

Lista de medicamentos cubiertos/ Formulario 2025

Aetna Better Health® Premier Plan MMAI

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

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



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

Introducción

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

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

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

Índice

A. Descargos de responsabilidad.....	III
B. Preguntas frecuentes	IV
B1. ¿Qué medicamentos con receta figuran en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> ? (Para abreviarla, denominamos a la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> “Lista de medicamentos”).	IV
B2. ¿Se modifica la Lista de medicamentos en algún momento?	IV
B3. ¿Qué sucede cuando la Lista de medicamentos cambia?	V
B4. ¿Hay alguna restricción o limitación en la cobertura de medicamentos o se debe tomar alguna medida para obtener ciertos medicamentos?.....	VII
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si debo tomar alguna medida para obtener el medicamento?	VII
B6. ¿Qué sucede si Aetna Better Health Premier Plan MMAI modifica sus normas sobre algunos medicamentos (por ejemplo, autorizaciones previas o aprobaciones, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado)?	VIII
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos?	VIII

Esta sección continúa en la siguiente página.

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



B8. ¿Qué sucede si el medicamento que deseo tomar no figura en la Lista de medicamentos?	VIII
B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo de Aetna Better Health Premier Plan MMAI y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos, o si tengo algún problema para obtener mi medicamento?	IX
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?	X
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?	XI
B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?	XI
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	XI
B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?	XI
B15. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?	XII
B16. ¿Aetna Better Health Premier Plan MMAI cubre productos de venta libre (OTC) que no sean medicamentos?	XII
B17. ¿Cuál es mi copago?	XII
B18. ¿Qué son los niveles de medicamentos?	XII
C. Resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	XIII
C1. Medicamentos agrupados según la afección médica	1
D. Índice de medicamentos cubiertos	136



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

A. Descargos de responsabilidad

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

- ❖ Aetna Better Health Premier Plan MMAI es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Illinois para brindar los beneficios de los dos programas a sus inscritos.
- ❖ We have free interpreter services to answer any questions that you may have about our health or drug plan. To get an interpreter just call us at **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. Someone that speaks Spanish, Somali can help you. This is a free service.
- ❖ Tenemos servicios gratuitos de interpretación para responder a cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, llámenos al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Alguien que hable español puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.
- ❖ Waxaanu haynaa adeegyada turjumaada oo bilaash ah si looga jawaabo su'aalo kasta oo aad ka qabto wax ku saabsan caafimaadkayaga ama qorshaha dawada. Si loo helo turjubaan soo wac lambarka **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, 24 saacadood maalintii, 7 maalmood todobaadkii. Qof ku hadla Soomaali ayaa ku caawin kara. Tani waa adeeg bilaash ah.
- ❖ Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o audio. Llame al **1-866-600-2139 (TTY:711)**, 24 horas al día, 7 días a la semana. La llamada es gratuita.
- ❖ Este documento está disponible sin cargo en español.
- ❖ Si desea realizar o cambiar una solicitud permanente para recibir los materiales en un idioma que no sea inglés o en otro formato, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- ❖ El formulario podría cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.



B. Preguntas frecuentes

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

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

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

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

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

También puede encontrar la lista actualizada de medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetna.com/betterhealth/illinois)** o puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

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

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

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

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

Esta sección continúa en la siguiente página.



IV

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

- Incorporar o modificar la cantidad de un medicamento que puede obtener (lo que se denomina “límites de cantidad”).
- Incorporar o modificar restricciones de tratamiento escalonado respecto de un medicamento. (El tratamiento escalonado significa que usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

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

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

- Aparezca en el mercado un medicamento nuevo y más económico que es igual de eficaz que el medicamento que actualmente figura en la Lista de medicamentos; **o bien**
- Nos enteremos de que el medicamento no es seguro; **o bien**
- Un medicamento se elimina del mercado.

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

- Siempre puede verificar la Lista de medicamentos actualizada de Aetna Better Health Premier Plan MMAI por Internet en **AetnaBetterHealth.com/Illinois**. Las actualizaciones de la Lista de medicamentos se publican en el sitio web mensualmente.
- También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para consultar la Lista de medicamentos actual al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

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

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

- **Sustituciones de ciertas versiones nuevas de medicamentos.** Podemos eliminar los medicamentos inmediatamente de la Lista de medicamentos si los reemplazamos con ciertas versiones nuevas de ese medicamento, pero su costo para el nuevo medicamento será el mismo. Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en la lista, pero cambiar sus normas o límites de cobertura.
- Podemos realizar estos cambios solo si el medicamento que estamos agregando:
 - Es una nueva versión genérica de un medicamento de marca.
 - Es una nueva versión biosimilar de un producto biológico original en la Lista de medicamentos (por ejemplo, agregar un biosimilar intercambiable que pueda sustituir a un producto biológico original sin una nueva receta).

Esta sección continúa en la siguiente página.

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



Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la Sección B14.

- 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.
- **Se quita un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) indica que el medicamento que usted está tomando no es seguro ni efectivo, o si el fabricante retira el medicamento del mercado, lo eliminaremos de la *Lista de medicamentos* inmediatamente. Si usted está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso luego de hacer el cambio.

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**
 - Cambiamos las normas o límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando estos cambios tengan lugar, haremos lo siguiente:

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

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

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



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

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

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

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

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

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

La tabla de medicamentos de la sección C1 tiene una columna titulada “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”.



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

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

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

Hay dos formas para encontrar un medicamento:

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

Para buscar por **orden alfabético**, vaya a la sección del Índice de medicamentos cubiertos. Puede encontrarla en la Sección D.

Para buscar **por afección médica**, busque la sección titulada “Medicamentos agrupados según la afección médica” en la Sección C1. Los medicamentos en esta sección están agrupados en categorías dependiendo del tipo de afecciones médicas que estén acostumbrados a tratar. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría “Cardiovascular”. Allí encontrará los medicamentos que sirven para tratar las afecciones cardíacas.

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

Si no encuentra su medicamento en la Lista de medicamentos, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pregunte al respecto. La llamada es gratuita. Si le informan que Aetna Better Health Premier Plan MMAI no cubrirá el medicamento, usted puede hacer lo siguiente:

- Pedirle al Departamento de Servicios para Miembros una lista de los medicamentos que sean similares al que desea tomar. Luego, 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. ○
- Puede solicitarle al plan realizar una excepción y cubrir el medicamento. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10-B12.



VIII

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

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

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

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

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

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

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

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

Esta sección continúa en la siguiente página.

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



Miembros actuales con un cambio en el nivel de atención

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

Nota: Las formas de dosificación oral sólida de marca, como en el caso de los comprimidos o las cápsulas, se limitan a surtidos de 14 días con excepciones, según lo exigido por las normas de la Parte D de Medicare. Para solicitar el suministro temporal de un medicamento, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Durante el tiempo en el que esté obteniendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal.

Puede cambiarse a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos. O puede pedirle al plan que cubra el medicamento sin límites. Si su proveedor dice que usted tiene una buena razón médica para obtener una excepción, puede ayudarlo a solicitar la excepción.

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

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

También puede solicitarnos que cambiemos las normas para su medicamento.

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



X

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

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

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

B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?

Después de recibir una declaración de la persona autorizada a darle recetas que respalde su solicitud de una excepción, le informaremos nuestra decisión en el plazo de 72 horas. La persona autorizada a dar recetas puede proporcionar la declaración de respaldo llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana o enviárnosla por fax al **1-855-365-8109**.

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

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Hay medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Usualmente, los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca en la farmacia sin una receta nueva, según las leyes estatales.

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

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

Cuando nos referimos a medicamentos, esto podría referirse a un medicamento o a un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos habituales. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos habituales, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se llaman biosimilares. Por lo general, los biosimilares son tan eficaces como los productos biológicos originales, y suelen ser más baratos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, podrían sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir los medicamentos de marca.

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

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



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

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

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

B16. ¿Aetna Better Health Premier Plan MMAI cubre productos de venta libre (OTC) que no sean medicamentos?

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

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

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

B17. ¿Cuál es mi copago?

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

B18. ¿Qué son los niveles de medicamentos?

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

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

Ningún nivel tiene copago.



C. Resumen de la *Lista de medicamentos cubiertos*

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

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

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

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

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

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

- Estos medicamentos también tienen diferentes normas en cuanto a las apelaciones. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión de cobertura y que la modifiquemos, si considera que hubo un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted desea no esté cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare o Medicaid.
- Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar. Para solicitar indicaciones sobre cómo presentar una apelación, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. También puede leer el Capítulo 9 del Manual para miembros para obtener información sobre cómo apelar una decisión.

C1. Medicamentos agrupados según la afección médica

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

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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el 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> CAPS .6mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>colchicine</i> TABS .6mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	\$0(1)	
MITIGARE CAPS .6mg	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days)
<i>probenecid</i> TABS 500mg	\$0(1)	
MISCELLANEOUS		
<i>acetaminophen</i> LIQD 160mg/5ml; SOLN 160mg/5ml, 325mg/10.15ml, 650mg/20.3ml; SUPP 120mg; SUSP 80mg/2.5ml, 160mg/5ml, 650mg/20.3ml; TABS 325mg, 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>aspirin</i> CHEW 81mg; TABS 325mg; TBEC 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>aspirin adult low dose</i> TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>aspirin low dose</i> CHEW 81mg; TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>aspirin low strength</i> CHEW 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>aspirin regimen</i> TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>childrens acetaminophen</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>ed-apap</i> LIQD 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>feverall childrens</i> SUPP 120mg	\$0(3)	NM; *
FEVERALL INFANTS SUPP 80mg	\$0(3)	NM; *
FEVERALL JUNIOR STRENGTH SUPP 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft aspirin</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft aspirin low dose</i> TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ft enteric coated aspirin</i> TBEC 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft migraine relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft pain relief</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft pain relief adult extr</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp acetaminophen</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp adult aspirin low str</i> CHEW 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp aspirin</i> TABS 325mg; TBEC 81mg, 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp aspirin low dose</i> TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp headache relief extra</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp infants pain/fever</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp migraine relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pain & fever children</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pain & fever infants</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pain relief</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pain relief extra str</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense aspirin</i> CHEW 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense aspirin adults</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense migraine formul</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense pain & fever ch</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense pain & fever in</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense pain relief</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>goodsense pain relief ext</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>headache relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>headache relief/extra str</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> SOLN .5%, 1%, 1.5%, 2%	\$0(1)	B/D
<i>liquid acetaminophen</i> LIQD 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>m-pap</i> LIQD 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>mapap childrens</i> CHEW 80mg	\$0(3)	NM; *
<i>migraine relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pain & fever childrens</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>pain & fever infants</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>pain reliever plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm aspirin adult low stre</i> TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm aspirin low dose</i> CHEW 81mg; TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm migraine relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain & fever childrens</i> SUSP 80mg/2.5ml, 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain & fever infants</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain reliever</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain reliever children</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain reliever extra st</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>tri-buffered aspirin</i>	\$0(3)	NM; *
NSAIDS - DRUGS TO TREAT PAIN AND INFLAMMATION		
<i>all day pain relief</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>all day relief</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>celecoxib</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>celecoxib</i> CAPS 400mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>diclofenac potassium</i> TABS 50mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>diclofenac sodium</i> TB24 100mg; TBEC 25mg, 50mg, 75mg	\$0(1)	
<i>diflunisal</i> TABS 500mg	\$0(1)	
<i>etodolac</i> CAPS 200mg, 300mg; TABS 400mg, 500mg; TB24 400mg, 500mg, 600mg	\$0(1)	
<i>flurbiprofen</i> TABS 100mg	\$0(1)	
<i>ft all day pain relief</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft ibuprofen</i> TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp ibuprofen</i> TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp naproxen</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense ibuprofen</i> TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense naproxen sodium</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>ibu</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	\$0(1)	
<i>ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml; TABS 400mg, 600mg, 800mg	\$0(1)	
<i>ibuprofen</i> TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>meloxicam</i> TABS 7.5mg, 15mg	\$0(1)	
<i>nabumetone</i> TABS 500mg, 750mg	\$0(1)	
<i>naproxen</i> TABS 250mg, 375mg, 500mg	\$0(1)	
<i>naproxen</i> TBEC 375mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>naproxen dr</i> TBEC 500mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>naproxen sodium</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>naproxen sodium</i> TABS 275mg, 550mg	\$0(1)	
<i>piroxicam</i> CAPS 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>sm ibuprofen</i> TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm naproxen sodium</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>sulindac</i> TABS 150mg, 200mg	\$0(1)	
OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING		
<i>buprenorphine</i> PTWK 5mcg/hr, 7.5mcg/hr, 10mcg/hr, 15mcg/hr, 20mcg/hr	\$0(1)	QL (4 patches / 28 days), PA
<i>fentanyl</i> PT72 12mcg/hr, 25mcg/hr, 37.5mcg/hr, 50mcg/hr, 62.5mcg/hr, 75mcg/hr, 87.5mcg/hr, 100mcg/hr	\$0(1)	QL (10 patches / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 100mg, 120mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>methadone hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 10mg/5ml	\$0(1)	QL (450 mL / 30 days), PA
<i>methadone hcl</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>methadone hydrochloride i</i> CONC 10mg/ml	\$0(1)	QL (90 mL / 30 days), PA
<i>morphine sulfate</i> TBCR 15mg, 30mg, 60mg, 100mg, 200mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
OXYCONTIN T12A 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA
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)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i>	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>butorphanol tartrate SOLN 1mg/ml, 2mg/ml</i>	\$0(2)	
<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 5-325mg</i>	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 10-325mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>fentanyl citrate LPOP 200mcg</i>	\$0(1)	QL (120 lozenges / 30 days), PA
<i>fentanyl citrate LPOP 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1200mcg, 1600mcg</i>	\$0(2)	NDS, QL (120 lozenges / 30 days), PA
<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)
<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)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>morphine sulfate</i> SOLN 100mg/5ml	\$0(1)	QL (180 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> TABS 15mg, 30mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>nalbuphine hcl</i> SOLN 10mg/ml, 20mg/ml	\$0(2)	
<i>oxycodone hcl</i> CONC 100mg/5ml	\$0(1)	QL (180 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab</i> 2.5-325 mg	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab</i> 5-325 mg	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab</i> 7.5-325 mg	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab</i> 10-325 mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>tramadol hcl</i> TABS 50mg	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen tab</i> 37.5-325 mg	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
ANTI-INFECTIVES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
ANTI-INFECTIVES - MISCELLANEOUS		
<i>albendazole</i> TABS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (672 tabs / year), PA
<i>amikacin sulfate</i> SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml	\$0(1)	
ARIKAYCE SUSP 590mg/8.4ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>atovaquone</i> SUSP 750mg/5ml	\$0(1)	QL (300 mL / 30 days), PA
<i>aztreonam</i> SOLR 1gm, 2gm	\$0(1)	
CAYSTON SOLR 75mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>clindamycin hcl</i> CAPS 75mg, 150mg, 300mg	\$0(1)	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> SOLR 75mg/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 **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clindamycin phosphate</i> SOLN 900mg/6ml, 9000mg/60ml	\$0(1)	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 300 mg/50ml	\$0(1)	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 600 mg/50ml	\$0(1)	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 900 mg/50ml	\$0(1)	
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	\$0(2)	
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	\$0(2)	
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	\$0(2)	
<i>colistimethate sodium</i> SOLR 150mg	\$0(1)	
<i>cvs pinworm treatment</i> SUSP 144mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>dapsone</i> TABS 25mg, 100mg	\$0(1)	
DAPTOMYCIN SOLR 350mg	\$0(2)	NDS
<i>daptomycin</i> SOLR 350mg, 500mg	\$0(2)	NDS
EMVERM CHEW 100mg	\$0(2)	NDS, QL (12 tabs / year)
<i>ertapenem sodium</i> SOLR 1gm	\$0(1)	
<i>gentamicin in saline inj</i> 0.8 mg/ml	\$0(1)	
<i>gentamicin in saline inj</i> 1 mg/ml	\$0(1)	
<i>gentamicin in saline inj</i> 1.2 mg/ml	\$0(1)	
<i>gentamicin in saline inj</i> 1.6 mg/ml	\$0(1)	
<i>gentamicin in saline inj</i> 2 mg/ml	\$0(1)	
<i>gentamicin sulfate</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/ml	\$0(1)	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> 250 mg	\$0(1)	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> 500 mg	\$0(1)	
IMPAVIDO CAPS 50mg	\$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 **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ivermectin</i> TABS 3mg	\$0(1)	QL (12 tabs / 90 days), PA
<i>linezolid</i> SOLN 600mg/300ml	\$0(1)	
<i>linezolid</i> SUSR 100mg/5ml	\$0(2)	NDS, QL (1800 mL / 30 days)
<i>linezolid</i> TABS 600mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
LINEZOLID INJ 2MG/ML	\$0(2)	
<i>meropenem</i> SOLR 1gm, 500mg	\$0(1)	
<i>methenamine hippurate</i> TABS 1gm	\$0(1)	
<i>metronidazole</i> SOLN 500mg/100ml; TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>neomycin sulfate</i> TABS 500mg	\$0(1)	
<i>nitazoxanide</i> TABS 500mg	\$0(2)	NDS, QL (6 tabs / 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> CAPS 50mg, 100mg	\$0(2)	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> CAPS 100mg	\$0(2)	
<i>pentamidine isethionate inh</i> SOLR 300mg	\$0(1)	B/D
<i>pentamidine isethionate inj</i> SOLR 300mg	\$0(1)	
<i>pin-away</i> SUSP 144mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>pinworm medicine</i> SUSP 144mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>polymyxin b sulfate</i> SOLR 500000unit	\$0(1)	
<i>praziquantel</i> TABS 600mg	\$0(1)	
<i>pyrimethamine</i> TABS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>reeses pinworm medicine</i> SUSP 144mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>streptomycin sulfate</i> SOLR 1gm	\$0(2)	NDS
<i>sulfadiazine</i> TABS 500mg	\$0(2)	NDS

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg</i>	\$0(1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg</i>	\$0(1)	
<i>tinidazole TABS 250mg, 500mg</i>	\$0(1)	
TOBI PODHALER CAPS 28mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>tobramycin NEBU 300mg/5ml</i>	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>tobramycin sulfate SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml</i>	\$0(1)	
<i>trimethoprim TABS 100mg</i>	\$0(1)	
<i>vancomycin hcl CAPS 125mg</i>	\$0(1)	QL (80 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl CAPS 250mg</i>	\$0(1)	QL (160 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl SOLR 1gm, 1.25gm, 1.5gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg</i>	\$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 SOLR 50mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>amphotericin b liposome SUSR 50mg</i>	\$0(2)	NDS, B/D
<i>caspofungin acetate SOLR 50mg, 70mg</i>	\$0(1)	
<i>fluconazole SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml</i>	\$0(1)	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i>	\$0(1)	
<i>flucytosine CAPS 250mg, 500mg</i>	\$0(2)	NDS, PA
<i>griseofulvin microsize SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg</i>	\$0(1)	
<i>griseofulvin ultramicrosize TABS 125mg, 250mg</i>	\$0(1)	
<i>itraconazole CAPS 100mg</i>	\$0(1)	PA
<i>ketoconazole TABS 200mg</i>	\$0(1)	PA
<i>micafungin sodium SOLR 50mg, 100mg</i>	\$0(1)	
<i>nystatin TABS 500000unit</i>	\$0(1)	
<i>posaconazole SUSP 40mg/ml</i>	\$0(2)	NDS, QL (630 mL / 30 days), PA
<i>posaconazole TBEC 100mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (93 tabs / 30 days), PA
<i>terbinafine hcl TABS 250mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies after a 90 day supply in a calendar year
<i>voriconazole SOLR 200mg</i>	\$0(1)	PA
<i>voriconazole SUSR 40mg/ml</i>	\$0(2)	NDS, QL (600 mL / 28 days), PA
<i>voriconazole TABS 50mg</i>	\$0(1)	QL (480 tabs / 30 days)
<i>voriconazole TABS 200mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
ANTIMALARIALS - DRUGS TO TREAT MALARIA		
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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> TABS 600mg	\$0(1)	NM
<i>emtricitabine</i> CAPS 200mg	\$0(1)	NM
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	\$0(2)	NM
<i>etravirine</i> TABS 100mg, 200mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>fosamprenavir calcium</i> TABS 700mg	\$0(2)	NDS, NM
FUZEON SOLR 90mg	\$0(2)	NDS, NM
INTELENCE TABS 25mg	\$0(2)	NM
ISENTRESS CHEW 25mg	\$0(2)	NM
ISENTRESS CHEW 100mg; PACK 100mg; TABS 400mg	\$0(2)	NDS, NM

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ISENTRESS HD TABS 600mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>lamivudine</i> SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	\$0(1)	NM
<i>maraviroc</i> TABS 150mg, 300mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>nevirapine</i> SUSP 50mg/5ml; TABS 200mg; TB24 400mg	\$0(1)	NM
NORVIR PACK 100mg	\$0(2)	NM
PIFELTRO TABS 100mg	\$0(2)	NDS, NM
PREZISTA SUSP 100mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (400 mL / 30 days), NM
PREZISTA TABS 75mg	\$0(2)	QL (480 tabs / 30 days), NM
PREZISTA TABS 150mg	\$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM
REYATAZ PACK 50mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>ritonavir</i> TABS 100mg	\$0(1)	NM
RUKOBIA TB12 600mg	\$0(2)	NDS, NM
SELZENTRY SOLN 20mg/ml; TABS 75mg	\$0(2)	NDS, NM
SELZENTRY TABS 25mg	\$0(2)	NM
SUNLENCA TBPK 300mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> TABS 300mg	\$0(1)	NM
TIVICAY TABS 10mg	\$0(2)	NM
TIVICAY TABS 25mg, 50mg	\$0(2)	NDS, NM
TIVICAY PD TBSO 5mg	\$0(2)	NDS, NM
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	\$0(2)	NDS, NM
TYBOST TABS 150mg	\$0(2)	NM
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	\$0(2)	NDS, NM
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	\$0(2)	NDS, NM

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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</i> 600-300 mg	\$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</i> 600-200-300 mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab</i> 400-300-300 mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab</i> 600-300-300 mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab</i> 100-150 mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab</i> 133-200 mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab</i> 167-250 mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab</i> 200-300 mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), NM
EVOTAZ TAB 300-150	\$0(2)	NDS, NM
GENVOYA TAB	\$0(2)	NDS, NM

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
JULUCA TAB 50-25MG	\$0(2)	NDS, NM
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	\$0(1)	NM
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	\$0(1)	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	\$0(1)	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	\$0(1)	NM
ODEFSEY TAB	\$0(2)	NDS, NM
PREZCOBIX TAB 800-150	\$0(2)	NDS, NM
STRIBILD TAB	\$0(2)	NDS, NM
SYMTUZA TAB	\$0(2)	NDS, NM
TRIUMEQ PD TAB	\$0(2)	NM
TRIUMEQ TAB	\$0(2)	NDS, NM
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, 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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, ST
<i>entecavir</i> TABS .5mg, 1mg	\$0(1)	NM
EPCLUSA PAK 150-37.5	\$0(2)	NDS, NM, PA
EPCLUSA PAK 200-50MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
EPCLUSA TAB 200-50MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
EPCLUSA TAB 400-100	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>famciclovir</i> TABS 125mg, 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>ganciclovir sodium</i> SOLR 500mg	\$0(1)	B/D
HARVONI PAK 33.75-150MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
HARVONI PAK 45-200MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
HARVONI TAB 45-200MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
HARVONI TAB 90-400MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>lamivudine (hbv)</i> TABS 100mg	\$0(1)	NM
LIVTENCITY TABS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (336 tabs / 28 days), NM, PA
MAVYRET PAK 50-20MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
MAVYRET TAB 100-40MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 30mg	\$0(1)	QL (168 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 45mg, 75mg	\$0(1)	QL (84 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> SUSR 6mg/ml	\$0(1)	QL (1080 mL / year)
PAXLOVID TAB 150-100	\$0(2)	NDS, QL (40 tabs / 90 days)
PAXLOVID TAB 300-100	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 90 days)
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; SOSY 180mcg/0.5ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days), PA
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister	\$0(2)	QL (6 inhalers / year)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido

* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	\$0(1)	NM
<i>rimantadine hydrochloride</i> TABS 100mg	\$0(1)	
<i>valacyclovir hcl</i> TABS 1gm, 500mg	\$0(1)	
<i>valganciclovir hcl</i> SOLR 50mg/ml	\$0(2)	NDS
<i>valganciclovir hcl</i> TABS 450mg	\$0(1)	
VOSEVI TAB	\$0(2)	NDS, NM, PA
XOFLUZA TBPK 40mg, 80mg	\$0(2)	QL (1 tab / 180 days)
CEPHALOSPORINS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>cefaclor</i> CAPS 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>cefadroxil</i> CAPS 500mg; SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	\$0(1)	
CEFAZOLIN SOLR 2gm, 3gm	\$0(2)	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	\$0(2)	
<i>cefazolin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 3gm, 10gm, 500mg	\$0(1)	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	\$0(2)	
<i>cefdinir</i> CAPS 300mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	\$0(1)	
<i>cefepime hcl</i> SOLR 1gm, 2gm	\$0(1)	
<i>cefixime</i> CAPS 400mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	\$0(1)	
<i>cefotetan disodium</i> SOLR 1gm, 2gm	\$0(1)	
<i>cefoxitin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	\$0(1)	
<i>cefpodoxime proxetil</i> SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml; TABS 100mg, 200mg	\$0(1)	
<i>cefprozil</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>ceftazidime</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	\$0(1)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

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

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
<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 **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el 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	\$0(2)	NDS, NM
NUZYRA TABS 150mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 14 days), NM
<i>tetracycline hcl</i> CAPS 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>tigecycline</i> SOLR 50mg	\$0(2)	NDS

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTINEOPLASTIC AGENTS - DRUGS TO TREAT CANCER		
ALKYLATING AGENTS		
BENDAMUSTINE HYDROCHLORID SOLN 100mg/4ml	\$0(2)	NDS, B/D, NM
BENDEKA SOLN 100mg/4ml	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<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
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml, 500mg/5ml, 1000mg/10ml, 2000mg/20ml	\$0(2)	NDS, B/D
<i>cyclophosphamide</i> SOLR 2gm	\$0(2)	NDS, B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS 25mg, 50mg	\$0(2)	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR SOLN 2gm/10ml	\$0(2)	NDS, B/D
GLEOSTINE CAPS 10mg, 40mg	\$0(2)	NM
GLEOSTINE CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml; SOLR 50mg	\$0(1)	B/D
<i>oxaliplatin</i> SOLR 100mg	\$0(2)	NDS, B/D
ANTIMETABOLITES		
<i>azacitidine</i> SUSR 100mg	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>cytarabine</i> SOLN 20mg/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 NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluorouracil</i> SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	\$0(1)	B/D
<i>gemcitabine hcl</i> SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml; SOLR 1gm, 2gm, 200mg	\$0(1)	B/D
INQOVI TAB 35-100MG	\$0(2)	NDS, QL (5 tabs / 28 days), NM, PA
LONSURF TAB 15-6.14	\$0(2)	NDS, QL (100 tabs / 28 days), NM, PA
LONSURF TAB 20-8.19	\$0(2)	NDS, QL (80 tabs / 28 days), NM, PA
<i>mercaptopurine</i> TABS 50mg	\$0(1)	
<i>methotrexate sodium</i> SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	\$0(1)	B/D
ONUREG TABS 200mg, 300mg	\$0(2)	NDS, QL (14 tabs / 28 days), NM, PA
<i>pemetrexed disodium</i> SOLR 100mg, 500mg, 750mg, 1000mg	\$0(2)	NDS, B/D
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	\$0(2)	NDS, NM
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, PA
AKEEGA TAB 100/500	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>anastrozole</i> TABS 1mg	\$0(1)	
<i>bicalutamide</i> TABS 50mg	\$0(1)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ELIGARD KIT 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg	\$0(2)	NM, PA
ERLEADA TABS 60mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
ERLEADA TABS 240mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
EULEXIN CAPS 125mg	\$0(2)	NDS
<i>exemestane</i> TABS 25mg	\$0(1)	
FIRMAGON SOLR 80mg	\$0(2)	NM, PA
FIRMAGON SOLR 120mg/vial	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>fulvestrant</i> SOSY 250mg/5ml	\$0(2)	NDS, B/D
<i>letrozole</i> TABS 2.5mg	\$0(1)	
<i>leuprolide acetate</i> KIT 1mg/0.2ml	\$0(1)	NM, PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
LYSODREN TABS 500mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>megestrol acetate</i> TABS 20mg, 40mg	\$0(2)	
<i>nilutamide</i> TABS 150mg	\$0(2)	NDS
NUBEQA TABS 300mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
ORGOVYX TABS 120mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
ORSERDU TABS 86mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
ORSERDU TABS 345mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	\$0(2)	NDS
<i>tamoxifen citrate</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>toremifene citrate</i> TABS 60mg	\$0(1)	PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XTANDI CAPS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
XTANDI TABS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
XTANDI TABS 80mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
IMMUNOMODULATORS		
<i>lenalidomide</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	\$0(2)	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, PA
<i>lenalidomide</i> CAPS 20mg, 25mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
POMALYST CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
THALOMID CAPS 50mg	\$0(2)	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
THALOMID CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
THALOMID CAPS 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA
MISCELLANEOUS		
BESREMI SOSY 500mcg/ml	\$0(2)	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
<i>bexarotene</i> CAPS 75mg	\$0(2)	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, PA
<i>doxorubicin hcl</i> SOLN 2mg/ml	\$0(1)	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> INJ 2mg/ml	\$0(2)	NDS, B/D
<i>hydroxyurea</i> CAPS 500mg	\$0(1)	
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	\$0(1)	B/D
IWILFIN TABS 192mg	\$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MATULANE CAPS 50mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> CAPS 10mg	\$0(2)	NDS
WELIREG TABS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
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>vincristine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	\$0(1)	B/D
<i>vinorelbine tartrate</i> SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	\$0(1)	B/D
MOLECULAR TARGET AGENTS		
ALECENSA CAPS 150mg	\$0(2)	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
ALUNBRIG TABS 30mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
ALUNBRIG TABS 90mg, 180mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ALUNBRIG PAK	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
AUGTYRO CAPS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INLYTA TABS 5mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
INREBIC CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
JAYPIRCA TABS 50mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
JAYPIRCA TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	\$0(2)	NDS, B/D, NM
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg	\$0(2)	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 200 PAK FEMARA	\$0(2)	NDS, QL (49 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 400 DOSE TBPK 200mg	\$0(2)	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 400 PAK FEMARA	\$0(2)	NDS, QL (70 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 DOSE TBPK 200mg	\$0(2)	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 PAK FEMARA	\$0(2)	NDS, QL (91 tabs / 28 days), NM, PA
KOSELUGO CAPS 10mg	\$0(2)	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
KOSELUGO CAPS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
KRAZATI TABS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
<i>lapatinib ditosylate</i> TABS 250mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA CAP 14 MG	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA CAP 18 MG	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA CAP 24 MG	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
LORBRENA TABS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
LORBRENA TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
LUMAKRAS TABS 120mg	\$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
LUMAKRAS TABS 320mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) TBPk 4mg	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) TBPk 4mg	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) TBPk 4mg	\$0(2)	NDS, QL (140 tabs / 28 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MEKINIST SOLR .05mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (1260 mL / 30 days), NM, PA
MEKINIST TABS 2mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
MEKINIST TABS .5mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
MEKTOVI TABS 15mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
MONJUVI SOLR 200mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
NERLYNX TABS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg	\$0(2)	NDS, QL (3 caps / 28 days), NM, PA
ODOMZO CAPS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
OGIVRI SOLR 150mg, 420mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
OGSIVEO TABS 50mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
OGSIVEO TABS 100mg, 150mg	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
OJEMDA SUSR 25mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (96 mL / 28 days), NM, PA
OJEMDA TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (24 tabs / 28 days), NM, PA
OJJAARA TABS 100mg, 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>pazopanib hcl</i> TABS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
PHESGO SOL	\$0(2)	NDS, NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPk 200mg	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
PIQRAY 250MG TAB DOSE	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPk 150mg	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
QINLOCK TABS 50mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
RETEVMO CAPS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
RETEVMO CAPS 80mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
RETEVMO TABS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
RETEVMO TABS 80mg, 120mg, 160mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
REZLIDHIA CAPS 150mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
ROZLYTREK CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
ROZLYTREK CAPS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
ROZLYTREK PACK 50mg	\$0(2)	NDS, QL (336 packets / 28 days), NM, PA
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
RYDAPT CAPS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (224 caps / 28 days), NM, PA
SCEMBLIX TABS 20mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
SCEMBLIX TABS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (300 tabs / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TEPMETKO TABS 225mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
TIBSOVO TABS 250mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>torpenz</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
TRUQAP TABS 160mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (64 tabs / 28 days), NM, PA
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
TURALIO CAPS 125mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
VANFLYTA TABS 17.7mg, 26.5mg	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
VENCLEXTA TABS 10mg	\$0(2)	QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
VENCLEXTA TABS 50mg	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
VENCLEXTA TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
VENCLEXTA TAB START PK	\$0(2)	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, PA
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
VITRAKVI CAPS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
VITRAKVI CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
VITRAKVI SOLN 20mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (300 mL / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
VONJO CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
XALKORI CAPS 200mg, 250mg; CPSP 50mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
XALKORI CPSP 20mg	\$0(2)	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
XALKORI CPSP 150mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
XOSPATA TABS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) TBPK 40mg	\$0(2)	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY) TBPK 40mg	\$0(2)	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY) TBPK 60mg	\$0(2)	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (60 MG TWICE WEEKLY) TBPK 20mg	\$0(2)	NDS, QL (24 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY) TBPK 40mg	\$0(2)	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (80 MG TWICE WEEKLY) TBPK 20mg	\$0(2)	NDS, QL (32 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY) TBPK 50mg	\$0(2)	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA
ZEJULA TABS 100mg, 200mg, 300mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ZELBORAF TABS 240mg	\$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	\$0(2)	NDS, NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZOLINZA CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
ZYKADIA TABS 150mg	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
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</i> cap 2.5-10 mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl</i> cap 5-10 mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl</i> cap 5-20 mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl</i> cap 5-40 mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl</i> cap 10-20 mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl</i> cap 10-40 mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>benazepril & hydrochlorothiazide</i> tab 5-6.25mg	\$0(1)	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide</i> tab 10-12.5 mg	\$0(1)	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide</i> tab 20-12.5 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 NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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 **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el 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)

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ENTRESTO CAP 6-6MG	\$0(2)	QL (240 caps / 30 days)
ENTRESTO CAP 15-16MG	\$0(2)	QL (240 caps / 30 days)
ENTRESTO TAB 24-26MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
ENTRESTO TAB 49-51MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
ENTRESTO TAB 97-103MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium & 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)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<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)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

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

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

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

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

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

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

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

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	
<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</i> 25-25 mg	\$0(1)	
<i>toremide</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	\$0(1)	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap</i> 37.5-25 mg	\$0(1)	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i> 37.5-25 mg	\$0(1)	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i> 75-50 mg	\$0(1)	
MISCELLANEOUS		
<i>aliskiren fumarate</i> TABS 150mg, 300mg	\$0(1)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clonidine</i> PTWK .1mg/24hr, .2mg/24hr, .3mg/24hr	\$0(1)	
<i>clonidine hcl</i> TABS .1mg, .2mg, .3mg	\$0(1)	
CORLANOR SOLN 5mg/5ml	\$0(2)	QL (450 mL / 30 days)
<i>digoxin</i> SOLN .05mg/ml, .25mg/ml	\$0(1)	
<i>digoxin</i> TABS 125mcg, 250mcg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>droxidopa</i> CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
<i>droxidopa</i> CAPS 200mg, 300mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOLN 1mg/ml	\$0(1)	
<i>guanfacine hcl</i> TABS 1mg, 2mg	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older
<i>hydralazine hcl</i> SOLN 20mg/ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>ivabradine hcl</i> TABS 5mg, 7.5mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>metyrosine</i> CAPS 250mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>midodrine hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>minoxidil</i> TABS 2.5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>ranolazine</i> TB12 500mg, 1000mg	\$0(1)	
VERQUVO TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA
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)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION - DRUGS TO TREAT PULMONARY HYPERTENSION		
<i>alyq</i> TABS 20mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>ambrisentan</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>bosentan</i> TABS 62.5mg, 125mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days), NM, PA
<i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
CENTRAL NERVOUS SYSTEM - DRUGS TO TREAT NERVOUS SYSTEM DISORDERS		
ANTIANXIETY - DRUGS TO TREAT ANXIETY		
<i>alprazolam</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	\$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
<i>bupirone hcl</i> TABS 5mg, 7.5mg, 10mg, 15mg, 30mg	\$0(1)	
<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml	\$0(1)	QL (150 mL / 30 days)
<i>lorazepam</i> SOLN 4mg/ml, 20mg/10ml	\$0(1)	
<i>lorazepam</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	\$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
<i>lorazepam intensol</i> CONC 2mg/ml	\$0(1)	QL (150 mL / 30 days)
ANTIDEMENTIA - DRUGS TO TREAT DEMENTIA AND MEMORY LOSS		
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 5mg; TBDP 5mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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(1)	PA; PA applies if 29 years and younger
NAMZARIC CAP 7-10MG	\$0(2)	
NAMZARIC CAP 14-10MG	\$0(2)	
NAMZARIC CAP 21-10MG	\$0(2)	
NAMZARIC CAP 28-10MG	\$0(2)	
NAMZARIC CAP PACK	\$0(2)	
<i>rivastigmine</i> PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr	\$0(1)	QL (30 patches / 30 days)
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
ANTIDEPRESSANTS - DRUGS TO TREAT DEPRESSION		
<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	\$0(2)	
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	\$0(2)	
AUVELITY TAB 45-105MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg	\$0(1)	
<i>bupropion hcl</i> TB12 100mg, 150mg, 200mg; TB24 150mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl</i> TB24 300mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>citalopram hydrobromide</i> SOLN 10mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	
<i>clomipramine hcl</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg	\$0(2)	PA
<i>desipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	\$0(2)	
<i>desvenlafaxine succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg; CONC 10mg/ml	\$0(2)	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20mg, 30mg, 40mg, 60mg	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>duloxetine hcl</i> CPEP 20mg, 30mg, 60mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
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)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nortriptyline hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg; SOLN 10mg/5ml	\$0(2)	
<i>paroxetine hcl</i> SUSP 10mg/5ml	\$0(2)	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>paroxetine hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(2)	
<i>phenelzine sulfate</i> TABS 15mg	\$0(1)	
<i>protriptyline hcl</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	
<i>sertraline hcl</i> CONC 20mg/ml; TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>tranylcypromine sulfate</i> TABS 10mg	\$0(1)	
<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	\$0(1)	
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 25mg, 50mg	\$0(2)	QL (120 caps / 30 days)
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days)
TRINTELLIX TABS 5mg, 10mg, 20mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>venlafaxine hcl</i> CP24 37.5mg, 75mg, 150mg; TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	\$0(1)	
<i>vilazodone hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ZURZUVAE CAPS 20mg, 25mg	\$0(2)	NDS, QL (28 caps / 14 days), NM, PA
ZURZUVAE CAPS 30mg	\$0(2)	NDS, QL (14 caps / 14 days), NM, PA
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)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>benztropine mesylate</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older
<i>bromocriptine mesylate</i> CAPS 5mg; TABS 2.5mg	\$0(1)	
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i> 10-100mg	\$0(1)	
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i> 25-100mg	\$0(1)	
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i> 25-250mg	\$0(1)	
<i>carbidopa & levodopa tab</i> 10-100 mg	\$0(1)	
<i>carbidopa & levodopa tab</i> 25-100 mg	\$0(1)	
<i>carbidopa & levodopa tab</i> 25-250 mg	\$0(1)	
<i>carbidopa & levodopa tab er</i> 25-100 mg	\$0(1)	
<i>carbidopa & levodopa tab er</i> 50-200 mg	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 12.5-50-200 mg	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 18.75-75-200 mg	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 25-100-200 mg	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 31.25-125-200 mg	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 37.5-150-200 mg	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 50-200-200 mg	\$0(1)	
<i>entacapone</i> TABS 200mg	\$0(1)	
INBRIJA CAPS 42mg	\$0(2)	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg	\$0(1)	
<i>rasagiline mesylate</i> TABS .5mg, 1mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ropinirole hydrochloride</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg	\$0(1)	
<i>selegiline hcl</i> CAPS 5mg; TABS 5mg	\$0(1)	
<i>trihexyphenidyl hcl</i> SOLN .4mg/ml; TABS 2mg, 5mg	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older
ANTIPSYCHOTICS - DRUGS TO TREAT PSYCHOSES		
<i>aripiprazole</i> SOLN 1mg/ml	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days)
<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), ST
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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clozapine</i> TBDP 100mg	\$0(1)	QL (270 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 150mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 200mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days), PA
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
FANAPT PAK	\$0(2)	QL (2 packs / year), PA
<i>fluphenazine decanoate</i> SOLN 25mg/ml	\$0(1)	
<i>fluphenazine hcl</i> CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>haloperidol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>haloperidol decanoate</i> SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	\$0(1)	
<i>haloperidol lactate</i> CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	\$0(1)	
INVEGA HAFYERA SUSY 1092mg/3.5ml, 1560mg/5ml	\$0(2)	NDS, QL (1 injection / 180 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml	\$0(2)	QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.88ml, 410mg/1.32ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.63ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 90 days)
<i>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	\$0(1)	
<i>lurasidone hcl</i> TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lurasidone hcl</i> TABS 80mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	\$0(1)	
NUPLAZID CAPS 34mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
NUPLAZID TABS 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>olanzapine</i> SOLR 10mg	\$0(1)	QL (3 vials / 1 day)
<i>olanzapine</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 20mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TBDP 5mg, 15mg, 20mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), ST
<i>olanzapine</i> TBDP 10mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), ST
<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg, 3mg, 9mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>paliperidone</i> TB24 6mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	\$0(1)	
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	\$0(1)	
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 25mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 300mg, 400mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 50mg, 300mg, 400mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 150mg, 200mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
REXULTI TABS 3mg, 4mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
<i>risperidone</i> SOLN 1mg/ml	\$0(1)	QL (240 mL / 30 days)
<i>risperidone</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BRIVIACT SOLN 10mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA
BRIVIACT TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>carbamazepine</i> CHEW 100mg; CP12 100mg, 200mg, 300mg; SUSP 100mg/5ml; TABS 200mg; TB12 100mg, 200mg, 400mg	\$0(1)	
<i>clobazam</i> SUSP 2.5mg/ml	\$0(1)	QL (480 mL / 30 days), PA
<i>clobazam</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>clonazepam</i> TABS 2mg; TBDP 2mg	\$0(1)	QL (300 tabs / 30 days)
<i>clonazepam</i> TABS .5mg, 1mg; TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
DIACOMIT CAPS 250mg	\$0(2)	NDS, QL (360 caps / 30 days), NM, PA
DIACOMIT CAPS 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
DIACOMIT PACK 250mg	\$0(2)	NDS, QL (360 packets / 30 days), NM, PA
DIACOMIT PACK 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA
<i>diazepam</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(1)	QL (1200 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
<i>diazepam</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
<i>diazepam (anticonvulsant)</i> GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	\$0(1)	
<i>diazepam intensol</i> CONC 5mg/ml	\$0(1)	QL (240 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
DILANTIN CAPS 30mg	\$0(2)	
<i>divalproex sodium</i> CSDR 125mg; TB24 250mg, 500mg; TBEC 125mg, 250mg, 500mg	\$0(1)	
EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (600 mL / 30 days), NM, PA
<i>epitol</i> TABS 200mg	\$0(1)	
EPRONTIA SOLN 25mg/ml	\$0(2)	QL (480 mL / 30 days), PA
<i>ethosuximide</i> CAPS 250mg; SOLN 250mg/5ml	\$0(1)	
<i>felbamate</i> SUSP 600mg/5ml; TABS 400mg, 600mg	\$0(1)	
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (360 mL / 30 days), NM, PA
FYCOMPA SUSP .5mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (720 mL / 30 days), PA
FYCOMPA TABS 2mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA
FYCOMPA TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>gabapentin</i> CAPS 100mg, 300mg	\$0(1)	QL (360 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> CAPS 400mg	\$0(1)	QL (270 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> SOLN 250mg/5ml, 300mg/6ml	\$0(1)	QL (2160 mL / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 600mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 800mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> SOLN 200mg/20ml	\$0(1)	
<i>lacosamide</i> TABS 50mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lacosamide</i> TABS 100mg, 150mg, 200mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>lacosamide oral</i> SOLN 10mg/ml	\$0(1)	QL (1200 mL / 30 days)
<i>lamotrigine</i> CHEW 5mg, 25mg; TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	\$0(1)	
<i>lamotrigine</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg	\$0(1)	ST
<i>levetiracetam</i> SOLN 100mg/ml, 500mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	\$0(1)	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>	\$0(1)	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	\$0(1)	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	\$0(1)	
LIBERVANT FILM 5mg, 7.5mg, 10mg, 12.5mg, 15mg	\$0(2)	QL (10 buccal films / 30 days)
<i>methsuximide</i> CAPS 300mg	\$0(1)	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	\$0(2)	QL (10 nasal units per 30 days)
<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 applies 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 applies if 70 years and older
<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older
<i>phenytek</i> CAPS 200mg, 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 **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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>roovepra</i> TABS 500mg	\$0(1)	
<i>rufinamide</i> SUSP 40mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (2400 mL / 30 days), PA
<i>rufinamide</i> TABS 200mg	\$0(1)	QL (480 tabs / 30 days), PA
<i>rufinamide</i> TABS 400mg	\$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), PA
SPRITAM TB3D 250mg	\$0(2)	QL (360 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 500mg	\$0(2)	QL (180 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 750mg	\$0(2)	QL (120 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 1000mg	\$0(2)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>subvenite</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	\$0(1)	
SYMPAZAN FILM 5mg, 10mg, 20mg	\$0(2)	NDS, QL (60 films / 30 days), PA
<i>tiagabine hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	\$0(1)	
<i>topiramate</i> CPSP 15mg, 25mg; TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	\$0(1)	
<i>valproate sodium</i> SOLN 100mg/ml, 250mg/5ml	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>valproic acid</i> CAPS 250mg	\$0(1)	
VALTOCO 5 MG DOSE	\$0(2)	QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 10 MG DOSE	\$0(2)	QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 15 MG DOSE	\$0(2)	QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 20 MG DOSE	\$0(2)	QL (10 blister packs per 30 days)
<i>vigabatrin</i> PACK 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA
<i>vigabatrin</i> TABS 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
<i>vigadrone</i> PACK 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA
<i>vigadrone</i> TABS 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
VIGAFYDE SOLN 100mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (900 mL / 30 days), NM, PA
<i>vigpoder</i> PACK 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA
XCOPRI TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
XCOPRI TABS 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
XCOPRI PAK 12.5-25	\$0(2)	QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 50-100MG	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 100-150	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
ZONISADE SUSP 100mg/5ml	\$0(2)	NDS, QL (900 mL / 30 days), PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
zonisamide CAPS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
ZTALMY SUSP 50mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (1100 mL / 30 days), NM, 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
<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)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>temazepam</i> CAPS 15mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>zaleplon</i> CAPS 5mg	\$0(2)	QL (30 caps / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>zaleplon</i> CAPS 10mg	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<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
EMGALITY SOAJ 120mg/ml	\$0(2)	QL (2 pens / 30 days), NM, PA
EMGALITY SOSY 100mg/ml	\$0(2)	QL (3 syringes / 30 days), NM, PA
EMGALITY SOSY 120mg/ml	\$0(2)	QL (2 syringes / 30 days), NM, PA
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	\$0(1)	QL (40 tabs / 28 days), PA
<i>naratriptan hcl</i> TABS 1mg, 2.5mg	\$0(1)	QL (12 tabs / 30 days)
NURTEC TBDP 75mg	\$0(2)	QL (16 tabs / 30 days), PA
QULIPTA TABS 10mg, 30mg, 60mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>rizatriptan benzoate</i> TABS 5mg, 10mg; TBP 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, PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 6mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 12mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 18mg, 24mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 30mg, 36mg, 42mg, 48mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TAB TITR KIT	\$0(2)	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
<i>lithium</i> SOLN 8meq/5ml	\$0(1)	
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg; TABS 300mg; TBCR 300mg, 450mg	\$0(1)	
NUEDEXTA CAP 20-10MG	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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, PA
BETASERON KIT .3mg	\$0(2)	NDS, QL (14 syringes / 28 days), NM, PA
COPAXONE SOSY 20mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
COPAXONE SOSY 40mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
<i>dalfampridine</i> TB12 10mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>fingolimod hcl</i> CAPS .5mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 20mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 40mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
<i>glatopa</i> SOSY 20mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
<i>glatopa</i> SOSY 40mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
KESIMPTA SOAJ 20mg/0.4ml	\$0(2)	NDS, QL (16 pens / 365 days), NM, PA
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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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, 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)
<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 **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el 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>ft nicotine LOZG 4mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nicotine gum GUM 2mg, 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 LOZG 2mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>naloxone hcl LIQD 4mg/0.1ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>naloxone hcl LIQD 4mg/0.1ml; SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY .4mg/ml, 2mg/2ml</i>	\$0(1)	
<i>naltrexone hcl TABS 50mg</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

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

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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 TABS 2mg</i>	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>repaglinide TABS .5mg, 1mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 14mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA
SYNJARDY TAB 5-500MG	\$0(2)	QL (120 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 12.5-500	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 10-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 25-1000	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
TRADJENTA TABS 5mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
TRULICITY SOPN .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml	\$0(2)	QL (4 pens / 28 days), PA
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-500MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-500MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	
ALCOHOL SWABS: BD-EMBECTA/MHC/RUGBY	\$0(2)	PA
BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml	\$0(2)	
FIASP SOLN 100unit/ml	\$0(2)	
FIASP FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml	\$0(2)	
FIASP PENFILL SOCT 100unit/ml	\$0(2)	
FIASP PUMPCART SOCT 100unit/ml	\$0(2)	B/D
GAUZE PADS 2" X 2"	\$0(2)	PA
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml	\$0(2)	NDS, B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml	\$0(2)	NDS
INSULIN PEN NEEDLES: BD-EMBECTA	\$0(2)	PA
INSULIN SAFETY NEEDLES: BD-EMBECTA	\$0(2)	PA
INSULIN SYRINGES: BD-EMBECTA	\$0(2)	PA
NOVOLIN INJ 70/30	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN INJ 70/30 FP	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml	\$0(2)	(brand RELION not covered)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NOVOLOG MIX INJ 70/30	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	\$0(2)	(brand RELION not covered)
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO	\$0(2)	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO	\$0(2)	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD DASH KIT INTRO	\$0(2)	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD DASH MIS PODS	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD MIS CLASSIC	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
SOLIQUA INJ 100/33	\$0(2)	QL (5 pens / 25 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	\$0(2)	
TOUJEO SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	\$0(2)	
TRESIBA SOLN 100unit/ml	\$0(2)	
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml	\$0(2)	
XULTOPHY INJ 100/3.6	\$0(2)	QL (5 pens / 30 days)
CALCIUM REGULATORS		
<i>alendronate sodium</i> SOLN 70mg/75ml	\$0(1)	ST
<i>alendronate sodium</i> TABS 10mg, 35mg, 70mg	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	\$0(1)	B/D
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg	\$0(1)	B/D
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	\$0(2)	B/D
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml	\$0(1)	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml	\$0(2)	QL (1 syringe / 180 days), NM
<i>risedronate sodium</i> TABS 5mg, 35mg, 150mg	\$0(1)	
<i>risedronate sodium</i> TBEC 35mg	\$0(1)	ST
TERIPARATIDE SOPN 620mcg/2.48ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml; SOLN 5mg/100ml	\$0(1)	B/D, NM
CHELATING AGENTS		
CHEMET CAPS 100mg	\$0(2)	NDS
<i>deferasirox</i> TABS 90mg; TBSO 125mg	\$0(1)	NM, PA
<i>deferasirox</i> TABS 180mg, 360mg	\$0(2)	NM, PA
<i>deferasirox</i> TBSO 250mg, 500mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>kionex</i> SUSP 15gm/60ml	\$0(1)	
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
CONTRACEPTIVES - DRUGS FOR BIRTH CONTROL		
<i>afirmelle</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>altavera</i>	\$0(1)	
<i>alyacen 1/35</i>	\$0(1)	
<i>alyacen 7/7/7</i>	\$0(1)	
<i>amethia</i>	\$0(1)	
<i>amethyst</i>	\$0(1)	
<i>apri</i>	\$0(1)	
<i>aranelle</i>	\$0(1)	
<i>ashlyna</i>	\$0(1)	
<i>aubra eq</i>	\$0(1)	
<i>aurovela 1/20</i>	\$0(1)	
<i>aurovela 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>aurovela fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>aviane</i>	\$0(1)	
<i>ayuna</i>	\$0(1)	
<i>azurette</i>	\$0(1)	
<i>balziva</i>	\$0(1)	
<i>blisovi 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>briellyn</i>	\$0(1)	
<i>camila TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>camrese</i>	\$0(1)	
<i>camrese lo</i>	\$0(1)	
<i>chateal eq</i>	\$0(1)	
<i>cryselle-28</i>	\$0(1)	
<i>curae TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cyred eq</i>	\$0(1)	
<i>dasetta 1/35</i>	\$0(1)	
<i>dasetta 7/7/7</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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>dolishale</i>	\$0(1)	
<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.02-0.451 mg</i>	\$0(1)	
<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.03-0.451 mg</i>	\$0(1)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	\$0(1)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	\$0(1)	
<i>econtra one-step</i> TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>elinest</i>	\$0(1)	
<i>eluryng</i>	\$0(1)	
<i>emzahh</i> TABS .35mg	\$0(1)	
<i>enilloring</i>	\$0(1)	
<i>enpresse-28</i>	\$0(1)	
<i>enskyce</i>	\$0(1)	
<i>errin</i> TABS .35mg	\$0(1)	
<i>estarylla</i>	\$0(1)	
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>	\$0(1)	
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	\$0(1)	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	\$0(1)	
<i>falmina</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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>her style</i> TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>iclevia</i>	\$0(1)	
<i>incassia</i> TABS .35mg	\$0(1)	
<i>introvale</i>	\$0(1)	
<i>isibloom</i>	\$0(1)	
<i>jasmiel</i>	\$0(1)	
<i>jolessa</i>	\$0(1)	
<i>juleber</i>	\$0(1)	
<i>junel 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>junel 1/20</i>	\$0(1)	
<i>junel fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>junel fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>junel fe 24</i>	\$0(1)	
<i>kaitlib fe</i>	\$0(1)	
<i>kariva</i>	\$0(1)	
<i>kelnor 1/35</i>	\$0(1)	
<i>kelnor 1/50</i>	\$0(1)	
<i>kurvelo</i>	\$0(1)	
<i>larin 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>larin 1/20</i>	\$0(1)	
<i>larin 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>larin fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>larin fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>layolis 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 **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>leena</i>	\$0(1)	
<i>lessina</i>	\$0(1)	
<i>levonest</i>	\$0(1)	
<i>levonor-eth est tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg & eth est 0.01 mg</i>	\$0(1)	
<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)</i>	\$0(1)	
<i>levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)</i>	\$0(1)	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	\$0(1)	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	\$0(1)	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	\$0(1)	
<i>levonorgestrel (emergency oc) TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	\$0(1)	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (continuous) tab 90-20 mcg</i>	\$0(1)	
<i>levora 0.15/30-28</i>	\$0(1)	
<i>LILETTA IUD 20.1mcg/day</i>	\$0(2)	NM
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	\$0(1)	
<i>loestrin 1/20-21</i>	\$0(1)	
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>loestrin fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>loryna</i>	\$0(1)	
<i>low-ogestrel</i>	\$0(1)	
<i>lutra</i>	\$0(1)	
<i>lyleq TABS .35mg</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lyza</i> TABS .35mg	\$0(1)	
<i>marlissa</i>	\$0(1)	
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i> SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml	\$0(1)	
<i>mibelas 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>microgestin 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>microgestin 1/20</i>	\$0(1)	
<i>microgestin 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>microgestin fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>mili</i>	\$0(1)	
<i>mono-lynyah</i>	\$0(1)	
<i>my choice</i> TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>my way</i> TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>necon 0.5/35-28</i>	\$0(1)	
<i>new day</i> TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
NEXPLANON IMPL 68mg	\$0(2)	NM
<i>nikki</i>	\$0(1)	
<i>nora-be</i> TABS .35mg	\$0(1)	
<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.8 mg-25 mcg</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone (contraceptive)</i> TABS .35mg	\$0(1)	
<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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>option 2 TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>philith</i>	\$0(1)	
<i>pimtrea</i>	\$0(1)	
<i>portia-28</i>	\$0(1)	
<i>reclipsen</i>	\$0(1)	
<i>rivelsa</i>	\$0(1)	
<i>setlakin</i>	\$0(1)	
<i>sharobel TABS .35mg</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>simliya</i>	\$0(1)	
<i>simpesse</i>	\$0(1)	
<i>sprintec 28</i>	\$0(1)	
<i>sronyx</i>	\$0(1)	
<i>syeda</i>	\$0(1)	
<i>tarina 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	\$0(1)	
<i>tilia fe</i>	\$0(1)	
<i>tri-estarylla</i>	\$0(1)	
<i>tri-legest fe</i>	\$0(1)	
<i>tri-linyah</i>	\$0(1)	
<i>tri-lo-estarylla</i>	\$0(1)	
<i>tri-lo-marzia</i>	\$0(1)	
<i>tri-lo-mili</i>	\$0(1)	
<i>tri-lo-sprintec</i>	\$0(1)	
<i>tri-mili</i>	\$0(1)	
<i>tri-nymyo</i>	\$0(1)	
<i>tri-sprintec</i>	\$0(1)	
<i>tri-vylibra</i>	\$0(1)	
<i>tri-vylibra lo</i>	\$0(1)	
<i>trivora-28</i>	\$0(1)	
<i>turqoz</i>	\$0(1)	
<i>tydemy</i>	\$0(1)	
<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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

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

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	\$0(2)	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	\$0(2)	
<i>yuvafem TABS 10mcg</i>	\$0(1)	
GLUCOCORTICOIDS - DRUGS TO TREAT INFLAMMATORY RESPONSE		
<i>dexamethasone ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg</i>	\$0(1)	
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml	\$0(2)	
<i>dexamethasone sodium phosphate SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml; SOSY 4mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>fludrocortisone acetate TABS .1mg</i>	\$0(1)	
<i>hydrocortisone TABS 5mg, 10mg, 20mg</i>	\$0(1)	
<i>methylprednisolone TABS 4mg, 8mg, 16mg, 32mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>methylprednisolone TBPK 4mg</i>	\$0(1)	
<i>methylprednisolone acetate SUSP 40mg/ml, 80mg/ml</i>	\$0(1)	B/D
<i>methylprednisolone sod succ SOLR 40mg, 125mg, 1000mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>prednisolone SOLN 15mg/5ml</i>	\$0(1)	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate SOLN 5mg/5ml, 15mg/5ml, 25mg/5ml</i>	\$0(1)	B/D
<i>prednisone SOLN 5mg/5ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>prednisone TBPK 5mg, 10mg</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	\$0(2)	B/D
SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg	\$0(2)	
GLUCOSE ELEVATING AGENTS - DRUGS TO TREAT LOW BLOOD SUGAR		
<i>cvs glucose</i> GEL 40%	\$0(3)	NM; *
<i>diazoxide</i> SUSP 50mg/ml	\$0(2)	NDS
TRUEPLUS GLUCOSE GEL GEL 15gm/32ml	\$0(3)	NM; *
<i>value plus glucose</i> GEL 40%	\$0(3)	NM; *
ZEGALOGUE SOAJ .6mg/0.6ml; SOSY .6mg/0.6ml	\$0(2)	
MISCELLANEOUS		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>betaine powder for oral solution</i>	\$0(2)	NDS, NM
<i>cabergoline</i> TABS .5mg	\$0(1)	
<i>carglumic acid</i> TBSO 200mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
CERDELGA CAPS 84mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
CEREZYME SOLR 400unit	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 30mg, 60mg	\$0(1)	B/D, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 90mg	\$0(2)	NDS, B/D, QL (120 tabs / 30 days), NM
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	\$0(2)	NM, PA
<i>desmopressin acetate</i> SOLN 4mcg/ml	\$0(2)	NDS
<i>desmopressin acetate</i> TABS .1mg, .2mg	\$0(1)	
<i>desmopressin acetate spray</i> SOLN .01%	\$0(1)	
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> SOLN .01%	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .2mg	\$0(2)	NM, PA
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
javygtor PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
lanreotide acetate SOLN 120mg/0.5ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
levocarnitine (metabolic modifiers) SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	\$0(1)	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH KIT 45mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
mifepristone (hyperglycemia) TABS 300mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
nitisinone CAPS 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
octreotide acetate SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml	\$0(1)	NM, PA
octreotide acetate SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
raloxifene hcl TABS 60mg	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> POWD 3gm/ tsp; TABS 500mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
SYNAREL SOLN 2mg/ml	\$0(2)	NDS, PA
VEOZAH TABS 45mg	\$0(2)	PA
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 **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

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

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ALUMINUM HYDROXIDE SUSP 320mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>antacid</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>antacid calcium regular s</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>antacid extra strength</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>antacid maximum strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antacid regular strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antacid/antigas liquid</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cal-gest antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium antacid extra str</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
CALCIUM CARBONATE SUSP 1250mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>ft antacid & antigas</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft antacid extra strength</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft antacid regular streng</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid & anti-gas/re</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid and anti-gas/</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid anti-gas/maxi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid extra strengt</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid/regular stren</i>	\$0(3)	NM; *
<i>heartburn relief extra st</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm antacid extra strength</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mag-al plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mag-al plus xs</i>	\$0(3)	NM; *
<i>magnesium oxide</i> TABS 400mg, 420mg	\$0(3)	NM; *
<i>maox</i> TABS 420mg	\$0(3)	NM; *
<i>mintox maximum strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mintox plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm antacid extra strength</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>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; *
ANTI-DIARRHEAL		
<i>anti-diarrheal</i> SOLN 1mg/7.5ml; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>bismuth subsalicylate</i> CHEW 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft anti-diarrheal</i> CAPS 2mg; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft stomach relief</i> CHEW 262mg; SUSP 525mg/30ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp anti-diarrheal</i> CAPS 2mg; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp loperamide hydrochlor</i> SOLN 1mg/7.5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pink bismuth</i> CHEW 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pink bismuth ultra st</i> SUSP 525mg/15ml	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp stomach relief</i> SUSP 525mg/30ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense anti-diarrheal</i> SOLN 1mg/7.5ml	\$0(3)	NM; *
<i>loperamide hcl</i> SOLN 1mg/7.5ml, 2mg/15ml; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm anti-diarrheal</i> CAPS 2mg; SOLN 1mg/7.5ml; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm stomach relief</i> CHEW 262mg; TABS 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>stomach relief</i> CHEW 262mg; SUSP 525mg/30ml; TABS 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>stomach relief extra stre</i> SUSP 525mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>stomach relief ultra</i> SUSP 525mg/15ml	\$0(3)	NM; *
ANTIEMETICS - DRUGS FOR NAUSEA AND VOMITING		
<i>anti-nausea</i>	\$0(3)	NM; *
<i>aprepitant</i> CAPS 40mg, 80mg, 125mg	\$0(1)	B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>compro</i> SUPP 25mg	\$0(1)	
<i>driminate</i> TABS 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>dronabinol</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	B/D, QL (60 caps / 30 days)
<i>ft motion sickness</i> TABS 25mg, 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp anti-nausea relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp motion sickness relie</i> TABS 25mg, 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nausea relief</i>	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>granisetron hcl</i> SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml	\$0(1)	
<i>granisetron hcl</i> TABS 1mg	\$0(1)	B/D
<i>meclizine hcl</i> CHEW 25mg; TABS 12.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>meclizine hcl</i> TABS 12.5mg, 25mg	\$0(2)	
<i>metoclopramide hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml; TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>motion sickness relief</i> TABS 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>motion sickness relief/le</i> TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>motion-time</i> CHEW 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>nausea relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ondansetron</i> TBP 4mg, 8mg	\$0(1)	B/D
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml; SOSY 4mg/2ml	\$0(1)	
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/5ml; TABS 4mg, 8mg	\$0(1)	B/D
<i>prochlorperazine</i> SUPP 25mg	\$0(1)	
<i>prochlorperazine edisylate</i> SOLN 10mg/2ml	\$0(1)	
<i>prochlorperazine maleate</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>promethazine hcl</i> SOLN 6.25mg/5ml, 25mg/ml, 50mg/ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>scopolamine</i> PT72 1mg/3days	\$0(2)	QL (10 patches / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>sm motion sickness</i> TABS 50mg	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTISPASMODICS - DRUGS FOR STOMACH SPASMS		
<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; SOLN 10mg/5ml; TABS 20mg	\$0(2)	
<i>glycopyrrolate</i> TABS 1mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glycopyrrolate</i> TABS 2mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
H2-RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>acid reducer</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>acid reducer original str</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml; SUSR 40mg/5ml; TABS 20mg, 40mg	\$0(1)	
<i>famotidine</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln</i> 20 mg/50ml	\$0(1)	
<i>famotidine original stren</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft acid reducer</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp acid reducer</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>heartburn relief</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	\$0(1)	
<i>sm acid reducer</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
<i>balsalazide disodium</i> CAPS 750mg	\$0(1)	
<i>budesonide</i> CPEP 3mg	\$0(1)	QL (90 caps / 30 days), PA
<i>budesonide</i> TB24 9mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> ENEM 100mg/60ml	\$0(1)	
<i>mesalamine</i> CP24 .375gm	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> CPDR 400mg	\$0(1)	QL (180 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm	\$0(1)	QL (1680 mL / 28 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mesalamine</i> SUPP 1000mg	\$0(1)	QL (30 suppositories / 30 days)
<i>mesalamine</i> TBEC 1.2gm	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>mesalamine w/ cleanser</i> KIT 4gm	\$0(1)	QL (28 bottles / 28 days)
<i>sulfasalazine</i> TABS 500mg; TBEC 500mg	\$0(1)	
LAXATIVES		
<i>bisacodyl</i> SUPP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>bisacodyl ec</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium polycarbophil</i> TABS 625mg	\$0(3)	NM; *
<i>chocolated laxative regul</i> CHEW 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>clearlax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>colace 2-in-1</i>	\$0(3)	NM; *
COLACE CLEAR CAPS 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>docusate calcium</i> CAPS 240mg	\$0(3)	NM; *
<i>docusate mini</i> ENEM 283mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>docusate sodium</i> CAPS 100mg, 250mg; LIQD 50mg/5ml, 100mg/10ml	\$0(3)	NM; *
DOCUSOL KIDS ENEM 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>dok</i> TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>enema ready-to-use</i>	\$0(3)	NM; *
<i>enemeez mini</i> ENEM 283mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>enemeez plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>fiber-lax</i> TABS 625mg	\$0(3)	NM; *
FLEET ENE PED	\$0(3)	NM; *
FLEET LIQUID GLYCERIN SUP ENEM 5.4gm/dose	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ft clearlax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>ft fiber laxative</i> TABS 625mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft gentle laxative</i> SUPP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft laxative</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft milk of magnesia</i> SUSP 1200mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>ft senna laxative</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>ft senna-s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft stool softener</i> CAPS 100mg, 250mg	\$0(3)	NM; *
<i>gavilax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>gavilyte-c</i>	\$0(1)	
<i>gavilyte-g</i>	\$0(1)	
<i>gavilyte-n/ flavor pack</i>	\$0(1)	
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>gentle laxative</i> SUPP 10mg; TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>glycerin (laxative)</i> SUPP 2gm	\$0(3)	NM; *
<i>glycerin childrens</i> SUPP 1gm	\$0(3)	NM; *
<i>glycolax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>gnp clearlax</i> PACK 17gm; POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>gnp fiber therapy</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp gentle laxative</i> SUPP 10mg; TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp glycerin adult</i> SUPP 2.1gm	\$0(3)	NM; *
<i>gnp glycerin child</i> SUPP 1.2gm	\$0(3)	NM; *
<i>gnp milk of magnesia</i> SUSP 1200mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp senna lax</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp senna plus</i>	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp stool softener</i> CAPS 100mg, 240mg, 250mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp stool softener/stimul</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp womens gentle laxativ</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense clearlax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>healthylax</i> PACK 17gm	\$0(3)	NM; *
<i>hm enema saline laxative</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>laxative maximum strength</i> TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>laxative regular strength</i> TABS 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>milk of magnesia</i> SUSP 7.75%, 400mg/5ml, 1200mg/15ml, 2400mg/30ml	\$0(3)	NM; *
MILK OF MAGNESIA CONCENTR SUSP 2400mg/10ml	\$0(3)	NM; *
NUTRISOURCE PAK FIBER	\$0(3)	NM; *
NUTRISOURCE POW FIBER	\$0(3)	NM; *
PEDIA-LAX LIQD 50mg/15ml; SUPP 2.8gm	\$0(3)	NM; *
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln</i> 236 gm	\$0(1)	
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln</i> 420 gm	\$0(1)	
PLENVU SOL	\$0(2)	
<i>polyethylene glycol 3350</i> PACK 17gm; POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>senexon-s</i>	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SENNA SYRP 176mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>senna plus</i>	\$0(3)	NM; *
SENNA PLUS CAP 8.6-50MG	\$0(3)	NM; *
<i>senna-lax</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; *
SEKOKOT KIDS LAXATIVE GUM CHEW 8.7mg	\$0(3)	NM; *
SEKOKOT LAXATIVE GUMMIES CHEW 8.7mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm clearlax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>sm enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm fiber</i> 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 milk of magnesia</i> SUSP 1200mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm senna laxative</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm senna-s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm stool softener</i> CAPS 100mg; TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm stool softener/stimula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol</i> 17.5-3.13-1.6 gm/177ml	\$0(1)	
<i>*sodium phosphates - enema***</i>	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>soluble fiber</i>	\$0(3)	NM; *
SORBITOL SOLN 70%	\$0(3)	NM; *
<i>stimulant laxative</i>	\$0(3)	NM; *
STL SOFT/LAX CAP 8.6-50MG	\$0(3)	NM; *
<i>stool softener</i> CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>stool softener + stimulan</i>	\$0(3)	NM; *
MISCELLANEOUS		
<i>alosetron hcl</i> TABS 1mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>alosetron hcl</i> TABS .5mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
CREON CAP 3000UNIT	\$0(2)	
CREON CAP 6000UNIT	\$0(2)	
CREON CAP 12000UNT	\$0(2)	
CREON CAP 24000UNT	\$0(2)	
CREON CAP 36000UNT	\$0(2)	
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> CONC 100mg/5ml	\$0(1)	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq</i> 2.5- 0.025 mg/5ml	\$0(2)	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab</i> 2.5- 0.025 mg	\$0(2)	
GATTEX KIT 5mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg	\$0(2)	QL (30 caps / 30 days)
<i>loperamide hcl</i> CAPS 2mg	\$0(1)	
<i>misoprostol</i> TABS 100mcg, 200mcg	\$0(1)	
MOVANTIK TABS 12.5mg, 25mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml	\$0(2)	NDS, QL (28 syringes / 28 days), PA
<i>sucalfate</i> TABS 1gm	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ursodiol</i> CAPS 300mg; TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
VOWST CAP	\$0(2)	NDS, QL (12 caps / 30 days), NM, PA
XERMELO TABS 250mg	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
XIFAXAN TABS 550mg	\$0(2)	NDS, PA
ZENPEP CAP 3000UNIT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 5000UNIT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 10000UNIT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 15000UNIT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 20000UNIT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 25000UNIT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 40000UNIT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 60000UNIT	\$0(2)	
PROTON PUMP INHIBITORS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg, 40mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg, 30mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	
<i>pantoprazole sodium</i> SOLR 40mg; TBEC 20mg, 40mg	\$0(1)	
<i>rabeprazole sodium</i> TBEC 20mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
GENITOURINARY - DRUGS TO TREAT GENITAL AND URINARY TRACT CONDITIONS		
BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA - DRUGS TO TREAT ENLARGED PROSTATE		
<i>alfuzosin hcl</i> TB24 10mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>dutasteride</i> CAPS .5mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap</i> 0.5-0.4 mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>finasteride</i> TABS 5mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tadalafil</i> TABS 5mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>tamsulosin hcl</i> CAPS .4mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
MISCELLANEOUS		
<i>acetic acid</i> SOLN .25%	\$0(1)	
<i>bethanechol chloride</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	\$0(1)	
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	\$0(1)	
URINARY ANTISPASMODICS - DRUGS TO TREAT URINARY INCONTINENCE		
MYRBETRIQ SRER 8mg/ml	\$0(2)	QL (300 mL / 28 days)
MYRBETRIQ TB24 25mg, 50mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(1)	QL (600 mL / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TABS 5mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 5mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 10mg, 15mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>solifenacin succinate</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tolterodine tartrate</i> CP24 2mg, 4mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>tolterodine tartrate</i> TABS 1mg, 2mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>tropium chloride</i> TABS 20mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
VAGINAL ANTI-INFECTIVES		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i> CREA 2%	\$0(1)	
<i>clotrimazole vaginal</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>3 day vaginal</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp clotrimazole 3</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp miconazole 1 combinat</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp miconazole 3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp miconazole 7</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metronidazole vaginal GEL .75%</i>	\$0(1)	
<i>miconazole 3 combo pack</i>	\$0(3)	NM; *
<i>miconazole 7 CREA 2%; SUPP 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>miconazole nitrate vaginal CREA 2%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm 3-day vaginal CREA 2%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm clotrimazole vaginal CREA 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm miconazole 3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm miconazole 7 CREA 2%; SUPP 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm tioconazole-1 OINT 6.5%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>terconazole vaginal CREA .4%, .8%; SUPP 80mg</i>	\$0(1)	
<i>tioconazole 1 OINT 6.5%</i>	\$0(3)	NM; *
HEMATOLOGIC - DRUGS TO TREAT BLOOD DISORDERS		
ANTICOAGULANTS - BLOOD THINNERS		
<i>dabigatran etexilate mesylate CAPS 75mg, 150mg</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>dabigatran etexilate mesylate CAPS 110mg</i>	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days)
ELIQUIS TABS 2.5mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
ELIQUIS TABS 5mg	\$0(2)	QL (74 tabs / 30 days)
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5mg	\$0(2)	QL (74 tabs / 30 days)
<i>enoxaparin sodium SOLN 300mg/3ml; SOSY 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml, 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>fondaparinux sodium SOLN 2.5mg/0.5ml</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 **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	\$0(2)	NDS
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	\$0(2)	
<i>heparin sodium (porcine)</i> SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	\$0(1)	B/D
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>warfarin sodium</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	\$0(1)	
XARELTO SUSR 1mg/ml	\$0(2)	QL (620 mL / 30 days)
XARELTO TABS 2.5mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
XARELTO STAR TAB 15/20MG	\$0(2)	QL (51 tabs / 30 days)
HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS		
FULPHILA SOSY 6mg/0.6ml	\$0(2)	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
PROCRIT SOLN 2000unit/ ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	\$0(2)	NM, PA
PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
MISCELLANEOUS		
ALVAIZ TABS 9mg, 54mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
ALVAIZ TABS 18mg, 36mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>anagrelide hcl</i> CAPS .5mg, 1mg	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BERINERT KIT 500unit	\$0(2)	NDS, QL (24 boxes / 30 days), NM, PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	\$0(1)	
DOPTELET TABS 20mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	\$0(2)	
HAEGARDA SOLR 2000unit	\$0(2)	NDS, QL (30 vials / 30 days), NM, PA
HAEGARDA SOLR 3000unit	\$0(2)	NDS, QL (20 vials / 30 days), NM, PA
<i>icatibant acetate</i> SOSY 30mg/3ml	\$0(2)	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
<i>l-glutamine (sickle cell)</i> PACK 5gm	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	\$0(1)	
<i>sajazir</i> SOSY 30mg/3ml	\$0(2)	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
TAVNEOS CAPS 10mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
<i>tranexamic acid</i> SOLN 1000mg/10ml; TABS 650mg	\$0(1)	
PLATELET AGGREGATION INHIBITORS		
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	\$0(1)	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	\$0(2)	
<i>clopidogrel bisulfate</i> TABS 75mg	\$0(1)	
<i>dipyridamole</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older
<i>prasugrel hcl</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ADALIMUMAB-AACF (2 SYRING PSKT 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (56 syringes / 365 days), NM, PA
COSENTYX SOLN 125mg/5ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
COSENTYX SOSY 75mg/0.5ml	\$0(2)	NDS, QL (16 syringes / 365 days), NM, PA
COSENTYX SOSY 150mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (32 syringes / 365 days), NM, PA
COSENTYX SENSOREADY PEN SOAJ 150mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (32 pens / 365 days), NM, PA
COSENTYX UNOREADY SOAJ 300mg/2ml	\$0(2)	NDS, QL (16 pens / 365 days), NM, PA
DUPIXENT SOPN 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	\$0(2)	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
DUPIXENT SOSY 100mg/0.67ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
DUPIXENT SOSY 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	\$0(2)	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HUMIRA PEN PNKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (6 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN PNKT 80mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV	\$0(2)	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START PNKT 80mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S PNKT 80mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
IDACIO (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (56 pens / 365 days), NM, PA
IDACIO (2 SYRINGE) PSKT 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (56 syringes / 365 days), NM, PA
IDACIO CROHN INJ DISEASE AJKT 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS AJKT 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
REMICADE SOLR 100mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
RINVOQ TB24 15mg, 30mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
RINVOQ TB24 45mg	\$0(2)	NDS, QL (168 tabs / year), NM, PA
RINVOQ LQ SOLN 1mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (360 mL / 30 days), NM, PA
SKYRIZI SOCT 180mg/1.2ml, 360mg/2.4ml	\$0(2)	NDS, QL (1 cartridge / 56 days), NM, PA
SKYRIZI SOLN 600mg/10ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
SKYRIZI SOSY 150mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (6 syringes / 365 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (6 pens / 365 days), NM, PA
SOTYKTU TABS 6mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
STELARA SOLN 45mg/0.5ml	\$0(2)	NDS, QL (1 vial / 28 days), NM, PA
STELARA SOLN 130mg/26ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOPN 100mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOSY 100mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
TYENNE SOAJ 162mg/0.9ml	\$0(2)	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
TYENNE SOLN 80mg/4ml, 200mg/10ml, 400mg/20ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
TYENNE SOSY 162mg/0.9ml	\$0(2)	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
VELSIPITY TABS 2mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
XELJANZ SOLN 1mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (480 mL / 24 days), NM, PA
XELJANZ TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
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)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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, PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 5gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/400ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMASTAN INJ	\$0(2)	B/D, NM
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	\$0(2)	NDS, NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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, PA
ARCALYST SOLR 220mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
IMMUNOSUPPRESSANTS		
ASTAGRAF XL CP24 5mg	\$0(2)	NDS, B/D, NM
ASTAGRAF XL CP24 .5mg, 1mg	\$0(2)	B/D, NM
<i>azathioprine</i> TABS 50mg	\$0(1)	B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; SOSY 200mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>cyclosporine</i> CAPS 25mg, 100mg	\$0(1)	B/D, NM
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	\$0(1)	B/D, NM
<i>everolimus (immunosuppressant)</i> TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>gengraf</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	\$0(1)	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> CAPS 250mg; TABS 500mg	\$0(1)	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> SUSR 200mg/ml	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>mycophenolate sodium</i> TBEC 180mg, 360mg	\$0(1)	B/D, NM
NULOJIX SOLR 250mg	\$0(2)	NDS, B/D, NM

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	\$0(2)	B/D, NM
REZUROCK TABS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sirolimus</i> SOLN 1mg/ml	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>sirolimus</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	\$0(1)	B/D, NM
<i>tacrolimus</i> CAPS .5mg, 1mg, 5mg	\$0(1)	B/D, NM
VACCINES		
ABRYSCO 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)	
DENGAXIA 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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
JYNNEOS SUSP .5ml	\$0(1)	B/D
KINRIX INJ	\$0(1)	
M-M-R II INJ	\$0(1)	
MENACTRA INJ	\$0(1)	
MENQUADFI INJ	\$0(1)	
MENVEO INJ	\$0(1)	
MENVEO SOL	\$0(1)	
MRESVIA SUSY 50mcg/0.5ml	\$0(1)	
PEDIARIX INJ 0.5ML	\$0(1)	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	\$0(1)	
PENBRAYA INJ	\$0(1)	
PENTACEL INJ	\$0(1)	
PREHEVBRIO SUSP 10mcg/ml	\$0(1)	B/D
PRIORIX INJ	\$0(1)	
PROQUAD INJ	\$0(1)	
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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml; SOSY 25mcg/0.5ml	\$0(1)	
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ ml	\$0(1)	
VARIVAX INJ 1350pfu/0.5ml	\$0(1)	
YF-VAX INJ	\$0(1)	
NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS - VITAMINS AND SUPPLEMENTS		
<i>ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE</i>		
D2.5W/NACL INJ 0.45%	\$0(2)	
D10W/NACL INJ 0.2%	\$0(2)	
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i>	\$0(1)	
ISOLYTE-P INJ /D5W	\$0(2)	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	\$0(2)	
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj`</i>	\$0(1)	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% injjy.</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)	
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	\$0(1)	
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	\$0(1)	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	\$0(2)	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	\$0(2)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	\$0(2)	
<i>potassium chloride</i> SOLN 2meq/ml, 10meq/100ml, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml	\$0(1)	
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	\$0(1)	
<i>sodium chloride</i> SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%	\$0(1)	
TPN ELECTROL INJ	\$0(2)	B/D
ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL		
<i>klor-con</i> PACK 20meq	\$0(1)	
<i>klor-con 8</i> TBCR 8meq	\$0(1)	
<i>klor-con 10</i> TBCR 10meq	\$0(1)	
<i>klor-con m10</i> TBCR 10meq	\$0(1)	
<i>klor-con m15</i> TBCR 15meq	\$0(1)	
<i>klor-con m20</i> TBCR 20meq	\$0(1)	
M-NATAL PLUS TAB	\$0(2)	
<i>potassium chloride</i> CPCR 8meq, 10meq; PACK 20meq; SOLN 10%, 20%; TBCR 8meq, 10meq, 20meq	\$0(1)	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i> TBCR 10meq, 15meq, 20meq	\$0(1)	
PRENATAL TAB 27-1MG	\$0(2)	
PRENATAL TAB PLUS	\$0(2)	
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	\$0(1)	
WESTAB PLUS TAB 27-1MG	\$0(2)	
IV NUTRITION		
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	\$0(2)	B/D

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CLINIMIX INJ 4.25/D10	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	\$0(2)	B/D
<i>clinisol sf 15%</i>	\$0(1)	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	\$0(2)	B/D
<i>dextrose SOLN 5%, 10%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose SOLN 50%, 70%</i>	\$0(1)	B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	\$0(2)	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	\$0(2)	B/D
<i>plenamine</i>	\$0(1)	B/D
PREMASOL SOL 10%	\$0(2)	NDS, B/D
PROSOL INJ 20%	\$0(2)	B/D
TRAVASOL INJ 10%	\$0(2)	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	\$0(2)	B/D
VITAMINS		
B-COMPLEX/FA TAB /VIT C	\$0(3)	NM; *
<i>calcidol SOLN 200mcg/ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dialyvite 800</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ergocalciferol CAPS 1.25mg, 50000unit; SOLN 8000unit/ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>folika-bc</i>	\$0(3)	NM; *
<i>full spectrum b/vitamin c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nephro vitamins</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nephro-vite</i>	\$0(3)	NM; *
NEPHRONEX LIQ 0.9/5ML	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>phytonadione</i> SOLN 10mg/ml; TABS 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>pyridoxine hcl</i> SOLN 100mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>rena-vite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>rena-vite rx</i>	\$0(3)	NM; *
<i>renal vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>reno caps</i>	\$0(3)	NM; *
<i>thiamine hcl</i> SOLN 100mg/ml	\$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)	
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	\$0(1)	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	\$0(2)	
ANTI-INFECTIVES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>bacitracin (ophthalmic) OINT 500unit/gm</i>	\$0(1)	
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	\$0(1)	
BESIVANCE SUSP .6%	\$0(2)	
CILOXAN OINT .3%	\$0(2)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%</i>	\$0(1)	
<i>erythromycin (ophth) OINT 5mg/gm</i>	\$0(1)	
<i>gatifloxacin (ophth) SOLN .5%</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%</i>	\$0(1)	
<i>moxifloxacin hcl (ophth) SOLN .5%</i>	\$0(1)	QL (12 mL / 30 days)
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>ofloxacin (ophth) SOLN .3%</i>	\$0(1)	
<i>polycin ophth oint</i>	\$0(1)	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	\$0(1)	
<i>sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%</i>	\$0(1)	
<i>tobramycin (ophth) SOLN .3%</i>	\$0(1)	
<i>trifluridine SOLN 1%</i>	\$0(1)	
XDEM VY SOLN .25%	\$0(2)	NDS, NM, PA
ZIRGAN GEL .15%	\$0(2)	
ANTI-INFLAMMATORIES - DRUGS TO TREAT INFLAMMATION		
<i>bromfenac sodium (ophth) SOLN .07%, .075%</i>	\$0(1)	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%</i>	\$0(1)	
<i>diclofenac sodium (ophth) SOLN .1%</i>	\$0(1)	
FLAREX SUSP .1%	\$0(2)	
<i>fluorometholone (ophth) SUSP .1%</i>	\$0(1)	
<i>flurbiprofen sodium SOLN .03%</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> SOLN .4%, .5%	\$0(1)	
LOTEMAX OINT .5%	\$0(2)	
<i>loteprednol etabonate</i> SUSP .2%	\$0(1)	
<i>prednisolone acetate (ophth)</i> SUSP 1%	\$0(1)	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	\$0(2)	
ANTIALLERGICS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
<i>azelastine hcl (ophth)</i> SOLN .05%	\$0(1)	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> SOLN 4%	\$0(1)	
ANTIGLAUCOMA - DRUGS TO TREAT GLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl (ophth)</i> SOLN .5%	\$0(1)	
BETOPTIC-S SUSP .25%	\$0(2)	
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .15%, .2%	\$0(1)	
<i>brinzolamide</i> SUSP 1%	\$0(1)	
<i>carteolol hcl (ophth)</i> SOLN 1%	\$0(1)	
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	\$0(2)	
<i>dorzolamide hcl</i> SOLN 2%	\$0(1)	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate</i> ophth soln 2-0.5%	\$0(1)	
<i>latanoprost</i> SOLN .005%	\$0(1)	
<i>levobunolol hcl</i> SOLN .5%	\$0(1)	
LUMIGAN SOLN .01%	\$0(2)	
<i>pilocarpine hcl</i> SOLN 1%, 2%, 4%	\$0(1)	
RHOPRESSA SOLN .02%	\$0(2)	
ROCKLATAN DRO	\$0(2)	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	\$0(2)	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLG .25%, .5%; SOLN .25%, .5%	\$0(1)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VYZULTA SOLN .024%	\$0(2)	
MISCELLANEOUS		
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	\$0(2)	
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i> SOLN 1%	\$0(1)	
CYSTADROPS SOLN .37%	\$0(2)	NDS, NM, PA
CYSTARAN SOLN .44%	\$0(2)	NDS, NM, PA
EYSUVIS SUSP .25%	\$0(2)	
MIEBO SOLN 1.338gm/ml	\$0(2)	
<i>proparacaine hcl</i> SOLN .5%	\$0(1)	
RESTASIS EMUL .05%	\$0(2)	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	\$0(2)	
XIIDRA SOLN 5%	\$0(2)	
OTIC - DRUGS TO TREAT CONDITIONS OF THE EAR		
OTIC AGENTS		
<i>acetic acid (otic)</i> SOLN 2%	\$0(1)	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	\$0(1)	
<i>flac</i> OIL .01%	\$0(1)	
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i> OIL .01%	\$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)</i> SOLN .3%	\$0(1)	
RESPIRATORY - DRUGS TO TREAT BREATHING DISORDERS		
ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT COPD		
ANORO ELLIPT AER 62.5-25	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
BEVESPI AER 9-4.8MCG	\$0(2)	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE	\$0(2)	QL (1 inhaler / 30 days)

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	\$0(2)	QL (4 inhalers / 28 days)
COMBIVENT AER 20-100	\$0(2)	QL (2 inhalers / 30 days)
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	\$0(1)	B/D
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
ANTICHOLINERGICS - DRUGS TO TREAT COPD		
ATROVENT HFA AERS 17mcg/act	\$0(2)	QL (2 inhalers / 30 days)
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/ inh	\$0(2)	QL (30 blisters / 30 days)
<i>ipratropium bromide SOLN .02%</i>	\$0(1)	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal) SOLN .03%, .06%</i>	\$0(1)	
ANTI-HISTAMINES - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
<i>all day allergy TABS 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>all day allergy childrens SOLN 5mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy CAPS 25mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy childrens SOLN 5mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief CAPS 25mg; TABS 5mg, 10mg, 25mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief childrens LIQD 12.5mg/5ml; SOLN 1mg/ml, 5mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>azelastine hcl SOLN .1%</i>	\$0(1)	
<i>banophen CAPS 25mg, 50mg; TABS 25mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hcl CHEW 5mg, 10mg; TABS 5mg, 10mg</i>	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp childrens allergy</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp loratadine</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 10mg; TBDP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp loratadine childrens</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense all day allergy</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense allergy relief</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm all day allergy childr</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm loratadine</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>hydroxyzine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older
<i>hydroxyzine hcl</i> SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>hydroxyzine pamoate</i> CAPS 25mg, 50mg	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> SOLN 2.5mg/5ml	\$0(1)	QL (300 mL / 30 days)
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> TABS 5mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>liquid allergy relief</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>loratadine</i> CAPS 10mg; SOLN 5mg/5ml; TABS 10mg; TBDP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>loratadine childrens</i> CHEW 5mg; SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>m-dryl</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm all day allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm all day allergy relief</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sm allergy childrens</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy relief</i> CHEW 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy relief childre</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm loratadine</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
BETA AGONISTS - DRUGS TO TREAT ASTHMA AND COPD		
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proair HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proventil HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Ventolin HFA)
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .083%, .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	\$0(1)	B/D
<i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 2mg, 4mg	\$0(1)	
<i>levalbuterol hcl</i> NEBU .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	\$0(1)	B/D
<i>levalbuterol tartrate</i> AERO 45mcg/act	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days), ST
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose	\$0(2)	QL (60 inhalations / 30 days)
<i>terbutaline sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg	\$0(1)	
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act	\$0(2)	QL (2 inhalers / 30 days)
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act	\$0(2)	QL (6 inhalers / 30 days)
COUGH AND COLD		
<i>chest congestion relief</i> LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>chest congestion relief d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dextromethorphan-guaifenesin liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dextromethorphan-guaifenesin syrup 10-100 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft nasal decongestant max TABS 30mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft tussin adult LIQD 200mg/10ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal decongestant TABS 30mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal decongestant/ma TABS 30mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tussin dm cough</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tussin mucus & chest LIQD 100mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>guaifenesin LIQD 100mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex fast-max chest co LIQD 400mg/20ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nasal decongestant TABS 30mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>promethazine w/ codeine syrup 6.25-10 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pseudoephedrine hcl TABS 30mg</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 mucus + chest c LIQD 100mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sudogest TABS 30mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sudogest maximum strength TABS 30mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tusnel diabetic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tusnel-ex LIQD 100mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin dm</i>	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tussin mucus & chest cong</i> LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>tussin mucus + chest cong</i> LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
LEUKOTRIENE MODULATORS		
<i>montelukast sodium</i> CHEW 4mg, 5mg; PACK 4mg; TABS 10mg	\$0(1)	
<i>zafirlukast</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	
MISCELLANEOUS		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	\$0(1)	B/D
<i>afrin saline nasal mist</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
<i>altamist</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>ayr</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
<i>baby ayr saline</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
BRONCHITOL CAPS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (560 caps / 28 days), NM, PA
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	\$0(1)	B/D
<i>cvs saline nasal spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
<i>deep sea nasal spray</i> SOLN .65%	\$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>eq saline nasal spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
FASENRA SOSY 10mg/0.5ml, 30mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp nasal moisturizing</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
KALYDECO PACK 5.8mg, 13.4mg, 25mg, 50mg, 75mg	\$0(2)	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
KALYDECO TABS 150mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>meijer saline nasal spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
<i>nasal moist</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
<i>nasal moisturizing spray</i> SOLN .65%	\$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, PA
ORKAMBI GRA 75-94MG	\$0(2)	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 100-125	\$0(2)	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 150-188	\$0(2)	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI TAB 100-125	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
ORKAMBI TAB 200-125	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> CAPS 267mg	\$0(2)	NDS, QL (270 caps / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 267mg	\$0(2)	NDS, QL (270 tabs / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 534mg, 801mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>qc saline nasal relief</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
<i>qc saline nasal spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
<i>ra saline nasal spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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>sb saline nose</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal spray saline</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
SYMDEKO TAB 50-75MG	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
SYMDEKO TAB 100-150	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
<i>theophylline</i> ELIX 80mg/15ml; SOLN 80mg/15ml; TB12 100mg, 200mg, 300mg, 450mg; TB24 400mg, 600mg	\$0(1)	
TRIKAFTA PAK 59.5MG	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA PAK 75MG	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOAJ 75mg/0.5ml, 300mg/2ml	\$0(2)	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOAJ 150mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (8 pens / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOLR 150mg	\$0(2)	NDS, QL (8 vials / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOSY 75mg/0.5ml, 300mg/2ml	\$0(2)	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOSY 150mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZEMAIRA SOLR 1000mg, 4000mg, 5000mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
NASAL STEROIDS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
<i>flunisolide (nasal)</i> SOLN .025%	\$0(1)	QL (3 bottles / 30 days)
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act	\$0(1)	QL (1 bottle / 30 days)
XHANCE EXHU 93mcg/act	\$0(2)	QL (32 mL / 30 days), PA
STEROID 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)</i> SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	\$0(1)	B/D
STEROID/BETA-AGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT ASTHMA AND COPD		
ADVAIR HFA AER 45/21	\$0(2)	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 115/21	\$0(2)	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 230/21	\$0(2)	QL (1 inhaler / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 100-25	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 200-25	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
<i>brey-na</i>	\$0(1)	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol</i> 80-4.5 mcg/act	\$0(1)	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol</i> 160-4.5 mcg/act	\$0(1)	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 50-5MCG	\$0(2)	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 100-5MCG	\$0(2)	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 200-5MCG	\$0(2)	QL (3 inhalers / 30 days)

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act</i>	\$0(1)	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act</i>	\$0(1)	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act</i>	\$0(1)	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>wixela inhub</i>	\$0(1)	QL (60 inhalations / 30 days)
TOPICAL - DRUGS TO TREAT EAR AND SKIN CONDITIONS		
DERMATOLOGY, ACNE		
<i>accutane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(1)	PA
<i>amnesteam</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	PA
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel</i> 5-3%	\$0(1)	QL (46.6 gm / 30 days)
<i>claravis</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(1)	PA
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> GEL 1%	\$0(1)	QL (75 mL / 30 days)
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> LOTN 1%; SOLN 1%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>ery</i> PADS 2%	\$0(1)	QL (60 pledgets / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid)</i> GEL 2%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid)</i> SOLN 2%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>isotretinoin</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(1)	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> LOTN 10%	\$0(1)	QL (118 mL / 30 days)
<i>tretinoin</i> CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025%	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days), PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>twice-daily clindamycin phosphate (topical)</i> GEL 1%	\$0(1)	QL (75 gm / 30 days)
<i>zenatane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(1)	PA
DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS		
<i>gentamicin sulfate (topical)</i> CREA .1%; OINT .1%	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
<i>mupirocin</i> OINT 2%	\$0(1)	QL (220 gm / 30 days)
<i>silver sulfadiazine</i> CREA 1%	\$0(1)	
ssd CREA 1%	\$0(1)	
SULFAMYLON CREA 85mg/gm	\$0(2)	QL (453.6 gm / 30 days)
DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS		
<i>ciclopirox</i> SHAM 1%	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days)
<i>ciclopirox olamine</i> CREA .77%	\$0(1)	QL (90 gm / 30 days)
<i>ciclopirox olamine</i> SUSP .77%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole (topical)</i> CREA 1%	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
<i>clotrimazole (topical)</i> SOLN 1%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i>	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
<i>econazole nitrate</i> CREA 1%	\$0(1)	QL (85 gm / 30 days)
<i>ketoconazole (topical)</i> CREA 2%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>ketoconazole (topical)</i> SHAM 2%	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days)
<i>klayesta</i> POWD 100000unit/gm	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>nyamyc</i> POWD 100000unit/gm	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> POWD 100000unit/gm	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystop</i> POWD 100000unit/gm	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>selenium sulfide</i> LOTN 2.5%	\$0(1)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS		
<i>acitretin</i> CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg	\$0(1)	PA
<i>calcipotriene</i> CREA .005%; OINT .005%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>calcipotriene</i> SOLN .005%	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days), PA
<i>calcitrene</i> OINT .005%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days), PA
ENSTILAR AER	\$0(2)	NDS, QL (120 gm / 30 days), PA
<i>tazarotene</i> CREA .1%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days), PA
TAZORAC CREA .05%	\$0(2)	QL (60 gm / 30 days), PA
DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS		
<i>ala-cort</i> CREA 1%	\$0(1)	
<i>alclometasone dipropionate</i> CREA .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> CREA .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> LOTN .05%	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> LOTN .05%	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone valerate</i> CREA .1%; OINT .1%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone valerate</i> LOTN .1%	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> SOLN .05%	\$0(1)	QL (50 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate e</i> CREA .05%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .01%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .025%; OINT .025%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> OIL .01%	\$0(1)	QL (118.28 mL / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> SOLN .01%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>fluocinonide</i> CREA .05%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinonide</i> GEL .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinonide</i> SOLN .05%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>fluocinonide emulsified base</i> CREA .05%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluticasone propionate</i> CREA .05%; OINT .005%	\$0(1)	
<i>halobetasol propionate</i> CREA .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (50 gm / 30 days)
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 1%, 2.5%; LOTN 2.5%; OINT 2.5%	\$0(1)	
<i>hydrocortisone (topical)</i> OINT 1%	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
<i>hydrocortisone valerate</i> CREA .2%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>mometasone furoate</i> CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	\$0(1)	
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .025%, .1%, .5%	\$0(1)	QL (454 gm / 30 days)
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> LOTN .025%, .1%; OINT .025%, .1%, .5%	\$0(1)	
<i>triderm</i> CREA .5%	\$0(1)	QL (454 gm / 30 days)
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)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lidocan</i> PTCH 5%	\$0(1)	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>tridacaine ii</i> PTCH 5%	\$0(1)	QL (3 patches / 1 day), PA
DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE		
<i>bexarotene (topical)</i> GEL 1%	\$0(2)	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA
<i>diclofenac sodium (topical)</i> SOLN 1.5%	\$0(1)	QL (300 mL / 28 days)
<i>fluorouracil (topical)</i> CREA 5%	\$0(1)	QL (40 gm / 30 days)
<i>fluorouracil (topical)</i> SOLN 2%, 5%	\$0(1)	QL (10 mL / 30 days)
<i>hydrocortisone (rectal)</i> CREA 1%, 2.5%	\$0(1)	
<i>imiquimod</i> CREA 5%	\$0(1)	QL (24 packets / 30 days)
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> CREA 12%; LOTN 12%	\$0(1)	
<i>metronidazole (topical)</i> CREA .75%; GEL .75%	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
<i>metronidazole (topical)</i> LOTN .75%	\$0(1)	QL (59 mL / 30 days)
<i>nitroglycerin (intra-anal)</i> OINT .4%	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
PANRETIN GEL .1%	\$0(2)	NDS, QL (60 gm / 30 days), PA
<i>pimecrolimus</i> CREA 1%	\$0(1)	QL (100 gm / 30 days), PA
<i>podofilox</i> SOLN .5%	\$0(1)	QL (7 mL / 28 days)
<i>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>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1%	\$0(1)	QL (100 gm / 30 days), PA
VALCHLOR GEL .016%	\$0(2)	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA
DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES		
<i>malathion</i> LOTN .5%	\$0(1)	QL (59 mL / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>permethrin</i> CREA 5%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS		
REGRANEX GEL .01%	\$0(2)	NDS, QL (30 gm / 30 days), PA
SANTYL OINT 250unit/gm	\$0(2)	QL (180 gm / 30 days)
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> SOLN .9%	\$0(1)	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	\$0(1)	
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS		
<i>cevimeline hcl</i> CAPS 30mg	\$0(1)	
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i> SOLN .12%	\$0(1)	
<i>clotrimazole</i> TROC 10mg	\$0(1)	QL (150 lozenges / 30 days)
<i>kourzeq</i> PSTE .1%	\$0(1)	
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> SOLN 2%	\$0(1)	
<i>nystatin (mouth-throat)</i> SUSP 100000unit/ml	\$0(1)	
<i>periogard</i> SOLN .12%	\$0(1)	
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> TABS 5mg, 7.5mg	\$0(1)	
<i>triamcinolone 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 **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v8

D. Índice de medicamentos cubiertos

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
*		ADVAIR HFA AER 230/21	129
*sodium phosphates - enema***	99	<i>afirmelle</i>	77
3		<i>afrin saline nasal mist</i>	126
<i>3 day vaginal</i>	102	AIMOVIG	66
A		AKEEGA TAB 50/500MG.....	24
<i>abacavir sulfate</i>	13	AKEEGA TAB 100/500	24
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-</i>		<i>ala-cort</i>	132
<i>300 mg</i>	15	<i>albendazole</i>	8
ABELCET	11	<i>albuterol sulfate</i>	124
<i>abiraterone acetate</i>	24	<i>alclometasone dipropionate</i>	132
ABRYSVO	111	ALCOHOL SWABS\BD-EMBECTA/MHC/ RUGBY	75
<i>acamprosate calcium</i>	69	ALDURAZYME.....	87
<i>acarbose</i>	72	ALECENSA.....	27
<i>accutane</i>	130	<i>alendronate sodium</i>	76
<i>acebutolol hcl</i>	46	<i>alfuzosin hcl</i>	101
<i>acetaminophen</i>	2	<i>aliskiren fumarate</i>	48
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-</i>		<i>all day allergy</i>	121
<i>12 mg/5ml</i>	6	<i>all day allergy childrens</i>	121
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i> ...	6	<i>all day pain relief</i>	4
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i> ..	7	<i>all day relief</i>	5
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i> ..	7	<i>allergy</i>	121
<i>acetazolamide</i>	48	<i>allergy childrens</i>	121
<i>acetic acid</i>	102	<i>allergy relief</i>	121
<i>acetic acid (otic)</i>	120	<i>allergy relief childrens</i>	121
<i>acetylcysteine</i>	126	<i>allopurinol</i>	2
<i>acid gone</i>	90	<i>almacone double strength</i>	90
<i>acid reducer</i>	95	<i>alose tron hcl</i>	100
<i>acid reducer original str</i>	95	<i>alprazolam</i>	50
<i>acitretin</i>	132	<i>altamist</i>	126
ACTHIB INJ.....	111	<i>altavera</i>	78
ACTIMMUNE	110	ALUMINUM HYDROXIDE	91
<i>acyclovir</i>	16	<i>alum & mag hydroxide-simethicone susp</i>	
<i>acyclovir sodium</i>	16	<i>200-200-20 mg/5ml</i>	90
ADACEL INJ.....	111	<i>alum & mag hydroxide-simethicone susp</i>	
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN)	105	<i>400-400-40 mg/5ml</i>	90
ADALIMUMAB-AACF (2 SYRING	106	ALUNBRIG	27
<i>adefovir dipivoxil</i>	16	ALUNBRIG PAK	27
ADMELOG.....	75	ALVAIZ	104
ADMELOG SOLOSTAR	75	ALVESCO	129
ADVAIR HFA AER 45/21	129	<i>alyacen 1/35</i>	78
ADVAIR HFA AER 115/21	129	<i>alyacen 7/7/7</i>	78
		ALYGLO	109
		<i>alyq</i>	50

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>amantadine hcl</i>	53	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	20
<i>ambrisentan</i>	50	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	20
<i>amethia</i>	78	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i> ..	21
<i>amethyst</i>	78	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i> ..	21
<i>amikacin sulfate</i>	8	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i> ...	21
<i>amiloride hcl</i>	48	<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	21
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	48	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	64
<i>amiodarone hcl</i>	43	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	64
<i>amitriptyline hcl</i>	51	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	64
<i>amlodipine besylate</i>	47	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	64
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i>	38	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	64
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i>	38	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	64
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i>	38	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	64
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i>	38	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	64
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i>	38	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	64
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i>	38	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	64
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i>	40	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	64
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>	40	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	64
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i>	40	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	64
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i>	40	<i>amphotericin b</i>	11
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i> 41		<i>amphotericin b liposome</i>	11
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i> 41		<i>ampicillin</i>	21
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i>	41	<i>ampicillin sodium</i>	21
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i>	41	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	21
<i>amnesteem</i>	130	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	21
<i>amoxapine</i>	51	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	21
<i>amoxicillin</i>	20		
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg</i>	20		
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	20		
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	20		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	21	<i>atomoxetine hcl</i>	64, 65
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	21	<i>atorvastatin calcium</i>	44
<i>anagrelide hcl</i>	104	<i>atovaquone</i>	8
<i>anastrozole</i>	24	<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i>	12
<i>ANORO ELLIPT AER 62.5-25</i>	120	<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i> ...	12
<i>antacid</i>	91	<i>ATROPINE SULFATE</i>	120
<i>antacid/antigas liquid</i>	91	<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i>	120
<i>antacid calcium regular s</i>	91	<i>ATROVENT HFA</i>	121
<i>antacid extra strength</i>	91	<i>aubra eq</i>	78
<i>antacid maximum strength</i>	91	<i>AUGTYRO</i>	27
<i>antacid regular strength</i>	91	<i>aurovela 1/20</i>	78
<i>anti-diarrheal</i>	92	<i>aurovela 24 fe</i>	78
<i>anti-gas/and gnp antacid</i>	91	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	78
<i>anti-nausea</i>	93	<i>aurovela fe 1/20</i>	78
<i>aprepitant</i>	93	<i>AUSTEDO</i>	67
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	93	<i>AUSTEDO XR</i>	67
<i>apri</i>	78	<i>AUSTEDO XR TAB TITR KIT</i>	67
<i>APTIOM</i>	58	<i>AUVELITY TAB 45-105MG</i>	51
<i>APTIVUS</i>	13	<i>aviane</i>	78
<i>ARALAST NP</i>	126	<i>ayr</i>	126
<i>aranelle</i>	78	<i>ayuna</i>	78
<i>ARCALYST</i>	110	<i>AYVAKIT</i>	28
<i>AREXVY</i>	111	<i>azacitidine</i>	23
<i>ARIKAYCE</i>	8	<i>azathioprine</i>	110
<i>aripiprazole</i>	55	<i>azelastine hcl</i>	121
<i>ARISTADA</i>	55	<i>azelastine hcl (ophth)</i>	119
<i>ARISTADA INITIO</i>	55	<i>azithromycin</i>	19
<i>armodafinil</i>	69	<i>aztreonam</i>	8
<i>ARNUITY ELLIPTA</i>	129	<i>azurette</i>	78
<i>asenapine maleate</i>	55	B	
<i>ashlyna</i>	78	<i>baby ayr saline</i>	126
<i>aspirin</i>	2	<i>bacitracin (ophthalmic)</i>	117
<i>aspirin adult low dose</i>	2	<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	117
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	105	<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	117
<i>aspirin low dose</i>	2	<i>baclofen</i>	68
<i>aspirin low strength</i>	2	<i>BAFIERTAM</i>	68
<i>aspirin regimen</i>	2	<i>balsalazide disodium</i>	95
<i>ASTAGRAF XL</i>	110	<i>BALVERSA</i>	28
<i>atazanavir sulfate</i>	13	<i>balziva</i>	78
<i>atenolol</i>	46	<i>banophen</i>	121
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	45	<i>BARACLUDE</i>	17
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	45	<i>BASAGLAR KWIKPEN</i>	75
		<i>BCG VACCINE</i>	111
		<i>B-COMPLEX/FA TAB /VIT C</i>	116

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>benazepril hcl</i>	39	<i>blisovi fe 1.5/30</i>	78
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i> <i>5-6.25mg</i>	38	BOOSTRIX INJ.....	111
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-</i> <i>12.5 mg</i>	38	<i>bortezomib</i>	28
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-</i> <i>12.5 mg</i>	38	BORTEZOMIB	28
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-</i> <i>25 mg</i>	39	<i>bosentan</i>	50
BENDAMUSTINE HYDROCHLORID.....	23	BOSULIF	28
BENDEKA.....	23	BRAFTOVI.....	28
BENLYSTA.....	110	BREO ELLIPTA INH 50-25MCG.....	129
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i> ..	130	BREO ELLIPTA INH 100-25	129
<i>benztropine mesylate</i>	53, 54	BREO ELLIPTA INH 200-25	129
BERINERT	105	<i>brey-na</i>	129
BESIVANCE.....	117	BREZTRI AERO AER SPHERE	120
BESREMI	26	BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	121
<i>betaine powder for oral solution</i>	87	<i>briellyn</i>	78
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> ..	132	BRILINTA.....	105
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i>	132	<i>brimonidine tartrate</i>	119
<i>betamethasone valerate</i>	132	<i>brinzolamide</i>	119
BETASERON	68	BRIVIACT	59
<i>betaxolol hcl</i>	46	<i>bromfenac sodium (ophth)</i>	118
<i>betaxolol hcl (ophth)</i>	119	<i>bromocriptine mesylate</i>	54
<i>bethanechol chloride</i>	102	BRONCHITOL.....	126
BETOPTIC-S	119	BRUKINSA	28
BEVESPI AER 9-4.8MCG	120	<i>budesonide</i>	95
<i>bexarotene</i>	26	<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd</i> <i>aerosol 80-4.5 mcg/act</i>	129
<i>bexarotene (topical)</i>	134	<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd</i> <i>aerosol 160-4.5 mcg/act</i>	129
BEXSERO INJ	111	<i>budesonide (inhalation)</i>	129
<i>bicalutamide</i>	24	<i>bumetanide</i>	48
BICILLIN L-A	21	<i>buprenorphine</i>	6
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG.....	15	<i>buprenorphine hcl</i>	69
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG.....	15	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> <i>2-0.5 mg (base equiv)</i>	69
<i>bisacodyl</i>	96	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> <i>4-1 mg (base equiv)</i>	70
<i>bisacodyl ec</i>	96	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> <i>8-2 mg (base equiv)</i>	70
<i>bismuth subsalicylate</i>	92	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> <i>12-3 mg (base equiv)</i>	70
<i>bisoprolol fumarate</i>	46	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i> <i>2-0.5 mg (base equiv)</i>	70
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-</i> <i>6.25 mg</i>	45	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i> <i>8-2 mg (base equiv)</i>	70
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> <i>5-6.25 mg</i>	45	<i>bupropion hcl</i>	51
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-</i> <i>6.25 mg</i>	46	<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i>	70
BIVIGAM	109		
<i>blisovi 24 fe</i>	78		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>buspirone hcl</i>	50	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	54
<i>butorphanol tartrate</i>	7	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	54
C		<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	54
<i>cabergoline</i>	87	<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	54
CABOMETYX.....	28	<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	54
<i>calcidol</i>	116	<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	54
<i>calcipotriene</i>	132	<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	54
<i>calcitonin (salmon) spray</i>	77	<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	54
<i>calcitrene</i>	132	<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg</i>	54
<i>calcitriol</i>	90	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i>	54
<i>calcitriol (oral)</i>	90	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i>	54
<i>calcium antacid</i>	91	<i>carboplatin</i>	23
<i>calcium antacid extra str</i>	91	<i>carglumic acid</i>	87
CALCIUM CARBONATE.....	91	<i>carisoprodol</i>	69
<i>calcium polycarbophil</i>	96	<i>carteolol hcl (ophth)</i>	119
<i>cal-gest antacid</i>	91	<i>cartia xt</i>	47
CALQUENCE.....	28	<i>carvedilol</i>	46
<i>camila</i>	78	<i>caspofungin acetate</i>	11
<i>camrese</i>	78	CAYSTON.....	8
<i>camrese lo</i>	78	<i>cefaclor</i>	18
<i>candesartan cilexetil</i>	43	<i>cefadroxil</i>	18
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg</i>	41	CEFAZOLIN	18
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg</i>	41	CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	18
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-25 mg</i>	41	<i>cefazolin sodium</i>	18
CAPLYTA.....	55	CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%.....	18
CAPRELSA	28	<i>cefdinir</i>	18
<i>captopril</i>	39	<i>cefepime hcl</i>	18
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg</i>	39	<i>cefixime</i>	18
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	39	<i>cefotetan disodium</i>	18
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</i>	39	<i>cefoxitin sodium</i>	18
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	39	<i>cefpodoxime proxetil</i>	18
<i>carbamazepine</i>	59	<i>cefprozil</i>	18
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	54	<i>ceftazidime</i>	18
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	54	<i>ceftriaxone sodium</i>	19
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	54	<i>cefuroxime axetil</i>	19
		<i>cefuroxime sodium</i>	19
		<i>celecoxib</i>	5
		<i>cephalexin</i>	19
		CERDELGA.....	87
		CEREZYME	87

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>cetirizine hcl</i>	121, 122	CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML.....	9
<i>cetirizine hcl allergy ch</i>	122	CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML.....	9
<i>cetirizine hcl childrens</i>	122	CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML.....	9
<i>cetirizine hydrochloride</i>	122	CLINIMIX INJ 4.25/D5W.....	115
<i>cevimeline hcl</i>	135	CLINIMIX INJ 4.25/D10.....	116
<i>chateal eq</i>	78	CLINIMIX INJ 5%/D15W.....	116
CHEMET.....	77	CLINIMIX INJ 5%/D20W.....	116
<i>chest congestion relief</i>	124	CLINIMIX INJ 6/5.....	116
<i>chest congestion relief d</i>	125	CLINIMIX INJ 8/10.....	116
<i>childrens acetaminophen</i>	2	CLINIMIX INJ 8/14.....	116
<i>childrens loratadine</i>	122	<i>clinisol sf 15%</i>	116
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>	135	CLINOLIPID EMU 20%.....	116
<i>chloroquine phosphate</i>	13	<i>clobazam</i>	59
<i>chlorpromazine hcl</i>	55	<i>clobetasol propionate</i>	132
<i>chlorthalidone</i>	48	<i>clobetasol propionate e</i>	132
<i>chocolated laxative regul</i>	96	<i>clomipramine hcl</i>	52
<i>cholestyramine</i>	44	<i>clonazepam</i>	59
<i>cholestyramine light</i>	44	<i>clonidine</i>	49
<i>ciclopirox</i>	131	<i>clonidine hcl</i>	49
<i>ciclopirox olamine</i>	131	<i>clopidogrel bisulfate</i>	105
<i>cilostazol</i>	105	<i>clorazepate dipotassium</i>	59
CILOXAN.....	117	<i>clotrimazole</i>	135
CIMDUO TAB 300-300.....	15	<i>clotrimazole (topical)</i>	131
<i>cinacalcet hcl</i>	87	<i>clotrimazole vaginal</i>	102
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	20	<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i> 1-0.05%.....	131
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	20	<i>clozapine</i>	55, 56
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-</i> 0.1%.....	120	COARTEM TAB 20-120MG.....	13
<i>ciprofloxacin hcl</i>	20	<i>colace 2-in-1</i>	96
<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i>	118	COLACE CLEAR.....	96
<i>cisplatin</i>	23	<i>colchicine</i>	2
<i>citalopram hydrobromide</i>	52	<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	2
<i>claravis</i>	130	<i>colesevelam hcl</i>	45
<i>clarithromycin</i>	19	<i>colestipol hcl</i>	45
<i>clearlax</i>	96	<i>colistimethate sodium</i>	9
<i>clindamycin hcl</i>	8	COMBIGAN SOL 0.2/0.5%.....	119
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	8	COMBIVENT AER 20-100.....	121
<i>clindamycin phosphate</i>	9	COMETRIQ (60MG DOSE).....	29
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 300 mg/50ml.....	9	COMETRIQ KIT 100MG.....	29
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 600 mg/50ml.....	9	COMETRIQ KIT 140MG.....	29
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 900 mg/50ml.....	9	COMPLERA TAB.....	15
<i>clindamycin phosphate (topical)</i>	130	<i>compro</i>	93
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	102	<i>constulose</i>	96
		COPAXONE.....	68
		COPIKTRA.....	29
		CORLANOR.....	49

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
COSENTYX	106	daysee	79
COSENTYX SENSOREADY PEN.....	106	DAYVIGO.....	65
COSENTYX UNOREADY	106	deblitane	79
COTELLIC	29	deep sea nasal spray	126
CREON CAP 3000UNIT	100	deferasirox.....	77
CREON CAP 6000UNIT	100	DELSTRIGO TAB.....	15
CREON CAP 12000UNT	100	DENGVAXIA SUS.....	111
CREON CAP 24000UNT	100	DEPO-SUBQ PROVERA 104	79
CREON CAP 36000UNT	100	depo-testosterone	71
cromolyn sodium	126	DESCOVY TAB 120-15MG	15
cromolyn sodium (mastocytosis).....	100	DESCOVY TAB 200/25MG	15
cromolyn sodium (ophth).....	119	desipramine hcl.....	52
cryselle-28	78	desmopressin acetate.....	87
curae.....	78	desmopressin acetate spray	87
cvs glucose	87	desmopressin acetate spray refrigerated	87
cvs pinworm treatment	9	desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15- 0.02/0.01 mg(21/5)	79
cvs saline nasal spray	126	desvenlafaxine succinate	52
cyclobenzaprine hcl.....	69	dexamethasone	86
cyclophosphamide	23	DEXAMETHASONE INTENSOL.....	86
CYCLOPHOSPHAMIDE	23	dexamethasone sodium phosphate.....	86
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR	23	dexamethasone sodium phosphate (ophth) 118	
cycloserine.....	16	dexmethylphenidate hcl	65
cyclosporine	110	dextromethorphan-guaifenesin liquid 10- 100 mg/5ml	125
cyclosporine modified (for microemulsion). 110		dextromethorphan-guaifenesin syrup 10- 100 mg/5ml	125
cyproheptadine hcl.....	122	dextrose	116
cyred eq	78	dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%..	113
CYSTADROPS.....	120	dextrose 5% in lactated ringers.....	113
CYSTAGON	87	dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%	113
CYSTARAN	120	dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%	113
cytarabine	23	dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%	113
		dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%	113
		dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%... 113	
		dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45% ... 113	
D		DIACOMIT	59
D2.5W/NACL INJ 0.45%	113	dialyvite 800	116
D10W/NACL INJ 0.2%	113	diazepam	59
dabigatran etexilate mesylate	103	diazepam (anticonvulsant).....	59
dalfampridine	68	diazepam inj	60
danazol.....	71	diazepam intensol.....	60
dantrolene sodium.....	69	diazoxide.....	87
dapsone	9	diclofenac potassium	5
DAPTACEL INJ	111	diclofenac sodium	5
daptomycin	9	diclofenac sodium (ophth)	118
DAPTOMYCIN	9		
darunavir	13		
dasetta 1/35.....	78		
dasetta 7/7/7	78		
DAURISMO	29		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>diclofenac sodium (topical)</i>	134	<i>driminate</i>	93
<i>dicloxacillin sodium</i>	21	DRIZALMA SPRINKLE	52
<i>dicyclomine hcl</i>	95	<i>dronabinol</i>	93
DIFICID	19	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab</i>	
<i>diflunisal</i>	5	3-0.02 mg	79
<i>digoxin</i>	49	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab</i>	
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	66	3-0.03 mg	79
DILANTIN	60	<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate</i>	
<i>diltiazem hcl</i>	47	<i>tab 3-0.02-0.451 mg</i>	79
<i>diltiazem hcl coated beads</i>	47	<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate</i>	
<i>diltiazem hcl extended release beads</i>	47	<i>tab 3-0.03-0.451 mg</i>	79
<i>dilt-xr</i>	47	DROXIA	105
<i>diphenhydramine hcl</i>	122	<i>droxidopa</i>	49
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-</i>		DULERA AER 50-5MCG.....	129
<i>0.025 mg/5ml</i>	100	DULERA AER 100-5MCG	129
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-</i>		DULERA AER 200-5MCG	129
<i>0.025 mg</i>	100	<i>duloxetine hcl</i>	52
DIP/TET PED INJ 25-5LFU.....	111	DUPIXENT	106
<i>dipyridamole</i>	105	<i>dutasteride</i>	101
<i>disopyramide phosphate</i>	43	<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i>	101
<i>disulfiram</i>	70	E	
<i>divalproex sodium</i>	60	<i>econazole nitrate</i>	131
<i>docetaxel</i>	27	<i>econtra one-step</i>	79
DOCETAXEL	27	<i>ed-apap</i>	2
<i>docusate calcium</i>	96	EDURANT.....	13
<i>docusate mini</i>	96	<i>e.e.s. 400</i>	19
<i>docusate sodium</i>	96	<i>efavirenz</i>	13
DOCUSOL KIDS	96	<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-</i>	
<i>dofetilide</i>	43	<i>200-300 mg</i>	15
<i>dok</i>	96	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-</i>	
<i>dolishale</i>	79	<i>300-300 mg</i>	15
<i>donepezil hydrochloride</i>	50, 51	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-</i>	
DOPTLET	105	<i>300-300 mg</i>	15
<i>dorzolamide hcl</i>	119	ELIGARD	25
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln</i>		<i>elinest</i>	79
<i>2-0.5%</i>	119	ELIQUIS	103
<i>dotti</i>	85	ELIQUIS STARTER PACK	103
DOVATO TAB 50-300MG.....	15	<i>eluryng</i>	79
<i>doxazosin mesylate</i>	40	EMGALITY	66
<i>doxepin hcl</i>	52	EMSAM	52
<i>doxepin hcl (sleep)</i>	65	<i>emtricitabine</i>	13
<i>doxorubicin hcl</i>	26	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i>	
<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	26	<i>tab 100-150 mg</i>	15
<i>doxy 100</i>	22	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i>	
<i>doxycycline hyclate</i>	22	<i>tab 133-200 mg</i>	15
<i>doxycycline (monohydrate)</i>	22		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	15	<i>eq saline nasal spray</i>	126
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	15	<i>ergocalciferol</i>	116
EMTRIVA	13	<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	66
EMVERM	9	ERIVEDGE	29
<i>emzahh</i>	79	ERLEADA.....	25
<i>enalapril maleate</i>	39	<i>erlotinib hcl</i>	29
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	39	<i>errin</i>	79
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	39	<i>ertapenem sodium</i>	9
ENBREL	106	<i>ery</i>	130
ENBREL MINI.....	106	<i>ery-tab</i>	19
ENBREL SURECLICK	106	ERYTHROCIN LACTOBIONATE.....	19
<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	7	<i>erythromycin (acne aid)</i>	130
<i>endocet tab 5-325mg</i>	7	<i>erythromycin base</i>	19
<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	7	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	19
<i>endocet tab 10-325mg</i>	7	<i>erythromycin lactobionate</i>	19
<i>enema ready-to-use</i>	96	<i>erythromycin (ophth)</i>	118
<i>enemeez mini</i>	96	<i>escitalopram oxalate</i>	52
<i>enemeez plus</i>	96	<i>esomeprazole magnesium</i>	101
ENGERIX-B.....	111	<i>estarylla</i>	79
<i>enilloring</i>	79	<i>estradiol</i>	85
<i>enoxaparin sodium</i>	103	<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	85
<i>enpresse-28</i>	79	<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	85
<i>enskyce</i>	79	<i>estradiol vaginal</i>	85
ENSTILAR AER	132	<i>estradiol valerate</i>	85
<i>entacapone</i>	54	<i>eszopiclone</i>	65
<i>entecavir</i>	17	<i>ethambutol hcl</i>	16
ENTRESTO CAP 6-6MG	41	<i>ethosuximide</i>	60
ENTRESTO CAP 15-16MG	41	<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>	79
ENTRESTO TAB 24-26MG.....	41	<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	79
ENTRESTO TAB 49-51MG	41	<i>etodolac</i>	5
ENTRESTO TAB 97-103MG	41	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	79
<i>enulose</i>	96	<i>etoposide</i>	27
EPCLUSA PAK 150-37.5	17	<i>etravirine</i>	13
EPCLUSA PAK 200-50MG	17	EULEXIN.....	25
EPCLUSA TAB 200-50MG.....	17	<i>euthyrox</i>	89
EPCLUSA TAB 400-100	17	<i>everolimus</i>	29
EPIDIOLEX	60	<i>everolimus (immunosuppressant)</i>	110
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	49, 126	EVOTAZ TAB 300-150	15
<i>epitol</i>	60	<i>exemestane</i>	25
<i>eplerenone</i>	40	EYSUVIS.....	120
EPRONTIA.....	60	<i>ezetimibe</i>	45
<i>eq saline nasal spray</i>	126		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	45	<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i> ..12	
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	45	<i>flucytosine</i>	12
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	45	<i>fludrocortisone acetate</i>	86
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	45	<i>flunisolide (nasal)</i>	129
F		<i>fluocinolone acetonide</i>	132, 133
FABRAZYME.....	88	<i>fluocinolone acetonide (otic)</i>	120
<i>falmina</i>	79	<i>fluocinonide</i>	133
<i>famciclovir</i>	17	<i>fluocinonide emulsified base</i>	133
<i>famotidine</i>	95	<i>fluorometholone (ophth)</i>	118
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i> 95		<i>fluorouracil</i>	24
<i>famotidine original stren</i>	95	<i>fluorouracil (topical)</i>	134
FANAPT	56	<i>fluoxetine hcl</i>	52
FANAPT PAK	56	<i>fluphenazine decanoate</i>	56
FARXIGA	72	<i>fluphenazine hcl</i>	56
FASENRA	126	<i>flurbiprofen</i>	5
FASENRA PEN.....	126	<i>flurbiprofen sodium</i>	118
<i>felbamate</i>	60	<i>fluticasone propionate</i>	133
<i>felodipine</i>	47	<i>fluticasone propionate (nasal)</i>	129
<i>fenofibrate</i>	44	<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-</i> <i>50 mcg/act</i>	130
<i>fenofibrate micronized</i>	44	<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-</i> <i>50 mcg/act</i>	130
<i>fentanyl</i>	6	<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-</i> <i>50 mcg/act</i>	130
<i>fentanyl citrate</i>	7	<i>fluvoxamine maleate</i>	50
FETZIMA	52	<i>folika-bc</i>	116
FETZIMA CAP TITRATIO	52	<i>fondaparinux sodium</i>	103, 104
<i>feverall childrens</i>	2	<i>fosamprenavir calcium</i>	13
FEVERALL INFANTS	2	<i>fosinopril sodium</i>	39
FEVERALL JUNIOR STRENGTH.....	2	<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab</i> <i>10-12.5 mg</i>	39
FIASP	75	<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab</i> <i>20-12.5 mg</i>	39
FIASP FLEXTOUCH.....	75	FOTIVDA.....	29
FIASP PENFILL	75	FRUZAQLA.....	29, 30
FIASP PUMPCART	75	<i>ft acid reducer</i>	95
<i>fiber-lax</i>	96	<i>ft all day allergy</i>	122
<i>finasteride</i>	101	<i>ft all day allergy 24 hou</i>	122
<i>ingolimod hcl</i>	68	<i>ft all day allergy relief</i>	122
FINTEPLA.....	60	<i>ft all day pain relief</i>	5
<i>finzala</i>	80	<i>ft allergy relief</i>	122
FIRMAGON	25	<i>ft allergy relief childre</i>	122
<i>flac</i>	120	<i>ft antacid & antigas</i>	91
FLAREX	118	<i>ft antacid extra strength</i>	91
FLEBOGAMMA DIF	109	<i>ft antacid regular streng</i>	91
<i>flecainide acetate</i>	43	<i>ft anti-diarrheal</i>	92
FLEET ENE PED	96		
FLEET LIQUID GLYCERIN SUP.....	96		
<i>fluconazole</i>	11		
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml</i> ..12			

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>ft aspirin</i>	2	<i>gavilyte-g</i>	97
<i>ft aspirin low dose</i>	2	<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	97
<i>ft clearlax</i>	97	GAVRETO	30
<i>ft enteric coated aspirin</i>	3	<i>gefitinib</i>	30
<i>ft fiber laxative</i>	97	<i>gemcitabine hcl</i>	24
<i>ft gentle laxative</i>	97	<i>gemfibrozil</i>	44
<i>ft ibuprofen</i>	5	<i>generlac</i>	97
<i>ft laxative</i>	97	<i>gengraf</i>	110
<i>ft migraine relief</i>	3	GENOTROPIN.....	88
<i>ft milk of magnesia</i>	97	GENOTROPIN MINIQUICK.....	88
<i>ft motion sickness</i>	93	<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	9
<i>ft nasal decongestant max</i>	125	<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	9
<i>ft nicotine</i>	70	<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	9
<i>ft pain relief</i>	3	<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	9
<i>ft pain relief adult extr</i>	3	<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	9
<i>ft senna laxative</i>	97	<i>gentamicin sulfate</i>	9
<i>ft senna-s</i>	97	<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>	118
<i>ft stomach relief</i>	92	<i>gentamicin sulfate (topical)</i>	131
<i>ft stool softener</i>	97	<i>gentle laxative</i>	97
<i>ft tussin adult</i>	125	GENVOYA TAB.....	15
<i>full spectrum b/vitamin c</i>	116	GILOTRIF	30
FULPHILA.....	104	<i>glatiramer acetate</i>	68
<i>fulvestrant</i>	25	<i>glatopa</i>	68
<i>furosemide</i>	48	GLEOSTINE.....	23
<i>furosemide inj</i>	48	<i>glimepiride</i>	72
FUZEON.....	13	<i>glipizide</i>	72
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	85	<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	72
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	85	<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	72
FYCOMPA	60	<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	72
G		<i>glipizide xl</i>	72
<i>gabapentin</i>	60	<i>glycerin childrens</i>	97
<i>galantamine hydrobromide</i>	51	<i>glycerin (laxative)</i>	97
GAMASTAN INJ	109	<i>glycolax</i>	97
GAMMAGARD LIQUID	109	<i>glycopyrrolate</i>	95
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH.....	109	<i>glydo</i>	133
GAMMAKED	109	GLYXAMBI TAB 10-5 MG	72
GAMMAPLEX	109	GLYXAMBI TAB 25-5 MG.....	72
GAMUNEX-C	109	<i>gnp acetaminophen</i>	3
<i>ganciclovir sodium</i>	17	<i>gnp acid reducer</i>	95
GARDASIL 9 INJ.....	111	<i>gnp adult aspirin low str</i>	3
<i>gatifloxacin (ophth)</i>	118	<i>gnp all day allergy</i>	122
GATTEX.....	100	<i>gnp all day allergy child</i>	122
GAUZE PADS 2	75	<i>gnp all day allergy relie</i>	122
<i>gavilax</i>	97	<i>gnp allergy</i>	122
<i>gavilyte-c</i>	97	<i>gnp allergy relief</i>	122
		<i>gnp allergy relief maximu</i>	122

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>gnp antacid and anti-gas/</i>	91	<i>gnp stomach relief</i>	93
<i>gnp antacid anti-gas/maxi</i>	91	<i>gnp stool softener</i>	98
<i>gnp antacid & anti-gas/re</i>	91	<i>gnp stool softener/stimul</i>	98
<i>gnp antacid extra strengt</i>	91	<i>gnp tussin dm cough</i>	125
<i>gnp antacid/regular stren</i>	91	<i>gnp tussin mucus & chest</i>	125
<i>gnp anti-diarrheal</i>	92	<i>gnp womens gentle laxativ</i>	98
<i>gnp anti-nausea relief</i>	93	<i>goodsense all day allergy</i>	123
<i>gnp aspirin</i>	3	<i>goodsense allergy relief</i>	123
<i>gnp aspirin low dose</i>	3	<i>goodsense anti-diarrheal</i>	93
<i>gnp childrens allergy</i>	123	<i>goodsense aspirin</i>	3
<i>gnp clearlax</i>	97	<i>goodsense aspirin adults</i>	3
<i>gnp clotrimazole 3</i>	102	<i>goodsense clearlax</i>	98
<i>gnp fiber therapy</i>	97	<i>goodsense ibuprofen</i>	5
<i>gnp gentle laxative</i>	97	<i>goodsense migraine formul</i>	3
<i>gnp glycerin adult</i>	97	<i>goodsense naproxen sodium</i>	5
<i>gnp glycerin child</i>	97	<i>goodsense nicotine</i>	70
<i>gnp headache relief extra</i>	3	<i>goodsense nicotine gum</i>	70
<i>gnp ibuprofen</i>	5	<i>goodsense nicotine polacr</i>	70
<i>gnp infants pain/fever</i>	3	<i>goodsense pain & fever ch</i>	3
<i>gnp loperamide hydrochlor</i>	92	<i>goodsense pain & fever in</i>	3
<i>gnp loratadine</i>	123	<i>goodsense pain relief</i>	3
<i>gnp loratadine childrens</i>	123	<i>goodsense pain relief ext</i>	4
<i>gnp miconazole 1 combinat</i>	102	<i>granisetron hcl</i>	94
<i>gnp miconazole 3</i>	102	<i>griseofulvin microsize</i>	12
<i>gnp miconazole 7</i>	102	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	12
<i>gnp migraine relief</i>	3	<i>guaifenesin</i>	125
<i>gnp milk of magnesia</i>	97	<i>guanfacine hcl</i>	49
<i>gnp motion sickness relie</i>	93	<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	65
<i>gnp naproxen</i>	5		
<i>gnp nasal decongestant</i>	125	H	
<i>gnp nasal decongestant/ma</i>	125	HAEGARDA	105
<i>gnp nasal moisturizing</i>	127	<i>hailey 1.5/30</i>	80
<i>gnp nausea relief</i>	93	<i>hailey 24 fe</i>	80
<i>gnp nicotine gum</i>	70	<i>halobetasol propionate</i>	133
<i>gnp nicotine mini lozenge</i>	70	<i>haloette</i>	80
<i>gnp nicotine polacrilex</i>	70	<i>haloperidol</i>	56
<i>gnp nicotine polacrilex m</i>	70	<i>haloperidol decanoate</i>	56
<i>gnp nicotine transdermal</i>	70	<i>haloperidol lactate</i>	56
<i>gnp pain & fever children</i>	3	HARVONI PAK 33.75-150MG	17
<i>gnp pain & fever infants</i>	3	HARVONI PAK 45-200MG	17
<i>gnp pain relief</i>	3	HARVONI TAB 45-200MG	17
<i>gnp pain relief extra str</i>	3	HARVONI TAB 90-400MG	17
<i>gnp pink bismuth</i>	92	HAVRIX	111
<i>gnp pink bismuth ultra st</i>	92	<i>headache relief</i>	4
<i>gnp senna lax</i>	97	<i>headache relief/extra str</i>	4
<i>gnp senna plus</i>	97	<i>healthylax</i>	98

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>heartburn relief</i>	95	IBRANCE	30
<i>heartburn relief extra st.</i>	91	<i>ibu</i>	5
<i>heather</i>	80	<i>ibuprofen</i>	5
<i>heparin sodium (porcine)</i>	104	<i>icatibant acetate</i>	105
HEPLISAV-B.....	111	<i>iclevia</i>	80
HEP SOD/NAACL INJ 25000UNT	104	ICLUSIG.....	30
HERCEP HYLEC SOL 60-10000.....	30	IDACIO (2 PEN).....	107
HERCEPTIN	30	IDACIO (2 SYRINGE)	107
<i>her style</i>	80	IDACIO CROHN INJ DISEASE	107
HERZUMA	30	IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS.....	107
HIBERIX.....	111	IDHIFA	30
<i>hm all day allergy childr</i>	123	<i>imatinib mesylate</i>	30
<i>hm antacid extra strength</i>	91	IMBRUVICA.....	30
<i>hm enema saline laxative</i>	98	<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> 250 mg	9
<i>hm loratadine</i>	123	<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> 500 mg	9
<i>hm nicotine polacrilex</i>	70	<i>imipramine hcl</i>	52
HUMIRA	106	<i>imiquimod</i>	134
HUMIRA PEN	107	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	111
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START	107	IMPAVIDO	9
HUMIRA PEN KIT PS/UV	107	INBRIJA	54
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S.....	107	<i>incassia</i>	80
HUMULIN R U-500 (CONCENTR.....	75	INCRELEX	88
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	75	INCRUSE ELLIPTA.....	121
<i>hydralazine hcl</i>	49	<i>indapamide</i>	48
<i>hydrochlorothiazide</i>	48	INFANRIX INJ	111
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-</i> 325 mg/15ml.....	7	INFLIXIMAB	107
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg.7</i>		INLYTA.....	30, 31
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-</i> 325 mg	7	INQOVI TAB 35-100MG.....	24
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg7</i>		INREBIC.....	31
<i>hydrocodone bitartrate</i>	6	INSULIN PEN NEEDLES\BD-EMBECTA	75
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	7	INSULIN SAFETY NEEDLES\BD-EMBECTA..	75
<i>hydrocortisone</i>	86	INSULIN SYRINGES\BD-EMBECTA	75
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	95	INTELENCE	13
<i>hydrocortisone (rectal)</i>	134	INTRALIPID	116
<i>hydrocortisone (topical)</i>	133	<i>introvale</i>	80
<i>hydrocortisone valerate</i>	133	INVEGA HAFYERA	56
<i>hydromorphone hcl</i>	7	INVEGA SUSTENNA	56
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	108	INVEGA TRINZA	56
<i>hydroxyurea</i>	26	IPOL INJ INACTIVE	111
<i>hydroxyzine hcl</i>	123	<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3)</i> mg/3ml.....	121
<i>hydroxyzine pamoate</i>	123	<i>ipratropium bromide</i>	121
I		<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	121
<i>ibandronate sodium</i>	77	<i>irbesartan</i>	43

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i>	41	<i>junel fe 1.5/30</i>	80
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i>	41	<i>junel fe 1/20</i>	80
<i>irinotecan hcl</i>	26	<i>junel fe 24</i>	80
ISENTRESS	13	JYLAMVO	108
ISENTRESS HD	14	JYNNEOS	112
<i>isibloom</i>	80	K	
ISOLYTE-P INJ /D5W	113	KADCYLA	31
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	113	<i>kaitlib fe</i>	80
<i>isoniazid</i>	16	KALYDECO	127
<i>isosorbide dinitrate</i>	49	KANJINTI	31
<i>isosorbide mononitrate</i>	49	<i>kariva</i>	80
<i>isotretinoin</i>	130	<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	113
<i>isradipine</i>	47	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	113
<i>itraconazole</i>	12	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	114
<i>ivabradine hcl</i>	49	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	114
<i>ivermectin</i>	10	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	114
IWILFIN	26	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	114
IXCHIQ INJ	111	<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i>	114
IXIARO INJ	111	<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	114
J		<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	114
JAKAFI	31	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	114
<i>jantoven</i>	104	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	114
JANUMET TAB 50-500MG	72	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	114
JANUMET TAB 50-1000	72	KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	114
JANUMET XR TAB 50-500MG	72	<i>kelnor 1/35</i>	80
JANUMET XR TAB 50-1000	72	<i>kelnor 1/50</i>	80
JANUMET XR TAB 100-1000	72	KERENDIA	40
JANUVIA	73	KESIMPTA	68
JARDIANCE	73	<i>ketoconazole</i>	12
<i>jasmiel</i>	80	<i>ketoconazole (topical)</i>	131
<i>javygtor</i>	88	<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>	119
JAYPIRCA	31	KEYTRUDA	31
JENTADUETO TAB 2.5-500	73	KINRIX INJ	112
JENTADUETO TAB 2.5-850	73	<i>kionex</i>	77
JENTADUETO TAB 2.5-1000	73	KISQALI 200 DOSE	31
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	73	KISQALI 200 PAK FEMARA	31
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	73	KISQALI 400 DOSE	31
<i>jinteli</i>	85	KISQALI 400 PAK FEMARA	31
<i>jolessa</i>	80	KISQALI 600 DOSE	31
<i>juleber</i>	80		
JULUCA TAB 50-25MG	16		
<i>junel 1.5/30</i>	80		
<i>junel 1/20</i>	80		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
KISQALI 600 PAK FEMARA	31	LENVIMA CAP 18 MG	32
<i>klayesta</i>	131	LENVIMA CAP 24 MG	32
<i>klor-con</i>	115	<i>lessina</i>	81
<i>klor-con 8</i>	115	<i>letrozole</i>	25
<i>klor-con 10</i>	115	<i>leucovorin calcium</i>	38
<i>klor-con m10</i>	115	<i>leuprolide acetate</i>	25
<i>klor-con m15</i>	115	<i>levalbuterol hcl</i>	124
<i>klor-con m20</i>	115	<i>levalbuterol tartrate</i>	124
KOSELUGO	31	<i>levetiracetam</i>	61
<i>kourzeq</i>	135	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> <i>500 mg/100ml</i>	61
KRAZATI.....	31	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> <i>1000 mg/100ml</i>	61
<i>kurvelo</i>	80	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> <i>1500 mg/100ml</i>	61
L		<i>levobunolol hcl</i>	119
<i>labetalol hcl</i>	46	<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>	88
<i>lacosamide</i>	60, 61	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	123
<i>lacosamide oral</i>	61	<i>levofloxacin</i>	20
<i>lactated ringer's solution</i>	114	<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	20
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	134	<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i> ...	20
<i>lactulose</i>	98	<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i> ...	20
<i>lactulose (encephalopathy)</i>	98	<i>levonest</i>	81
<i>lamivudine</i>	14	<i>levonor-eth est tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg</i> <i>&eth est 0.01 mg</i>	81
<i>lamivudine (hbv)</i>	17	<i>levonorgestrel (emergency oc)</i>	81
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	16	<i>levonorgestrel-eth estra tab</i> <i>0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	81
<i>lamotrigine</i>	61	<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day)</i> <i>tab 0.15-0.03 mg</i>	81
<i>lanreotide acetate</i>	88	<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (continuous)</i> <i>tab 90-20 mcg</i>	81
<i>lansoprazole</i>	101	<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-</i> <i>20 mcg</i>	81
<i>lapatinib ditosylate</i>	31	<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab</i> <i>0.15 mg-30 mcg</i>	81
<i>larin 1.5/30</i>	80	<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth</i> <i>est tab 0.01mg(7)</i>	81
<i>larin 1/20</i>	80	<i>levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) & eth</i> <i>est tab 0.01mg(7)</i>	81
<i>larin 24 fe</i>	80	<i>levora 0.15/30-28</i>	81
<i>larin fe 1.5/30</i>	80	<i>levo-t</i>	89
<i>larin fe 1/20</i>	80	<i>levothyroxine sodium</i>	90
<i>latanoprost</i>	119	<i>levoxyl</i>	90
<i>laxative maximum strength</i>	98	<i>l-glutamine (sickle cell)</i>	105
<i>laxative regular strength</i>	98	LIBERVANT	61
<i>layolis fe</i>	80		
<i>leena</i>	81		
<i>leflunomide</i>	108		
<i>lenalidomide</i>	26		
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE.....	32		
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE.....	32		
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	32		
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	32		
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	32		
LENVIMA CAP 14 MG	32		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>lidocaine</i>	133	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide</i>	
<i>lidocaine hcl</i>	133	<i>tab 100-25 mg</i>	41
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	4	LOTEMAX	119
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	135	<i>loteprednol etabonate</i>	119
<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>	133	<i>lovastatin</i>	44
<i>lidocan</i>	134	<i>low-ogestrel</i>	81
LILETTA	81	<i>loxapine succinate</i>	56
<i>linezolid</i>	10	LUMAKRAS.....	32
LINEZOLID INJ 2MG/ML.....	10	LUMIGAN	119
LINZESS	100	LUMIZYME	88
<i>liothyronine sodium</i>	90	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	25
<i>liquid acetaminophen</i>	4	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	25
<i>liquid allergy relief</i>	123	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH.....	88
<i>lisinopril</i>	40	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH.....	88
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-</i>		LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH.....	88
<i>12.5 mg</i>	39	<i>lurasidone hcl</i>	56
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-</i>		<i>lutera</i>	81
<i>12.5 mg</i>	39	<i>lyleq</i>	81
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-</i>		<i>lyllana</i>	85
<i>25 mg</i>	39	LYNPARZA	32
<i>lithium</i>	67	LYSODREN.....	25
<i>lithium carbonate</i>	67	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	32
LIVTENCITY	17	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	32
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	81	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	32
<i>loestrin 1/20-21</i>	81	<i>lyza</i>	82
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	81		
<i>loestrin fe 1/20</i>	81	M	
LOKELMA.....	77	<i>mag-al plus</i>	92
LONSURF TAB 15-6.14	24	<i>mag-al plus xs</i>	92
LONSURF TAB 20-8.19	24	<i>magnesium oxide</i>	92
<i>loperamide hcl</i>	93, 100	<i>magnesium sulfate</i>	114
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-</i>		MAGNESIUM SULFATE	114
<i>20 mg/ml)</i>	16	<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1</i>	
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	16	<i>gm/100ml</i>	114
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	16	<i>malathion</i>	134
<i>loratadine</i>	123	<i>maox</i>	92
<i>loratadine childrens</i>	123	<i>mapap childrens</i>	4
<i>lorazepam</i>	50	<i>maraviroc</i>	14
<i>lorazepam intensol</i>	50	<i>marlissa</i>	82
LORBRENA	32	MARPLAN.....	52
<i>loryna</i>	81	MATULANE.....	27
<i>losartan potassium</i>	43	MAVYRET PAK 50-20MG	17
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide</i>		MAVYRET TAB 100-40MG	17
<i>tab 50-12.5 mg</i>	41	<i>m-dryl</i>	123
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide</i>		<i>meclizine hcl</i>	94
<i>tab 100-12.5 mg</i>	41	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	89

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i>	82	<i>metronidazole (topical)</i>	134
<i>mefloquine hcl</i>	13	<i>metronidazole vaginal</i>	103
<i>megestrol acetate</i>	25, 89	<i>metyrosine</i>	49
<i>megestrol acetate (appetite)</i>	89	<i>mibelas 24 fe</i>	82
<i>meijer saline nasal spray</i>	127	<i>micafungin sodium</i>	12
MEKINIST.....	33	<i>miconazole 3 combo pack</i>	103
MEKTOVI.....	33	<i>miconazole 7</i>	103
<i>meloxicam</i>	5	<i>miconazole nitrate vaginal</i>	103
<i>memantine hcl</i>	51	<i>microgestin 1.5/30</i>	82
<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg titration pack</i>	51	<i>microgestin 1/20</i>	82
MENACTRA INJ	112	<i>microgestin 24 fe</i>	82
MENQUADFI INJ	112	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	82
MENVEO INJ	112	<i>microgestin fe 1/20</i>	82
MENVEO SOL.....	112	<i>midodrine hcl</i>	49
<i>mercaptapurine</i>	24	MIEBO	120
<i>meropenem</i>	10	<i>mifepristone (hyperglycemia)</i>	88
<i>mesalamine</i>	95, 96	<i>migraine relief</i>	4
<i>mesalamine w/ cleanser</i>	96	<i>mili</i>	82
MESNEX.....	38	<i>milk of magnesia</i>	98
<i>metformin hcl</i>	73	MILK OF MAGNESIA CONCENTR.....	98
<i>methadone hcl</i>	6	<i>mimvey</i>	85
<i>methadone hydrochloride i</i>	6	<i>minocycline hcl</i>	22
<i>methazolamide</i>	48	<i>minoxidil</i>	49
<i>methenamine hippurate</i>	10	<i>mintox maximum strength</i>	92
<i>methimazole</i>	90	<i>mintox plus</i>	92
<i>methocarbamol</i>	69	<i>mirtazapine</i>	52
<i>methotrexate sodium</i>	24, 109	<i>misoprostol</i>	100
<i>methsuximide</i>	61	MITIGARE.....	2
<i>methylphenidate hcl</i>	65	M-M-R II INJ	112
<i>methylprednisolone</i>	86	M-NATAL PLUS TAB	115
<i>methylprednisolone acetate</i>	86	<i>modafinil</i>	69
<i>methylprednisolone sod succ</i>	86	<i>moexipril hcl</i>	40
<i>methyltestosterone</i>	71	<i>molindone hcl</i>	57
<i>metoclopramide hcl</i>	94	<i>mometasone furoate</i>	133
<i>metolazone</i>	48	MONJUVI.....	33
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	46	<i>mono-linyah</i>	82
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	46	<i>montelukast sodium</i>	126
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	46	<i>morphine sulfate</i>	6, 7, 8
<i>metoprolol succinate</i>	46	<i>motion sickness relief</i>	94
<i>metoprolol tartrate</i>	46	<i>motion sickness relief/le</i>	94
<i>metronidazole</i>	10	<i>motion-time</i>	94
		MOUNJARO.....	73
		MOVANTIK.....	100
		<i>moxifloxacin hcl</i>	20
		<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i>	20

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	118	<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth</i>	
<i>m-pap</i>	4	<i>susp 0.1%</i>	117
MRESVIA	112	<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	117
<i>mucinex fast-max chest co</i>	125	<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	120
MULTAQ	43	<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp</i>	
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	114	<i>3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	120
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	114	<i>neomycin sulfate</i>	10
<i>mupirocin</i>	131	<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op</i>	
<i>my choice</i>	82	<i>oin</i>	118
<i>mycophenolate mofetil</i>	110	<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	117
<i>mycophenolate sodium</i>	110	NEPHRONEX LIQ 0.9/5ML	116
MYRBETRIQ	102	<i>nephro vitamins</i>	116
<i>my way</i>	82	<i>nephro-vite</i>	116
N		NERLYNX	33
<i>nabumetone</i>	5	<i>nevirapine</i>	14
<i>nadolol</i>	46	<i>new day</i>	82
<i>nafcillin sodium</i>	21	NEXLETOL	45
NAGLAZYME	88	NEXLIZET TAB 180/10MG	45
<i>nalbuphine hcl</i>	8	NEXPLANON	82
<i>naloxone hcl</i>	70	<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	45
<i>naltrexone hcl</i>	70	<i>nicardipine hcl</i>	47
NAMZARIC CAP 7-10MG	51	<i>nicotine</i>	71
NAMZARIC CAP 14-10MG	51	<i>nicotine mini lozenge</i>	71
NAMZARIC CAP 21-10MG	51	<i>nicotine polacrilex</i>	71
NAMZARIC CAP 28-10MG	51	<i>nicotine polacrilex mini</i>	71
NAMZARIC CAP PACK	51	NICOTINE SYS KIT TRANSDER	71
<i>naproxen</i>	5	<i>nicotine transdermal syst</i>	71
<i>naproxen dr</i>	5	NICOTROL INHALER	71
<i>naproxen sodium</i>	5, 6	NICOTROL NS	71
<i>naratriptan hcl</i>	66	<i>nifedipine</i>	47
<i>nasal decongestant</i>	125	<i>nikki</i>	82
<i>nasal moist</i>	127	<i>nilutamide</i>	25
<i>nasal moisturizing spray</i>	127	<i>nimodipine</i>	47
<i>nateglinide</i>	73	NINLARO	33
<i>nausea relief</i>	94	<i>nitazoxanide</i>	10
NAYZILAM	61	<i>nitisinone</i>	88
<i>nebivolol hcl</i>	46	NITRO-BID	49
<i>necon 0.5/35-28</i>	82	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	10
<i>nefazodone hcl</i>	52	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	10
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-</i>		<i>nitroglycerin</i>	49
<i>400unt-10000unt op oin</i>	118	<i>nitroglycerin (intra-anal)</i>	134
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol</i>		<i>nizatidine</i>	95
<i>1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	118	<i>nora-be</i>	82
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth</i>		<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk</i>	
<i>oint 0.1%</i>	117	<i>150-35 mcg/24hr</i>	82

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab</i>		NUTRILIPID	116
1 mg-20 mcg (24)	83	NUTRISOURCE PAK FIBER	98
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab</i>		NUTRISOURCE POW FIBER.....	98
1 mg-20 mcg.....	83	NUZYRA	22
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab</i>		<i>nyamyc</i>	131
1.5 mg-30 mcg	83	<i>nylia 1/35</i>	83
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab</i>		<i>nylia 7/7/7</i>	83
1 mg-20 mcg.....	83	<i>nymyo</i>	83
<i>norethindrone acetate</i>	89	<i>nystatin</i>	12
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab</i>		<i>nystatin (mouth-throat)</i>	135
0.5 mg-2.5 mcg.....	86	<i>nystatin (topical)</i>	131
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab</i>		<i>nystop</i>	131
1 mg-5 mcg	86	o	
<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab</i>		<i>ocean for kids</i>	127
1-20/1-30/1-35 mg-mcg	82	<i>ocella</i>	83
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	82	OCTAGAM	109
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew</i>		<i>octreotide acetate</i>	88
tab 0.4 mg-35 mcg	82	ODEFSEY TAB	16
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew</i>		ODOMZO	33
tab 0.8 mg-25 mcg	82	OFEV.....	127
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-</i>		<i>ofloxacin (ophth)</i>	118
25/0.25-25 mg-mcg	83	<i>ofloxacin (otic)</i>	120
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-</i>		OGIVRI.....	33
35/0.25-35 mg-mcg	83	OGSIVEO.....	33
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab</i>		OJEMDA.....	33
0.25 mg-35 mcg	83	OJJAARA.....	33
<i>norlyroc</i>	83	<i>olanzapine</i>	57
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	83	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i>	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	83	tab 20-5-12.5 mg	42
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	83	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i>	
<i>nortrel 7/7/7</i>	83	tab 40-5-12.5 mg.....	42
<i>nortriptyline hcl</i>	53	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i>	
NORVIR	14	tab 40-5-25 mg	42
NOVOLIN INJ 70/30	75	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i>	
NOVOLIN INJ 70/30 FP	75	tab 40-10-12.5 mg	42
NOVOLIN N.....	75	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i>	
NOVOLIN N FLEXPEN	75	tab 40-10-25 mg.....	42
NOVOLIN R	75	<i>olmesartan medoxomil</i>	43
NOVOLIN R FLEXPEN.....	75	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i>	
NOVOLOG MIX INJ 70/30	76	tab 20-12.5 mg.....	41
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN.....	76	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i>	
NUBEQA	25	tab 40-12.5 mg.....	42
NUEDEXTA CAP 20-10MG.....	67	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i>	
NULOJIX	110	tab 40-25 mg.....	42
NUPLAZID.....	57	<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	45
NURTEC	66		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>omeprazole</i>	101	P	
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO.....	76	<i>pacerone</i>	44
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS.....	76	<i>paclitaxel</i>	27
OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO.....	76	<i>pain & fever childrens</i>	4
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS.....	76	<i>pain & fever infants</i>	4
OMNIPOD DASH KIT INTRO.....	76	<i>pain reliever plus</i>	4
OMNIPOD DASH MIS PODS.....	76	<i>paliperidone</i>	57
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY.....	76	<i>pamidronate disodium</i>	77
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY.....	76	PAMIDRONATE DISODIUM.....	77
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY.....	76	PANRETIN.....	134
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY.....	76	<i>pantoprazole sodium</i>	101
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY.....	76	PANZYGA.....	110
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY.....	76	<i>paricalcitol</i>	90
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY.....	76	<i>paroxetine hcl</i>	53
OMNIPOD MIS CLASSIC.....	76	PAXLOVID TAB 150-100.....	17
<i>ondansetron</i>	94	PAXLOVID TAB 300-100.....	17
<i>ondansetron hcl</i>	94	<i>pazopanib hcl</i>	33
ONTRUZANT.....	33	PEDIA-LAX.....	98
ONUREG.....	24	PEDIARIX INJ 0.5ML.....	112
<i>option 2</i>	83	PEDVAX HIB.....	112
ORGOVYX.....	25	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>	98
ORKAMBI GRA 75-94MG.....	127	<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	98
ORKAMBI GRA 100-125.....	127	PEGASYS.....	17
ORKAMBI GRA 150-188.....	127	PEMAZYRE.....	33
ORKAMBI TAB 100-125.....	127	<i>pemetrexed disodium</i>	24
ORKAMBI TAB 200-125.....	127	PENBRAYA INJ.....	112
ORSERDU.....	25	<i>penicillamine</i>	77
<i>oseltamivir phosphate</i>	17	<i>penicillin g potassium</i>	21
<i>oxacillin sodium</i>	21	<i>penicillin g sodium</i>	21
<i>oxaliplatin</i>	23	<i>penicillin v potassium</i>	22
<i>oxcarbazepine</i>	61	PENTACEL INJ.....	112
<i>oxybutynin chloride</i>	102	<i>pentamidine isethionate inh</i>	10
<i>oxycodone hcl</i>	8	<i>pentamidine isethionate inj</i>	10
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg</i>	8	<i>pentoxifylline</i>	105
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i>	8	<i>perindopril erbumine</i>	40
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	8	<i>periogard</i>	135
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg</i>	8	<i>permethrin</i>	135
OXYCONTIN.....	6	<i>perphenazine</i>	57
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	73	<i>pfizerpen</i>	22
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE).....	73	<i>phenelzine sulfate</i>	53
OZEMPIC (1MG/DOSE).....	73	<i>phenobarbital</i>	61
OZEMPIC (2MG/DOSE).....	73	<i>phenobarbital sodium</i>	61
		<i>phenytek</i>	61

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>phenytoin</i>	62	<i>potassium chloride</i>	115
<i>phenytoin sodium</i>	62	<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	115
<i>phenytoin sodium extended</i>	62	<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i>	115
PHESGO SOL.....	33	<i>potassium citrate (alkalinizer)</i>	102
<i>philit</i>	83	POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	114
<i>phytonadione</i>	117	POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	114
PIFELTRO	14	POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	115
<i>pilocarpine hcl</i>	119	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	55
<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	135	<i>prasugrel hcl</i>	105
<i>pimecrolimus</i>	134	<i>pravastatin sodium</i>	44
<i>pimozide</i>	57	<i>praziquantel</i>	10
<i>pimtrea</i>	83	<i>prazosin hcl</i>	40
<i>pin-away</i>	10	<i>prednisolone</i>	86
<i>pindolol</i>	46	<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	119
<i>pinworm medicine</i>	10	PREDNISOLONE SODIUM PHOSP	119
<i>pioglitazone hcl</i>	73	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	86
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-500 mg</i>	74	<i>prednisone</i>	86
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg</i>	74	PREDNISONE INTENSOL.....	87
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	22	<i>pregabalin</i>	62
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	22	PREHEVBRIO.....	112
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	22	PREMASOL SOL 10%	116
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	22	PRENATAL TAB 27-1MG.....	115
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	22	PRENATAL TAB PLUS	115
PIQRAY 200MG DAILY DOSE.....	34	<i>prevalite</i>	45
PIQRAY 250MG TAB DOSE.....	34	PREVYMIS	17
PIQRAY 300MG DAILY DOSE.....	34	PREZCOBIX TAB 800-150.....	16
<i>pirfenidone</i>	127	PREZISTA	14
<i>piroxicam</i>	6	PRIFTIN	16
<i>plenamine</i>	116	<i>primaquine phosphate</i>	13
PLENVU SOL	98	PRIMAQUINE PHOSPHATE	13
<i>podofilox</i>	134	<i>primidone</i>	62
<i>polycin ophth oint</i>	118	PRIORIX INJ.....	112
<i>polyethylene glycol 3350</i>	98	PRIVIGEN	110
<i>polymyxin b sulfate</i>	10	<i>probenecid</i>	2
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	118	<i>prochlorperazine</i>	94
POMALYST	26	<i>prochlorperazine edisylate</i>	94
<i>portia-28</i>	83	<i>prochlorperazine maleate</i>	94
<i>posaconazole</i>	12	PROCRIT	104
		<i>proctocort</i>	134
		<i>procto-med hc</i>	134
		<i>proctosol hc</i>	134
		<i>proctozone-hc</i>	134
		<i>progesterone</i>	89
		PROGRAF	111

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
PROLASTIN-C	127	REMICADE	107
PROLIA	77	<i>renal vitamin</i>	117
<i>promethazine hcl</i>	94	<i>rena-vite</i>	117
<i>promethazine w/ codeine syrup 6.25-10 mg/5ml</i>	125	<i>rena-vite rx</i>	117
<i>propafenone hcl</i>	44	RENFLEXIS	107
<i>proparacaine hcl</i>	120	<i>reno caps</i>	117
<i>propranolol hcl</i>	46	<i>repaglinide</i>	74
<i>propylthiouracil</i>	90	REPATHA	45
PROQUAD INJ	112	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	45
PROSOL INJ 20%	116	REPATHA SURECLICK	45
<i>protriptyline hcl</i>	53	RESTASIS	120
<i>pseudoephedrine hcl</i>	125	RESTASIS MULTIDOSE	120
PULMOZYME	127	RETEVMO	34
PURIXAN	24	REXULTI	57
<i>pyrazinamide</i>	16	REYATAZ	14
<i>pyridostigmine bromide</i>	68	REZLIDHIA	34
<i>pyridoxine hcl</i>	117	REZUROCK	111
<i>pyrimethamine</i>	10	RHOPRESSA	119
Q		<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	18
<i>qc saline nasal relief</i>	127	<i>rifabutin</i>	16
<i>qc saline nasal spray</i>	127	<i>rifampin</i>	16
QINLOCK	34	<i>riluzole</i>	68
QUADRACEL INJ	112	<i>rimantadine hydrochloride</i>	18
QUADRACEL INJ 0.5ML	112	RINVOQ	107
<i>quetiapine fumarate</i>	57	RINVOQ LQ	107
<i>quinapril hcl</i>	40	<i>risedronate sodium</i>	77
<i>quinidine sulfate</i>	44	<i>risperidone</i>	57, 58
<i>quinine sulfate</i>	13	<i>risperidone microspheres</i>	58
QULIPTA	66	<i>ritonavir</i>	14
R		<i>rivastigmine</i>	51
RABAVERT INJ	112	<i>rivastigmine tartrate</i>	51
<i>rabeprazole sodium</i>	101	<i>rivelsa</i>	83
<i>raloxifene hcl</i>	88	<i>rizatriptan benzoate</i>	67
<i>ramipril</i>	40	ROCKLATAN DRO	119
<i>ranolazine</i>	49	<i>roflumilast</i>	128
<i>rasagiline mesylate</i>	55	<i>ropinirole hydrochloride</i>	55
<i>ra saline nasal spray</i>	127	<i>rosuvastatin calcium</i>	44
<i>reclipsen</i>	83	ROTARIX SUS	112
RECOMBIVAX HB	112	ROTATEQ SOL	112
<i>reeses pinworm medicine</i>	10	<i>roweepira</i>	62
REGRANEX	135	ROZLYTREK	34
RELENZA DISKHALER	17	RUBRACA	34
RELISTOR	100	<i>rufinamide</i>	62
		RUKOBIA	14
		RYBELSUS	74
		RYDAPT	34

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
S			
<i>sajazir</i>	105	<i>sm all day allergy relief</i>	123
<i>saline</i>	128	<i>sm allergy childrens</i>	124
<i>saline mist</i>	128	<i>sm allergy relief</i>	124
SANTYL.....	135	<i>sm allergy relief childre</i>	124
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	89	<i>sm antacid</i>	92
<i>sb saline nose</i>	128	<i>sm antacid extra strength</i>	92
SCSEMBLIX.....	34, 35	<i>sm anti-diarrheal</i>	93
<i>scopolamine</i>	94	<i>sm aspirin adult low stre</i>	4
SECUADO	58	<i>sm aspirin low dose</i>	4
<i>selegiline hcl</i>	55	<i>sm calcium antacid extra</i>	92
<i>selenium sulfide</i>	131	<i>sm clearlax</i>	99
SELZENTRY	14	<i>sm clotrimazole vaginal</i>	103
<i>senexon-s</i>	98	<i>sm enema</i>	99
SENNA.....	99	<i>sm fiber</i>	99
<i>senna-lax</i>	99	<i>sm fiber laxative</i>	99
<i>senna plus</i>	99	<i>sm gentle laxative</i>	99
SENNA PLUS CAP 8.6-50MG.....	99	<i>sm ibuprofen</i>	6
<i>senna-time</i>	99	<i>sm loratadine</i>	124
<i>senna-time s</i>	99	<i>sm miconazole 3</i>	103
<i>sennosides</i>	99	<i>sm miconazole 7</i>	103
<i>sennosides-docusate sodium tab 8.6-</i> <i>50 mg</i>	99	<i>sm migraine relief</i>	4
<i>senokot extra strength</i>	99	<i>sm milk of magnesia</i>	99
SEKOKOT KIDS LAXATIVE GUM	99	<i>sm motion sickness</i>	94
SEKOKOT LAXATIVE GUMMIES	99	<i>sm naproxen sodium</i>	6
SEREVENT DISKUS.....	124	<i>sm nasal spray saline</i>	128
<i>sertraline hcl</i>	53	<i>sm nicotine</i>	71
<i>setlakin</i>	83	<i>sm nicotine polacrilex</i>	71
<i>sharobel</i>	83	<i>sm nicotine transdermal s</i>	71
SHINGRIX.....	112	<i>smooth antacid extra stre</i>	92
SIGNIFOR.....	89	<i>sm pain & fever childrens</i>	4
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> ..	50	<i>sm pain & fever infants</i>	4
<i>silver sulfadiazine</i>	131	<i>sm pain reliever</i>	4
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	119	<i>sm pain reliever children</i>	4
<i>simliya</i>	84	<i>sm pain reliever extra st</i>	4
<i>simpesse</i>	84	<i>sm senna laxative</i>	99
<i>simvastatin</i>	44	<i>sm senna-s</i>	99
<i>sirolimus</i>	111	<i>sm stomach relief</i>	93
SIRTURO	16	<i>sm stool softener</i>	99
SKYRIZI	107	<i>sm stool softener/stimula</i>	99
SKYRIZI PEN	108	<i>sm tioconazole-1</i>	103
<i>sm 3-day vaginal</i>	103	<i>sm tussin dm</i>	125
<i>sm acid reducer</i>	95	<i>sm tussin dm cough/chest</i>	125
<i>sm all day allergy</i>	123	<i>sm tussin mucus + chest c</i>	125
		<i>sodium bicarbonate (antacid)</i>	92
		<i>sodium chloride</i>	115
		<i>sodium chloride (gu irrigant)</i>	135

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>sodium fluoride chew\; tab\; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	115	<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	117
SODIUM OXYBATE	69	<i>sulfadiazine</i>	10
<i>sodium phenylbutyrate</i>	89	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml</i>	11
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	77	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml</i>	11
SODIUM POW BICARBON.....	92	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg</i>	11
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	99	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg</i>	11
<i>solifenacin succinate</i>	102	SULFAMILYLON	131
SOLIQUA INJ 100/33.....	76	<i>sulfasalazine</i>	96
SOLTAMOX	25	<i>sulindac</i>	6
<i>soluble fiber</i>	100	<i>sumatriptan</i>	67
SOLU-CORTEF	87	<i>sumatriptan succinate</i>	67
SOMATULINE DEPOT	89	<i>sunitinib malate</i>	35
SOMAVERT	89	SUNLENCA	14
<i>sorafenib tosylate</i>	35	<i>syeda</i>	84
SORBITOL	100	SYMDEKO TAB 50-75MG	128
<i>sotalol hcl</i>	44	SYMDEKO TAB 100-150	128
<i>sotalol hcl (afib/afI)</i>	44	SYMPAZAN.....	62
SOTYKTU	108	SYMTUZA TAB.....	16
<i>spironolactone</i>	40	SYNAREL	89
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	48	SYNJARDY TAB 5-500MG.....	74
<i>sprintec 28</i>	84	SYNJARDY TAB 5-1000MG	74
SPRITAM	62	SYNJARDY TAB 12.5-500	74
SPRYCEL.....	35	SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	74
<i>sps</i>	77	SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	74
<i>sronyx</i>	84	SYNJARDY XR TAB 10-1000.....	74
<i>ssd</i>	131	SYNJARDY XR TAB 12.5-1000.....	74
STELARA.....	108	SYNJARDY XR TAB 25-1000	74
<i>stimulant laxative</i>	100	SYNTHROID.....	90
STIVARGA	35	T	
STL SOFT/LAX CAP 8.6-50MG.....	100	TABRECTA	35
<i>stomach relief</i>	93	<i>tacrolimus</i>	111
<i>stomach relief extra stre</i>	93	<i>tacrolimus (topical)</i>	134
<i>stomach relief ultra</i>	93	<i>tadalafil</i>	102
<i>stool softener</i>	100	<i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i>	50
<i>stool softener + stimulan</i>	100	TAFINLAR.....	35
<i>streptomycin sulfate</i>	10	TAGRISSO	35
STRIBILD TAB	16	TALZENNA	35
<i>subvenite</i>	62	<i>tamoxifen citrate</i>	25
<i>sucralfate</i>	100	<i>tamsulosin hcl</i>	102
<i>sudogest</i>	125	<i>tarina 24 fe</i>	84
<i>sudogest maximum strength</i>	125		
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	130		
<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i>	118		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	84	<i>tilia fe</i>	84
TASIGNA	35	<i>timolol maleate</i>	47
<i>tasimelton</i>	65	<i>timolol maleate (ophth)</i>	119
TAVNEOS	105	<i>tinidazole</i>	11
<i>tazarotene</i>	132	<i>tioconazole 1</i>	103
<i>tazicef</i>	19	TIVICAY	14
TAZORAC	132	TIVICAY PD	14
TAZVERIK.....	35	<i>tizanidine hcl</i>	69
TDVAX INJ 2-2 LF	112	TOBI PODHALER.....	11
TECENTRIQ.....	35	TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	117
TEFLARO.....	19	<i>tobramycin</i>	11
<i>telmisartan</i>	43	<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	117
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i>	42	<i>tobramycin (ophth)</i>	118
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i>	42	<i>tobramycin sulfate</i>	11
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i>	42	<i>tolterodine tartrate</i>	102
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i>	42	<i>topiramate</i>	62
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	42	<i>toremifene citrate</i>	25
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	42	<i>torpenz</i>	36
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-25 mg</i>	42	<i>torse mide</i>	48
<i>temazepam</i>	65, 66	TOUJEO MAX SOLOSTAR	76
TENIVAC INJ 5-2LF.....	112	TOUJEO SOLOSTAR.....	76
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	14	TPN ELECTROL INJ	115
TEPMETKO	36	TRADJENTA	74
<i>terazosin hcl</i>	40	<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	8
<i>terbinafine hcl</i>	12	<i>tramadol hcl</i>	8
<i>terbutaline sulfate</i>	124	<i>trandolapril</i>	40
<i>terconazole vaginal</i>	103	<i>tranexamic acid</i>	105
TERIPARATIDE	77	<i>tranylcypro mine sulfate</i>	53
<i>testosterone</i>	71, 72	TRAVASOL INJ 10%.....	116
<i>testosterone cypionate</i>	72	TRAZIMERA.....	36
<i>testosterone enanthate</i>	72	<i>trazodone hcl</i>	53
<i>tetrabenazine</i>	68	TRECATOR.....	16
<i>tetracycline hcl</i>	22	TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG..	121
THALOMID.....	26	TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG .	121
<i>theophylline</i>	128	TREMFYA	108
<i>thiamine hcl</i>	117	<i>treprostinil</i>	50
<i>thioridazine hcl</i>	58	TRESIBA	76
<i>thiothixene</i>	58	TRESIBA FLEXTOUCH.....	76
<i>tiadylt er</i>	47	<i>tretinoin</i>	130
<i>tiagabine hcl</i>	62	<i>tretinoin (chemotherapy)</i>	27
TIBSOVO	36	<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i>	135
TICOVAC	112	<i>triamcinolone acetonide (topical)</i>	133
<i>tigecycline</i>	22	<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i>	48

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>	48	TUKYSA.....	36
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i>	48	TURALIO	36
<i>tri-buffered aspirin</i>	4	<i>turqoz</i>	84
<i>tridacaine ii</i>	134	<i>tusnel diabetic</i>	125
<i>triderm</i>	133	<i>tusnel-ex</i>	125
<i>trientine hcl</i>	77	<i>tussin dm</i>	125
<i>tri-estarylla</i>	84	<i>tussin mucus + chest cong</i>	126
<i>trifluoperazine hcl</i>	58	<i>tussin mucus & chest cong</i>	126
<i>trifluridine</i>	118	<i>twice-daily clindamycin phosphate (topical)</i>	131
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	55	TWINRIX INJ.....	112
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG. 74		TYBOST	14
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG .. 74		<i>tydemy</i>	84
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG	74	TYENNE.....	108
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG.. 74		TYPHIM VI	113
TRIKAFTA PAK 59.5MG	128	U	
TRIKAFTA PAK 75MG.....	128	UBRELVY	67
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG.....	128	<i>unithroid</i>	90
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG.....	128	<i>ursodiol</i>	101
<i>tri-legest fe</i>	84	V	
<i>tri-linyah</i>	84	<i>valacyclovir hcl</i>	18
<i>tri-lo-estarylla</i>	84	VALCHLOR.....	134
<i>tri-lo-marzia</i>	84	<i>valganciclovir hcl</i>	18
<i>tri-lo-mili</i>	84	<i>valproate sodium</i>	62
<i>tri-lo-sprintec</i>	84	<i>valproic acid</i>	63
<i>trimethoprim</i>	11	<i>valsartan</i>	43
<i>tri-mili</i>	84	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	42
<i>trimipramine maleate</i>	53	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i>	42
TRINTELLIX.....	53	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i>	42
<i>tri-nymyo</i>	84	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i>	43
<i>tri-sprintec</i>	84	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	43
TRIUMEQ PD TAB	16	VALTOCO 5 MG DOSE	63
TRIUMEQ TAB	16	VALTOCO 10 MG DOSE	63
<i>trivora-28</i>	84	VALTOCO 15 MG DOSE	63
<i>tri-vylibra</i>	84	VALTOCO 20 MG DOSE	63
<i>tri-vylibra lo</i>	84	<i>value plus glucose</i>	87
TROGARZO.....	14	<i>vancomycin hcl</i>	11
TROPHAMINE INJ 10%	116	VANCOMYCIN INJ 1 GM	11
<i>trospium chloride</i>	102	VANCOMYCIN INJ 500MG	11
TRUEPLUS GLUCOSE GEL.....	87		
TRULICITY	74		
TRUMENBA INJ.....	112		
TRUQAP	36		
TRUXIMA.....	36		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
VANCOMYCIN INJ 750MG.....	11	W	
VANFLYTA.....	36	<i>warfarin sodium</i>	104
VAQTA	113	<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	135
<i>varenicline tartrate</i>	71	WELIREG.....	27
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x</i> <i>1 mg start pack</i>	71	<i>wera</i>	85
VARIVAX.....	113	WESTAB PLUS TAB 27-1MG.....	115
VASCEPA.....	45	<i>wixela inhub</i>	130
<i>velivet</i>	84	<i>wymzya fe</i>	85
VELSIPITY	108	X	
VENCLEXTA.....	36	XALKORI	37
VENCLEXTA TAB START PK	36	XARELTO.....	104
<i>venlafaxine hcl</i>	53	XARELTO STAR TAB 15/20MG	104
VENTOLIN HFA.....	124	XATMEP	109
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK)	124	XCOPRI.....	63
VEOZAH	89	XCOPRI PAK 12.5-25.....	63
<i>verapamil hcl</i>	47	XCOPRI PAK 50-100MG	63
VERQUVO	49	XCOPRI PAK 100-150	63
VERSACLOZ.....	58	XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE) 63	
VERZENIO	36	XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	63
<i>vestura</i>	84	XDEMVI.....	118
<i>vienna</i>	84	XELJANZ.....	108
<i>vigabatrin</i>	63	XELJANZ XR.....	108
<i>vigadrone</i>	63	XERMELO.....	101
VIGAFYDE.....	63	XGEVA	77
<i>vigpoder</i>	63	XHANCE.....	129
<i>vilazodone hcl</i>	53	XIFAXAN	101
<i>vincristine sulfate</i>	27	XIGDUO XR TAB 2.5-1000	74
<i>vinorelbine tartrate</i>	27	XIGDUO XR TAB 5-500MG.....	74
<i>viorele</i>	84	XIGDUO XR TAB 5-1000MG	74
VIRACEPT	14	XIGDUO XR TAB 10-500MG.....	74
VIREAD.....	14	XIGDUO XR TAB 10-1000	75
VITRAKVI	36	XIIDRA	120
VIVITROL.....	71	XOFLUZA.....	18
VIZIMPRO.....	37	XOLAIR.....	128
VONJO	37	XOSPATA.....	37
<i>voriconazole</i>	12	XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY)	37
VOSEVI TAB	18	XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY).....	37
VOWST CAP	101	XPOVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY)	37
VRAYLAR	58	XPOVIO PAK (60 MG TWICE WEEKLY).....	37
VRAYLAR CAP 1.5-3MG.....	58	XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY)	37
<i>vyfemla</i>	84	XPOVIO PAK (80 MG TWICE WEEKLY).....	37
<i>vylibra</i>	84	XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY)	37
VYZULTA	120	XTANDI.....	26
		<i>xulane</i>	85

Nombre del medicamento	Página n.º
XULTOPHY INJ 100/3.6.....	76
Y	
YF-VAX INJ	113
yuvafem	86
Z	
<i>zafemy</i>	85
<i>zafirlukast</i>	126
<i>zaleplon</i>	66
ZARXIO.....	104
ZEGALOGUE.....	87
ZEJULA	37
ZELBORAF	37
ZEMAIRA.....	129
<i>zenatane</i>	131
ZENPEP CAP 3000UNIT	101
ZENPEP CAP 5000UNIT	101
ZENPEP CAP 10000UNT	101
ZENPEP CAP 15000UNT.....	101
ZENPEP CAP 20000UNT.....	101
ZENPEP CAP 25000UNT	101
ZENPEP CAP 40000UNT.....	101
ZENPEP CAP 60000UNT.....	101
<i>zidovudine</i>	15
<i>ziprasidone hcl</i>	58
<i>ziprasidone mesylate</i>	58
ZIRABEV.....	37
ZIRGAN	118
<i>zoledronic acid</i>	77
ZOLINZA.....	38
<i>zolpidem tartrate</i>	66
ZONISADE.....	63
<i>zonisamide</i>	64
<i>zovia 1/35</i>	85
ZTALMY.....	64
<i>zumandimine</i>	85
ZURZUVAE	53
ZYDELIG.....	38
ZYKADIA	38
ZYLET SUS 0.5-0.3%	117
ZYPREXA RELPREVV	58

Multi-Language Insert
Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-866-600-2139 (TTY: 711)**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电**1-866-600-2139 (TTY: 711)**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電**1-866-600-2139 (TTY: 711)**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-866-600-2139 (TTY: 711)**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-866-600-2139 (TTY: 711)**. Un interlocuteur parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-866-600-2139 (TTY: 711)** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-866-600-2139 (TTY: 711)**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-866-600-2139 (TTY: 711)**번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-866-600-2139 (TTY: 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-866-600-2139 (TTY: 711)**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-866-600-2139 (TTY: 711)** पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-866-600-2139 (TTY: 711)**. Un nostro incaricato che parla italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-866-600-2139 (TTY: 711)**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-866-600-2139 (TTY: 711)**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-866-600-2139 (TTY: 711)**. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-866-600-2139 (TTY: 711)**にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Hawaiian: He kōkua māhele 'ōlelo kā mākou i mea e pane 'ia ai kāu mau nīnau e pili ana i kā mākou papahana olakino a lā'au lapa'au paha. I mea e loa'a ai ke kōkua māhele 'ōlelo, e kelepona mai iā mākou ma **1-866-600-2139 (TTY: 711)**. E hiki ana i kekahi mea 'ōlelo Pelekānia/'Ōlelo ke kōkua iā 'oe. He pōmaika'i manuahi kēia.

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

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

IL-22-06-05

H2506_23MLI APPROVED

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



©2024 Aetna Inc.

IL-24-01-11 (SP) (10/24)

Sin cambios realizados desde el 10/01/2024