLOW RELEASE IRON	99	<i>soluble fiber</i>	91
<i>sm stomach relief</i>	85	SOLU-CORTEF	76
<i>sm stomach relief liquid</i>	85	<i>soluvita e</i>	145
<i>sm stool softener</i>	91	SOMATULINE DEPOT	79
<i>sm stool softener plus la</i>	91	SOMAVERT	80
<i>sm stool softener/stimula</i>	91	<i>soothing - 12 hour nasal</i>	169
<i>sm super b complex-vitami</i>	144	SOOTH SALINE AER NASAL	175
<i>sm triple antibiotic</i>	178	<i>sorafenib tosylate</i>	31
<i>sm triple antibiotic orig</i>	178	SORBIDON CRE HYDRATE	187
<i>sm triple antibiotic plus</i>	178	SORBITOL	91
<i>sm tussin cf</i>	169	<i>sorine</i>	39
<i>sm tussin dm</i>	169	SOSWEET SYP	110
<i>sm tussin dm cough/chest</i>	169	<i>sotalol hcl</i>	39
<i>sm tussin dm max/cough +</i>	169	<i>sotalol hcl (afib/afl)</i>	39
<i>sm tussin mucus + chest c</i>	169	SPACE CHAMBR MIS ANTI-STA	175
<i>sm urinary pain relief</i>	94	SPACE CHAMBR MIS LARGE	175
<i>sm urinary pain relief ma</i>	94	SPACE CHAMBR MIS MEDIUM	175
<i>sm vitamin b-6</i>	144	SPACE CHAMBR MIS SMALL	175
<i>sm vitamin b6</i>	144	SPACER CHAMB MIS ADULT	175
<i>sm vitamin b complex with</i>	144	SPACER CHAMB MIS CHILD	175
<i>sm vitamin c</i>	144	SPACER CHAMB MIS INFANT	175
<i>sm vitamin c/rose hips</i>	144		
<i>sm vitamin d</i>	144		
<i>sm vitamin d3</i>	145		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
SPECTRAVITE CHW ADLT 50+	145	<i>sudogest maximum strength</i>	169
SPECTRAVITE TAB	145	<i>sudogest sinus & allergy</i>	170
SPECTRAVITE TAB ADLT 50+	145	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	177
SPECTRAVITE TAB ADULTS	145	<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i>	151
SPECTRAVITE TAB MEN 50+	145	<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	150
SPECTRAVITE TAB ULT MEN	145	<i>sulfadiazine</i>	10
SPECTRAVITE TAB ULT WMN	145	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml</i>	10
SPEEDY SWAB KIT COVID-19	10	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200- 40 mg/5ml</i>	10
<i>spironolactone</i>	36	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400- 80 mg</i>	10
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	43	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800- 160 mg</i>	10
<i>sprintec 28</i>	73	SULFAMYLON	178
SPRITAM	55	<i>sulfasalazine</i>	87
SPRYCEL	31	<i>sulindac</i>	5
<i>sps</i>	67	<i>sumatriptan</i>	58
<i>sronyx</i>	73	<i>sumatriptan succinate</i>	58
<i>ssd</i>	178	<i>sunitinib malate</i>	31
STAHIST AD TAB 25-60MG	169	SUNLENCA	13
STAHIST TP TAB 2.5-10MG	169	SUPER ANTIOX CAP	145
STELARA	102, 103	<i>super antioxidant/a/c/e/s</i>	145
<i>stimulant laxative</i>	91	<i>super aytinal 50 plus</i>	145
STIVARGA	31	<i>super aytinal for active</i>	145
<i>st joseph low dose aspiri</i>	4	<i>super b-complex/folic aci</i>	145
STL SOFT/LAX CAP 8.6-50MG	91	<i>super b-complex/vitamin c</i>	145
<i>stomach relief</i>	85	<i>super biotin</i>	145
<i>stomach relief extra stre</i>	85	<i>super b with c</i>	145
<i>stomach relief ultra</i>	85	<i>super calcium</i>	119
<i>stool softener</i>	91	<i>super calcium 600 + d3</i>	119
<i>stool softener + stimulan</i>	91	<i>super calcium 600+d3 400</i>	120
<i>stool softener laxative</i>	91	SUPER DAILY D3	145
<i>stool softener plus laxat</i>	91	<i>super dha gems</i>	123
<i>streptomycin sulfate</i>	10	<i>super multiple</i>	145
<i>stress b-complex/vitamin</i>	145	<i>super omega-3</i>	123
<i>stress b/zinc</i>	145	<i>super thera vite m</i>	145
<i>stress formula</i>	145	<i>super vita-mins</i>	146
<i>stress formula/iron</i>	145	<i>suphedrine 12hour maximum</i>	170
<i>stress formula/zinc</i>	145	<i>syeda</i>	73
<i>stresstabs advanced</i>	145	SYMDEKO TAB 50-75MG	175
<i>stresstabs energy</i>	145	SYMDEKO TAB 100-150	175
STRIBILD TAB	15	SYMPAZAN	55
STROVITE ONE TAB	145	SYMITUZA TAB	15
STUDIO 35 CRE MOIST	187	SYNAREL	75
<i>subvenite</i>	55		
<i>sucrafate</i>	92		
<i>sudogest</i>	169		
<i>sudogest 12 hour</i>	169		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
SYNJARDY TAB 5-500MG	64	TEFLARO	17
SYNJARDY TAB 5-1000MG	64	<i>telmisartan</i>	38
SYNJARDY TAB 12.5-500	64	<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i>	38
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	64	<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i>	38
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	64	<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i>	38
SYNJARDY XR TAB 10-1000	64	<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i>	38
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000	64	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-</i>	
SYNJARDY XR TAB 25-1000	64	<i>12.5 mg</i>	38
SYNTHROID	81	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i>	
SYRPALTA	110	<i>12.5 mg</i>	38
SYRSPEND SF LIQ	110	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i>	
SYRSPEND SF SUS	110	<i>25 mg</i>	38
SYRSPEND SF SUS ALKA	110	<i>temazepam</i>	57
SYSTANE ICAP CHW AREDS2	146	TENIVAC INJ 5-2LF	106
<i>systane icaps areds2</i>	146	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	13
SYSTANE ICAP TAB AREDS2	146	TEPMETKO	32
<i>systane nighttime</i>	154	<i>terazosin hcl</i>	36
T		<i>terbinafine hcl</i>	12
<i>tab-a-vite</i>	146	<i>terbinafine hcl (topical)</i>	180
<i>tab-a-vite multivitamin/i</i>	146	<i>terbutaline sulfate</i>	159
TAB-A-VITE TAB IRON/BET	146	<i>terconazole vaginal</i>	96
<i>tab-a-vite w/beta caroten</i>	146	TERIPARATIDE	67
TABLOID	22	<i>testosterone</i>	62
TABRECTA	31	<i>testosterone cypionate</i>	62
<i>tacrolimus</i>	105	<i>testosterone enanthate</i>	62
<i>tacrolimus (topical)</i>	187	<i>tetrabenazine</i>	59
TAFINLAR	31	<i>tetracycline hcl</i>	20
TAGRISO	32	THALOMID	23
<i>take action</i>	73	<i>theophylline</i>	175
TALTZ	103	THEOPHYLLINE POW ANHYDROU	110
TALZENNA	32	<i>therabasic-m</i>	146
<i>tamoxifen citrate</i>	23	<i>thera-d 2000</i>	146
<i>tamsulosin hcl</i>	94	THERA-D 4000	146
<i>tandem plus</i>	99	<i>thera-d rapid repletion</i>	146
<i>tarina 24 fe</i>	73	<i>theraflu expressmax sever</i>	170
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	73	THERAFLU FLU PAK SORE THR	170
TARON FORTE CAP	99	<i>theragran-m fish oil conc</i>	123
TASIGNA	32	THERAGRAN-M TAB	146
<i>tasimelteon</i>	57	THERAGRAN-M TAB 50 PLUS	146
<i>tazarotene</i>	180	THERAGRAN-M TAB ADVANCED	146
<i>tazicef</i>	17	THERAGRAN-M TAB PREMIER	146
TAZORAC	180	THERAMILL CAP FORTE	146
TAZVERIK	32	THERA M PLUS TAB	146
TDVAX INJ 2-2 LF	106	THERA-M TAB	146
TECENTRIQ	32	THERAPEUTIC CRE MOISTUR	187
		THERAPEUTIC DANDRUFF	187

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>therapeutic formula/hemat</i>	146	TRADJENTA	64
<i>therapeutic-m</i>	146	<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i> ...	8
Thera TAB	146	<i>tramadol hcl</i>	8
<i>thera-tabs</i>	146	<i>trandolapril</i>	36
Thera-TABS M TAB	146	<i>tranexamic acid</i>	100
<i>theratrum complete</i>	146	<i>tranylcypromine sulfate</i>	47
<i>theratrum complete 50 plu</i>	146	TRAVASOL INJ 10%	114
<i>thera vital m</i>	146	TRAZIMERA	32
THEREMS-M TAB	146	<i>trazodone hcl</i>	47
THEREMS TAB MULTIVIT	146	TRECATOR	15
THERMOTABS TAB	111	TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	155
<i>theromega</i>	123	TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG .	155
<i>the very finest fish oil</i>	123	TREMFYA	103
<i>thiamine hcl</i>	146	<i>treprostinil</i>	44
<i>thioridazine hcl</i>	51	TRESIBA	66
<i>thiothixene</i>	51	TRESIBA FLEXTOUCH	66
<i>tiadylt er</i>	42	<i>tretinoin</i>	177
<i>tiagabine hcl</i>	55	<i>tretinoin (chemotherapy)</i>	24
TIBSOVO	32	<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i>	188
TICOVAC	106	<i>triamcinolone acetonide (topical)</i>	182
<i>tigecycline</i>	20	<i>triaminic fever & cold mu</i>	170
<i>tilia fe</i>	73	TRIAMINIC SOL COLD/CGH	170
<i>timolol maleate</i>	41	TRIAMINIC SYP COLD/CGH	170
<i>timolol maleate (ophth)</i>	153	<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap</i>	
<i>tinidazole</i>	11	<i>37.5-25 mg</i>	43
TIVICAY	13	<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i>	
TIVICAY PD	13	<i>37.5-25 mg</i>	43
<i>tizanidine hcl</i>	60	<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-</i>	
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	150	<i>50 mg</i>	43
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	150	<i>tricon</i>	99
<i>tobramycin</i>	11	<i>trientine hcl</i>	67
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp</i>		<i>tri-estarylla</i>	73
<i>0.3-0.1%</i>	150	TRIFERIC	99
<i>tobramycin (ophth)</i>	151	<i>trifluoperazine hcl</i>	51
<i>tobramycin sulfate</i>	11	<i>trifluridine</i>	151
<i>tolnaftate</i>	180	<i>trigels-f forte</i>	99
<i>tolnaftate antifungal</i>	180	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	48
<i>tolterodine tartrate</i>	95	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-	
<i>topiramate</i>	55	<i>1000MG</i>	64
<i>toremifene citrate</i>	23	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG .	64
<i>torse mide</i>	43	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-	
<i>totalday multiple</i>	146	<i>1000MG</i>	64
TOTAL HOME SPR INSECT	187	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG .	64
TOUJEO MAX SOLOSTAR	66	TRIKAFTA PAK 59.5MG	175
TOUJEO SOLOSTAR	66	TRIKAFTA PAK 75MG	175
TPN ELECTROL INJ	113		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	175	TRUSTEX LUBR MIS RIB/STUD	74
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	175	TRUSTEX LUBR MIS SPERMICI	74
<i>tri-legest fe</i>	73	TRUSTEX LUBR MIS STRWBRY	74
<i>tri-linyah</i>	73	TRUSTEX LUBR MIS VANILLA	74
<i>tri-lo-estarylla</i>	73	TRUSTEX MIS BANANA	74
<i>tri-lo-marzia</i>	73	TRUSTEX MIS CHOCOLAT	74
<i>tri-lo-mili</i>	73	TRUSTEX MIS FLAVORS	74
<i>tri-lo-sprintec</i>	73	TRUSTEX MIS MINT	74
<i>trimethoprim</i>	11	TRUSTEX MIS STRWBRY	74
<i>tri-mili</i>	73	TRUSTEX MIS VANILLA	74
<i>trimipramine maleate</i>	47	TRUSTEX/RIA MIS LUBRICAT	74
TRINTELLIX	47	TRUSTEX/RIA MIS NON-LUB	74
<i>tri-nymyo</i>	73	TRUSTEX/RIA MIS SPERMICI	74
<i>triphrocaps</i>	146	TRUSTX NON-9 MIS RIB/STUD	74
<i>triple antibiotic</i>	178	TRUXIMA	32
<i>triple antibiotic + pain</i>	178	TRUZONE PEAK MIS FLOW MTR	175
<i>triple antibiotic plus</i>	178	TUKYSA	32
<i>triprolidine hcl</i>	158	TUMS CHEWY DELIGHTS	83
<i>tri-sprintec</i>	73	<i>tums smoothies</i>	83
TRIUMEQ PD TAB	15	TURALIO	32
TRIUMEQ TAB	15	<i>turqoz</i>	74
TRI-VI-SOL SOL A/C/D	146	TUSNEL C SYP	170
<i>tri-vite pediatric</i>	146	<i>tusnel diabetic</i>	170
<i>trivora-28</i>	73	TUSNEL-DM DRO PEDIATRC	170
<i>tri-vylibra</i>	73	TUSNEL DM LIQ	170
<i>tri-vylibra lo</i>	73	TUSNEL-DM LIQ	170
TRIZIVIR TAB	15	<i>tusnel dm pediatric</i>	170
TR MAG COMPL CAP 400MG	120	<i>tusnel-ex</i>	170
TROGARZO	13	TUSNEL LIQ	170
TROPHAMINE INJ 10%	114	TUSNEL PED DRO 7.5-50	170
<i>tropical liquid nutrition</i>	147	TUSNEL PEDIA LIQ	170
<i>trospium chloride</i>	95	TUSNEL PEDI LIQ 15-5-50	170
TRUEPLUS GLUCOSE	77	TUSNEL TAB	170
TRUEPLUS GLUCOSE GEL	77	<i>tussin cf</i>	170
TRUEPLUS GLUCOSE ON THE G	78	<i>tussin cf severe multi-sy</i>	170
TRULICITY	64	<i>tussin cough</i>	170
TRUMENBA INJ	106	<i>tussin dm</i>	170
TRUQAP	32	<i>tussin dm cough + chest c</i>	170
TRUSTEX LUBR MIS ASSORTED	73	<i>tussin dm maximum strengt</i>	170
TRUSTEX LUBR MIS BANANA	73	<i>tussin mucus + chest cong</i>	170
TRUSTEX LUBR MIS CHOC	73	<i>tussin mucus & chest cong</i>	170
TRUSTEX LUBR MIS COLA	74	<i>tussin multi-symptom cold</i>	170
TRUSTEX LUBR MIS COLORS	74	TWINRIX INJ	106
TRUSTEX LUBR MIS EX LARGE	74	TYBOST	13
TRUSTEX LUBR MIS EX STR	74	<i>tydemy</i>	74
TRUSTEX LUBR MIS GRAPE	74	TYPHIM VI	106

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
TYRVAYA	154	VALTOCO 20 MG DOSE	55
U		<i>value plus glucose</i>	78
U-BASE CRE	110	VANACOF DMX LIQ	170
UBRELVY	58	VANACOF LIQ	170
<i>ultrachoice advanced form</i>	147	VANALICE GEL 0.3-3.5%	188
<i>ultra choice multivitamin</i>	147	VANATAB DM TAB 5-9-198	170
<i>ultra freeda</i>	147	<i>vancomycin hcl</i>	11
<i>ultra freeda/iron</i>	147	VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE	11
<i>ultra lubricating eye dro</i>	154	VANCOMYCIN INJ 1 GM	11
ULTRA MEGA G TAB 75MG CR	147	VANCOMYCIN INJ 500MG	11
ULTRA MEGA G TAB 100MG	147	VANCOMYCIN INJ 750MG	11
ULTRA MEGA TAB 75MG CR	147	VANFLYTA	32
ULTRA MEGA TAB TWO	147	VANIBASE CRE	110
<i>ultra omega-3</i>	123	VANICREAM CRE	187
ULTRA OMEGA3 CAP 1400MG	123	VANISHING CRE BOTANCAL	110
ULTRA POTENC TAB WOMEN 50	147	VAQTA	106
ULTRATHON INSECT REPELLEN	187	<i>varenicline tartrate</i>	62
UNISPEND ANH SUS SWEETENE	110	<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x</i> <i>1 mg start pack</i>	62
<i>unithroid</i>	81	VARIVAX	106
UPCAL D POW	120	VASCEPA	40
UPSPRINGBABY DRO MV/IRON	147	<i>velivet</i>	74
UPSPRING BABY VITAMIN D	147	VELPHORO	80
<i>urinary pain relief</i>	94	VELTASSA	67
<i>ursodiol</i>	92	VELVACHOL CRE	187
V		VEMLIDY	16
<i>valacyclovir hcl</i>	16	VENCLEXTA	32
VALCHLOR	187	VENCLEXTA TAB START PK	33
<i>valganciclovir hcl</i>	16	VENEXA FE TAB	147
<i>valproate sodium</i>	55	VENEXA TAB	147
<i>valproic acid</i>	55	<i>venlafaxine hcl</i>	47
<i>valsartan</i>	38	VENOFER	99
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i> <i>12.5 mg</i>	38	VENTAVIS	44
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-</i> <i>12.5 mg</i>	38	VENTOLIN HFA	159
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-</i> <i>25 mg</i>	38	VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK)	159
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-</i> <i>12.5 mg</i>	38	VENTRIXYL FE TAB	147
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-</i> <i>25 mg</i>	38	VENTRIXYL TAB	147
VALTOCO 5 MG DOSE	55	<i>verapamil hcl</i>	42
VALTOCO 10 MG DOSE	55	VERQUOVO	44
VALTOCO 15 MG DOSE	55	VERSACLOZ	51
		VERSATILE CRE BASE	110
		VERSIGEL CRE	110
		VERZENIO	33
		<i>vestura</i>	74
		V-GO 20 KIT	66
		V-GO 30 KIT	66

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
V-GO 40 KIT	66	VITAMIN D3 IMMUNE HEALTH	148
<i>vienva</i>	74	<i>vitamin d3 maximum streng</i>	148
<i>vigabatin</i>	55	<i>vitamin d3 super strength</i>	148
<i>vigadrone</i>	55	VITAMIN D3 TAB COMPLETE	148
<i>vigpoder</i>	55	<i>vitamin d3 ultra strength</i>	148
<i>vilazodone hcl</i>	47	<i>vitamin d-1000 maximum st</i>	149
<i>vincristine sulfate</i>	24	<i>vitamin d high potency</i>	148
<i>vinorelbine tartrate</i>	25	<i>vitamin d infant</i>	149
<i>viorele</i>	74	<i>vitamin e</i>	149
VIRACEPT	13	VITAMIN E	149
VIREAD	14	<i>vitamin e blend</i>	149
<i>virt-caps</i>	147	<i>vitamin e/d-alpha natural</i>	149
<i>virt-gard</i>	147	<i>vitamin e high potency</i>	149
<i>vision formula/lutein</i>	147	<i>vitamin supplement e-400</i>	149
VISION HEALT CAP	147	VITASANA TAB	149
<i>vision vitamins</i>	147	<i>vitatrum</i>	149
VISTA ADVAN CAP AREDS2	147	<i>vitatrum complete</i>	149
VISTA ADVAN CAP DRY EYE	147	VITATRUM TAB	149
<i>vitabasic complete</i>	147	VITRAKVI	33
<i>vitabasic senior</i>	147	VITRAMYN TAB	149
VITABEX PLUS CAP	147	VITRANOL FE TAB	149
VITACHEW CHW ADULT	147	VITRANOL TAB	149
VITACHEW MULTIPLE VITAMIN	147	VITREXATE FE TAB	149
VITACRAVES CHW IMMUNITY	147	VITREXATE TAB	149
VITACRAVES CHW MENS	147	VITREXYL TAB	149
VITACRAVES CHW SOUR GUM	147	VITREXYL TAB IRON	149
VITACRAVES CHW WOMENS	147	<i>vitrum senior</i>	149
<i>vita hair</i>	147	VITRUM TAB SENIOR	149
<i>vitajoy daily d gummies</i>	148	VIVITROL	62
VITAL-D RX TAB	148	VIZIMPRO	33
<i>vitalee</i>	148	VONJO	33
VITALETS CHW CHILD	148	<i>voriconazole</i>	12
VITAMI A-C-D DRO INFANT	148	VORTEX/MASK MIS CHILDS	175
VITAMI A-C-D DRO INF/TODD	148	VORTEX VALVE MIS CHAMBER	175
<i>vitamin a</i>	148	VOSEVI TAB	16
VITAMIN A PALMITATE	148	VP GLUCOSE CHW FRUIT	78
<i>vitamin b complex-c</i>	148	VP GLUCOSE CHW GRAPE	78
<i>vitamin b complex/vitamin</i>	148	<i>vp-vite rx</i>	149
VITAMIN C	148	VRAYLAR	51
VITAMIN D2	148	<i>vyfemla</i>	74
<i>vitamin d3</i>	148	<i>vylibra</i>	74
VITAMIN D3	148	VYZULTA	153
<i>vitamin d3 adult gummies</i>	148		
<i>vitamin d3 extra strength</i>	148	W	
<i>vitamin d3 gummies</i>	148	WALGREENS GLUCOSE	78
<i>vitamin d3 gummies adult</i>	148	<i>warfarin sodium</i>	96

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>wart remover maximum stre</i>	188	XIGDUO XR TAB 5-1000MG	65
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	188	XIGDUO XR TAB 10-500MG	65
<i>wee care</i>	99	XIGDUO XR TAB 10-1000	65
<i>weekly-d</i>	149	XIIDRA	154
WELIREG	24	XOFLUZA	16
<i>wera</i>	74	XOLAIR	175
<i>wescaps</i>	149	XOSPATA	33
<i>westab one</i>	149	XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	33
WESTUSSIN DM SYP	171	XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	33
<i>wixela inhub</i>	177	XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	33
<i>womens 50+ advanced</i>	149	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	33
WOMENS 50+ TAB MULTIVIT	149	XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	33
<i>womens daily formula</i>	149	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	33
<i>womens daily formula/foli</i>	149	XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	33
WOMENS DAILY PAK PACK	150	XTANDI	23
WOMENS MULT CHW GUMMIES	150	<i>xulane</i>	74
<i>womens multi</i>	150	XULTOPHY INJ 100/3.6	66
<i>womens multivitamin</i>	150		
WOMENS PAK	150	Y	
WOUND CARE CRE	110	<i>yargesa</i>	80
<i>wymzya fe</i>	74	YELETS TEEN TAB FORMULA	150
		YF-VAX INJ	106
X		<i>yl beta carotene</i>	150
XALKORI	33	<i>yl coenzyme q10</i>	123
XARELTO	96	<i>yl folic acid</i>	150
XARELTO STAR TAB 15/20MG	96	<i>yl vitamin b-6</i>	150
XATMEP	103	<i>yl vitamin c</i>	150
XCEL 100 CRE	110	<i>yl vitamin c/rose hips</i>	150
XCELLENT E CAP 33.5MG	150	YOUR LIFE CHW GUMMIES	150
XCOPRI	55	<i>yuvaferm</i>	75
XCOPRI PAK 12.5-25	55		
XCOPRI PAK 50-100MG	56	Z	
XCOPRI PAK 100-150	56	<i>zafemy</i>	74
XCOPRI PAK 150-200MG		<i>zafirlukast</i>	171
(MAINTENANCE)	56	<i>zaleplon</i>	57, 58
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	56	ZARXIO	97
XDEMVI	151	ZEJULA	34
XELJANZ	103	ZELBORAF	34
XELJANZ XR	103	ZELDANA CAP	150
XERAC AC	188	ZEMAIRA	175
XERMELO	92	<i>zenatane</i>	177
XGEVA	67	ZENPEP CAP 3000UNIT	93
XHANCE	176	ZENPEP CAP 5000UNIT	93
XIFAXAN	92	ZENPEP CAP 10000UNT	93
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	65	ZENPEP CAP 15000UNT	93
XIGDUO XR TAB 5-500MG	65	ZENPEP CAP 20000UNT	93

Nombre del medicamento	Página n.º
ZENPEP CAP 25000UNT	93
ZENPEP CAP 40000UNT	93
ZENPEP CAP 60000UNT	93
ZERVIATE	152
<i>zidovudine</i>	14
ZIEXTENZO	97
ZIKS ARTHRIT CRE RELIEF	188
ZINC LOZ	150
<i>zinc oxide (topical)</i>	188
<i>zinc sulfate</i>	120
ZINC SULFATE POW GRANULAR	120
ZINC SULFATE POW HEPTAHYD	120
ZINC SULFATE POW MONOHYD	120
ZINTREXYL-C TAB	150
<i>ziprasidone hcl</i>	51
<i>ziprasidone mesylate</i>	51
ZIRABEV	34
ZIRGAN	151
<i>zoledronic acid</i>	67
ZOLINZA	34
<i>zolpidem tartrate</i>	58
ZONISADE	56
<i>zonisamide</i>	56
<i>zoo friends/extra c</i>	150
<i>zovia 1/35</i>	74
ZTALMY	56
<i>zumandimine</i>	74
ZURZUVAE	47
ZYDELIG	34
ZYKADIA	34
ZYLET SUS 0.5-0.3%	151
ZYPREXA RELPREVV	51

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 ይችላል። 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)** با 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.

OH-23-09-01 (SP) I (09/24)

Sin cambios realizados desde el 09/01/2024