

Lista de medicamentos cubiertos/ Formulario 2023

Aetna Better HealthSM Premier Plan

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

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



Aetna Better Health Premier Plan | *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) 2023*

Introducción

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

Mensaje importante respecto de lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin cargo. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

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 límite en la cobertura de medicamentos? ¿O se debe tomar alguna medida para obtener ciertos medicamentos?.....	VI
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si debo tomar alguna medida para obtener el medicamento?	VII
B6. ¿Qué sucede si Aetna Better Health Premier Plan modifica sus normas sobre algunos medicamentos (por ejemplo, autorizaciones previas o aprobaciones, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado)?	VII
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos?	VIII
B8. ¿Qué sucede si el medicamento que deseo tomar no figura en la Lista de medicamentos?	VIII



B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo de Aetna Better Health Premier Plan y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos, o si tengo algún problema para obtener mi medicamento?	VIII
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?	X
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?	X
B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?	X
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	XI
B14. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?	XI
B15. ¿Aetna Better Health Premier Plan cubre productos OTC que no sean medicamentos?	XI
B16. ¿Cuál es mi copago?	XI
B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?	XI
C. Resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	XIII
C1. Medicamentos agrupados por afección médica	1
D. Índice de medicamentos cubiertos	115



A. Descargos de responsabilidad

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

- ❖ Aetna Better Health Premier Plan es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Michigan para brindarles los beneficios de ambos programas a sus inscritos.
- ❖ ATENCIÓN: Si habla español o árabe, tiene a su disposición servicios de idiomas gratuitos. Llame al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.

ATTENTION: If you speak Spanish or Arabic, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. The call is free.

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا. اتصل على الرقم **1-855-676-2775** (الهاتف النصي: 711)، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. وتكون هذه المكالمات مجانية.

- ❖ **Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o audio. Llame al 1-855-676-5772 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.**

- ❖ Si desea realizar o modificar una solicitud permanente para recibir los materiales en un idioma que no sea inglés o en otro formato, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.



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. Estos medicamentos están disponibles en las farmacias dentro de nuestra red. Una farmacia se encuentra dentro de nuestra red si tenemos un contrato para que trabaje con nosotros y le proporcione servicios. Nos referimos a estas farmacias como “farmacias de la red”.

- Aetna Better Health Premier Plan cubrirá todos los medicamentos que sean medicamento 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.
- Aetna Better Health Premier Plan puede tener pasos adicionales para acceder a ciertos medicamentos (consulte la pregunta B4 a continuación).

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

- Siempre puede verificar la Lista de medicamentos actualizada de Aetna Better Health Premier Plan por Internet en **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.
- También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para consultar la Lista de medicamentos actual al **1-855-676-5772 (TTY: 711)** durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

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

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

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

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

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

- La FDA proporciona nuevas pautas o existen nuevas pautas clínicas sobre el medicamento.
- 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. ●
 - 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. ●
- Se lo informaremos y le daremos un suministro del medicamento para 30 días en un entorno para pacientes externos y un suministro del medicamento para 31 días en un entorno de atención a largo plazo después de que solicite un resurtido.

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. ●
- Si debe solicitar una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte la pregunta B10.

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

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

- **Autorización previa (PA) o aprobación:** para algunos medicamentos, usted o su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben conseguir la autorización previa de Aetna Better Health Premier Plan antes de obtener su medicamento con receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que Aetna Better Health Premier Plan no cubra el medicamento.



- **Límites de cantidad:** en ocasiones, Aetna Better Health Premier Plan limita la cantidad que puede obtener de un medicamento.
- **Tratamiento escalonado:** en ocasiones, Aetna Better Health Premier Plan solicita que haga un tratamiento escalonado. Esto significa que usted deberá probar medicamentos en un determinado orden para su afección médica. Es posible que deba probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento. Si la persona autorizada a darle recetas considera que el primer medicamento no es adecuado para usted, entonces cubriremos el segundo.
- **Cobertura basada en la indicación:** si Aetna Better Health Premier Plan cubre un medicamento solo para ciertas afecciones médicas, claramente lo identificaremos en la Lista de medicamentos junto con las afecciones médicas específicas que están cubiertas.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos adicionales o límites consultando las tablas en las páginas 1 a 114. También puede obtener más información en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Michigan**. Hemos publicado documentos en Internet que explican nuestras restricciones de tratamiento escalonado y autorización previa. También puede pedirnos que le enviemos una copia.

También puede solicitar una excepción de estas limitaciones. Esto le dará tiempo para consultar con su médico 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 página 1 tiene una columna titulada “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”.

B6. ¿Qué sucede si Aetna Better Health Premier Plan modifica sus normas sobre algunos medicamentos (por ejemplo, autorizaciones previas 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. ○
- Puede buscar por afección médica.

Para buscar por **orden alfabético**, vaya a la sección del Índice de medicamentos cubiertos. Podrá encontrarla en la página 115. El Índice proporciona un listado alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos se encuentran en el Índice. Busque su medicamento en el índice. Junto al medicamento, verá el número de página en el que puede encontrar la información de cobertura.

Para buscar **por afección médica**, busque la sección titulada “Medicamentos agrupados por afección médica” en la página 1. Los medicamentos en esta sección están agrupados en categorías dependiendo del tipo de afecciones médicas que estén acostumbrados a tratar. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría “Cardiovascular”. Allí encontrará los medicamentos que sirven para tratar las afecciones cardíacas.

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

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

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

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

Podemos ayudarlo. Podemos cubrir un suministro temporal de su medicamento para 30 días en un entorno para pacientes externos y un suministro de su medicamento para 31 días en un centro de atención a largo plazo durante los primeros 90 días como miembro de Aetna Better Health Premier Plan. Esto le dará tiempo para consultar con su médico 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.



VIII

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

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. ●
- 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, haremos lo siguiente:

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

Miembros actuales con un cambio en el nivel de atención

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

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

Durante el tiempo en el que esté obteniendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Puede cambiarse a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos. O puede pedirle al plan que cubra el medicamento sin límites. Si su proveedor dice que usted tiene una buena razón médica para obtener una excepción, puede 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 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 puede limitar la cantidad de un medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite, puede solicitarnos que cambiemos el límite y cubramos más.
- Otros ejemplos: Puede solicitarnos que omitamos las restricciones de tratamiento escalonado o los requisitos de autorización previa.

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

Para solicitar una excepción, llame al *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 **1-855-676-5772 (TTY: 711)** durante las 24 horas, los 7 días de la semana o enviárnosla por fax al 1-844-242-0914.



X

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

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

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos están compuestos por los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Generalmente, cuestan menos que los medicamentos de marca y no tienen nombres conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

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

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

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

B15. ¿Aetna Better Health Premier Plan cubre productos OTC que no sean medicamentos?

Aetna Better Health Premier Plan 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.

B16. ¿Cuál es mi copago?

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

B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?

Los niveles son grupos de medicamentos.

- Los medicamentos del Nivel 1 son medicamentos genéricos y de marca con receta de la Parte D.
- Los medicamentos del Nivel 2 son medicamentos genéricos y de marca con receta de la Parte D.

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



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

Ningún nivel tiene copago.



C. Resumen de la *Lista de medicamentos cubiertos*

La siguiente Lista de medicamentos cubiertos le proporciona información sobre los medicamentos cubiertos por Aetna Better Health Premier Plan. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página 115. En el índice se encuentran todos los medicamentos cubiertos por Aetna Better Health Premier Plan por orden alfabético.

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

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

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

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

C1. Medicamentos agrupados por 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 limitaciones de uso”:		
* = Productos OTC o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid		
PA = Autorización previa	QL = Límites de cantidades	ST = Tratamiento escalonado
NM = No disponible para pedido por correo	B/D = Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare	LA = Acceso limitado
NDS = Suministro no extendido		

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANALGESICS - DRUGS TO TREAT PAIN AND INFLAMMATION		
GOUT - DRUGS TO TREAT GOUT		
<i>allopurinol</i> TABS 100mg, 300mg	\$0(1)	
<i>colchicine</i> TABS .6mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>colchicine w/ probenecid tab</i> 0.5-500 mg	\$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, 650mg; SUSP 160mg/5ml, 325mg/10.15ml; TABS 325mg, 500mg; TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>acetaminophen extra stren</i> CAPS 500mg; TABS 500mg	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>adult aspirin regimen</i> TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>arthritis pain relief</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>aspirin</i> CHEW 81mg; TABS 325mg; TBEC 81mg, 325mg	\$0(3)	NM; *
ASPIRIN SUPP 300mg	\$0(3)	NM; *
<i>aspirin adult low dose</i> TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>aspirin low dose</i> CHEW 81mg; TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>aspirin low strength</i> CHEW 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>childrens acetaminophen</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>childrens silapap</i> LIQD 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>ed-apap</i> LIQD 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>feverall adults</i> SUPP 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>feverall childrens</i> SUPP 120mg	\$0(3)	NM; *
FEVERALL INFANTS SUPP 80mg	\$0(3)	NM; *
FEVERALL JUNIOR STRENGTH SUPP 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp 8 hour arthritis reli</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp 8 hour pain relief</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp 8 hour pain reliever</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp acetaminophen</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp acetaminophen extra s</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp adult aspirin low str</i> CHEW 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp aspirin</i> TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp aspirin low dose</i> TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp infants pain/fever</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pain & fever children</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pain relief</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pain relief extra str</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense arthritis pain</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense aspirin</i> CHEW 81mg; TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense pain & fever ch</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>goodsense pain & fever in</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense pain relief</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense pain relief ext</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm arthritis pain relief</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm aspirin</i> CHEW 81mg; TBEC 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm aspirin ec low dose</i> TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm pain & fever childrens</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm pain & fever infants</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm pain relief extra stre</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm pain reliever</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm pain reliever children</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm pain reliever infants</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>8 hour arthritis pain rel</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>8hr muscle aches & pain</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>m-pap</i> LIQD 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>mapap</i> CAPS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>mapap acetaminophen extra</i> LIQD 500mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>mapap arthritis pain</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>mapap childrens</i> CHEW 80mg	\$0(3)	NM; *
<i>non-aspirin pain relief e</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>pain & fever childrens</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>pain & fever infants</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>pain relief extra strengt</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>pharbetol</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>pharbetol extra strength</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc arthritis pain relief</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc aspirin</i> TABS 325mg; TBEC 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc aspirin low dose</i> CHEW 81mg; TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc enteric aspirin</i> TBEC 325mg	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00023088 v19

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>qc non-aspirin childrens</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc non-aspirin extra stre</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc pain relief</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc pain relief childrens</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc pain relief extra stre</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm adult aspirin</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm arthritis pain relieve</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm aspirin adult low stre</i> TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm aspirin enteric coated</i> TBEC 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm aspirin low dose</i> CHEW 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain & fever childrens</i> SUSP 80mg/2.5ml, 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain & fever infants</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain relief extra stre</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain reliever</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain reliever children</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain reliever extra st</i> TABS 500mg; TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>st joseph low dose aspiri</i> CHEW 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>tension headache</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tri-buffered aspirin</i>	\$0(3)	NM; *
NSAIDS - DRUGS TO TREAT PAIN AND INFLAMMATION		
ADVIL CAPS 200mg; TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>advil junior strength</i> CHEW 100mg	\$0(3)	NM; *
ADVIL MIGRAINE CAPS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>all day pain relief</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>all day relief</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>celecoxib</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>celecoxib</i> CAPS 400mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
CHILDRENS ADVIL SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>childrens ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>diclofenac potassium</i> TABS 50mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)

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

N.º de identificación del formulario: 00023088 v19

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diclofenac sodium</i> TB24 100mg; TBEC 25mg, 50mg, 75mg	\$0(1)	
<i>diflunisal</i> TABS 500mg	\$0(1)	
<i>ec-naproxen</i> TBEC 375mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>ec-naproxen</i> TBEC 500mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>etodolac</i> CAPS 200mg, 300mg; TABS 400mg, 500mg; TB24 400mg, 500mg, 600mg	\$0(1)	
<i>flurbiprofen</i> TABS 100mg	\$0(1)	
<i>gnp childrens ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp ibuprofen</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp ibuprofen childrens</i> CHEW 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp ibuprofen infants</i> SUSP 50mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp naproxen</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp naproxen sodium</i> CAPS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense ibuprofen</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense ibuprofen child</i> SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense ibuprofen infan</i> SUSP 50mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense naproxen sodium</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm ibuprofen</i> TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm ibuprofen childrens</i> SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm ibuprofen ib</i> TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm ibuprofen infants</i> SUSP 50mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm naproxen sodium</i> CAPS 220mg; TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>ibu</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	\$0(1)	
<i>ibu-200</i> TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>ibuprofen</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00023088 v19

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml; TABS 400mg, 600mg, 800mg	\$0(1)	
<i>ibuprofen childrens</i> SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>ibuprofen infants</i> SUSP 50mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>ibuprofen junior strength</i> CHEW 100mg	\$0(3)	NM; *
INFANTS ADVIL SUSP 50mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>infants ibuprofen</i> SUSP 50mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>meloxicam</i> TABS 7.5mg, 15mg	\$0(1)	
<i>nabumetone</i> TABS 500mg, 750mg	\$0(1)	
<i>naproxen</i> TABS 250mg, 375mg, 500mg	\$0(1)	
<i>naproxen</i> TBEC 375mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>naproxen</i> TBEC 500mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>naproxen sodium</i> CAPS 220mg; TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>naproxen sodium</i> TABS 275mg, 550mg	\$0(1)	
<i>piroxicam</i> CAPS 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>qc childrens ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc ibuprofen</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc naproxen sodium</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm childrens ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm ibuprofen</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm ibuprofen ib</i> TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm ibuprofen ib childrens</i> CHEW 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm infants ibuprofen</i> SUSP 50mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm naproxen sodium</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>sulindac</i> TABS 150mg, 200mg	\$0(1)	
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, 50mcg/hr, 75mcg/hr, 100mcg/hr	\$0(1)	QL (10 patches / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 80mg, 100mg, 120mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA

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

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

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

N.º de identificación del formulario: 00023088 v19

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	\$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
<i>hydromorphone hcl LIQD 1mg/ml</i>	\$0(1)	QL (600 mL / 30 days)
<i>hydromorphone hcl TABS 2mg, 4mg, 8mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
MORPHINE SULFATE SOLN 2mg/ml, 4mg/ml, 5mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml	\$0(2)	B/D
<i>morphine sulfate SOLN 4mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml</i>	\$0(2)	B/D
<i>morphine sulfate SOLN 10mg/5ml, 20mg/5ml</i>	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate SOLN 20mg/ml</i>	\$0(1)	QL (180 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate TABS 15mg, 30mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
MORPHINE SULFATE/SODIUM C SOLN 1mg/ml	\$0(2)	B/D
<i>nalbuphine hcl SOLN 10mg/ml, 20mg/ml</i>	\$0(2)	
<i>oxycodone hcl CAPS 5mg</i>	\$0(1)	QL (180 caps / 30 days)
<i>oxycodone hcl CONC 100mg/5ml</i>	\$0(1)	QL (180 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl SOLN 5mg/5ml</i>	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg</i>	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i>	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>tramadol hcl TABS 50mg</i>	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)

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

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

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

N.º de identificación del formulario: 00023088 v19

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dapsone</i> TABS 25mg, 100mg	\$0(1)	
DAPTOMYCIN SOLR 350mg	\$0(2)	NDS
<i>daptomycin</i> SOLR 350mg, 500mg	\$0(2)	NDS
DIATRUST KIT COVID-19	\$0(3)	QL (1 test / 1 day), NM
ELLUME COV19 KIT HOME TES	\$0(3)	QL (1 test / 1 day), NM
EMVERM CHEW 100mg	\$0(2)	NDS, QL (12 tabs / year)
<i>ertapenem sodium</i> SOLR 1gm	\$0(1)	
FLOWFLEX KIT TEST	\$0(3)	QL (1 test / 1 day), NM
<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)	
IHEALTH 2-PK KIT COVID-19	\$0(3)	QL (1 test / 1 day), NM
IHEALTH 5-PK KIT COVID-19	\$0(3)	QL (1 test / 1 day), NM
IHEALTH 40PK KIT COVID-19	\$0(3)	QL (1 test / 1 day), NM
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> 250 mg	\$0(1)	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> 500 mg	\$0(1)	
INDICAID KIT COVID-19	\$0(3)	QL (1 test / 1 day), NM
INTELISWAB KIT COVID-19	\$0(3)	QL (1 test / 1 day), NM
<i>ivermectin</i> TABS 3mg	\$0(1)	QL (12 tabs / 90 days), PA
<i>linezolid</i> SOLN 600mg/300ml	\$0(1)	
<i>linezolid</i> SUSR 100mg/5ml	\$0(2)	NDS, QL (1800 mL / 30 days)
<i>linezolid</i> TABS 600mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
LINEZOLID INJ 2MG/ML	\$0(1)	
LUCIRA CHECK KIT COVID-19	\$0(3)	QL (1 test / 1 day), NM
<i>meropenem</i> SOLR 1gm, 500mg	\$0(1)	
<i>methenamine hippurate</i> TABS 1gm	\$0(1)	
<i>metronidazole</i> SOLN 500mg/100ml; TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>neomycin sulfate</i> TABS 500mg	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nitazoxanide</i> TABS 500mg	\$0(2)	NDS, QL (6 tabs / 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> CAPS 50mg, 100mg	\$0(2)	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> CAPS 100mg	\$0(2)	
ON/GO COVID KIT ANTIGEN	\$0(3)	QL (1 test / 1 day), NM
ON/GO ONE KIT COVID-19	\$0(3)	QL (1 test / 1 day), NM
<i>paromomycin sulfate</i> CAPS 250mg	\$0(1)	
<i>pentamidine isethionate inh</i> SOLR 300mg	\$0(1)	B/D
<i>pentamidine isethionate inj</i> SOLR 300mg	\$0(1)	
PILOT COVID KIT HOME TES	\$0(3)	QL (1 test / 1 day), NM
<i>praziquantel</i> TABS 600mg	\$0(1)	
QUICKVUE HOM KIT COVID-19	\$0(3)	QL (1 test / 1 day), NM
SIVEXTRO SOLR 200mg; TABS 200mg	\$0(2)	NDS
SPEEDY SWAB KIT COVID-19	\$0(3)	QL (1 test / 1 day), NM
<i>streptomycin sulfate</i> SOLR 1gm	\$0(1)	
<i>sulfadiazine</i> TABS 500mg	\$0(2)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln</i> 400-80 mg/5ml	\$0(1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp</i> 200-40 mg/5ml	\$0(1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 400-80 mg	\$0(1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 800-160 mg	\$0(1)	
<i>tobramycin</i> NEBU 300mg/5ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>tobramycin sulfate</i> SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml	\$0(1)	
<i>trimethoprim</i> TABS 100mg	\$0(1)	
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 125mg	\$0(1)	QL (80 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 250mg	\$0(1)	QL (160 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl</i> SOLR 1gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg	\$0(1)	
VANCOMYCIN INJ 1 GM	\$0(2)	
VANCOMYCIN INJ 500MG	\$0(2)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VANCOMYCIN INJ 750MG	\$0(2)	
ANTIFUNGALS - DRUGS TO TREAT FUNGAL INFECTIONS		
ABELCET SUSP 5mg/ml	\$0(2)	B/D
amphotericin b SOLR 50mg	\$0(1)	B/D
amphotericin b liposome SUSR 50mg	\$0(2)	NDS, B/D
caspofungin acetate SOLR 50mg, 70mg	\$0(1)	
fluconazole SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	\$0(1)	
fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml	\$0(1)	
fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml	\$0(1)	
flucytosine CAPS 250mg, 500mg	\$0(2)	NDS, PA
griseofulvin microsize SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	\$0(1)	
griseofulvin ultramicrosize TABS 125mg, 250mg	\$0(1)	
itraconazole CAPS 100mg	\$0(1)	PA
ketoconazole TABS 200mg	\$0(1)	PA
miconazole sodium SOLR 50mg, 100mg	\$0(2)	NDS
NOXAFIL SUSP 40mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (630 mL / 30 days), PA
nystatin TABS 500000unit	\$0(1)	
posaconazole SUSP 40mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (630 mL / 30 days), PA
posaconazole TBEC 100mg	\$0(2)	NDS, QL (93 tabs / 30 days), PA
terbinafine hcl TABS 250mg	\$0(1)	QL (90 tabs / year)
voriconazole SOLR 200mg; SUSR 40mg/ml	\$0(2)	NDS, PA
voriconazole TABS 50mg	\$0(1)	QL (480 tabs / 30 days), PA
voriconazole TABS 200mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days), PA
ANTIMALARIALS - DRUGS TO TREAT MALARIA		
atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg	\$0(1)	
atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del 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> CAPS 50mg, 200mg; TABS 600mg	\$0(1)	NM
<i>emtricitabine</i> CAPS 200mg	\$0(1)	NM
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	\$0(2)	NM
<i>etravirine</i> TABS 100mg, 200mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>fosamprenavir calcium</i> TABS 700mg	\$0(2)	NDS, NM
FUZEON SOLR 90mg	\$0(2)	NDS, NM
INTELENCE TABS 25mg	\$0(2)	NM
ISENTRESS CHEW 25mg	\$0(2)	NM
ISENTRESS CHEW 100mg; PACK 100mg; TABS 400mg	\$0(2)	NDS, NM
ISENTRESS HD TABS 600mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>lamivudine</i> SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	\$0(1)	NM
LEXIVA SUSP 50mg/ml	\$0(2)	NM
<i>maraviroc</i> TABS 150mg, 300mg	\$0(2)	NDS, NM

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
PREZISTA TABS 600mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM
PREZISTA TABS 800mg	\$0(2)	NDS, QL (30 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 TBP 300mg	\$0(2)	NDS, NM, LA
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> TABS 300mg	\$0(1)	NM
TIVICAY TABS 10mg	\$0(2)	NM
TIVICAY TABS 25mg, 50mg	\$0(2)	NDS, NM
TIVICAY PD TBSO 5mg	\$0(2)	NDS, NM
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	\$0(2)	NDS, NM, LA
TYBOST TABS 150mg	\$0(2)	NM
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	\$0(2)	NDS, NM
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>zidovudine</i> CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml; TABS 300mg	\$0(1)	NM
ANTIRETROVIRAL COMBINATION AGENTS - DRUGS TO SUPPRESS HIV/AIDS INFECTION		
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab</i> 600-300 mg	\$0(1)	NM

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

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

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lamivudine (hbv)</i> TABS 100mg	\$0(1)	NM
MAVYRET PAK 50-20MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
MAVYRET TAB 100-40MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 30mg	\$0(1)	QL (168 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 45mg, 75mg	\$0(1)	QL (84 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> SUSR 6mg/ml	\$0(1)	QL (1080 mL / year)
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; SOSY 180mcg/0.5ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days), PA
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister	\$0(2)	QL (6 inhalers / year)
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	\$0(1)	NM
<i>rimantadine hydrochloride</i> TABS 100mg	\$0(1)	
<i>valacyclovir hcl</i> TABS 1gm, 500mg	\$0(1)	
<i>valganciclovir hcl</i> SOLR 50mg/ml	\$0(2)	NDS
<i>valganciclovir hcl</i> TABS 450mg	\$0(1)	
VEMLIDY TABS 25mg	\$0(2)	NDS, NM
VOSEVI TAB	\$0(2)	NDS, NM, PA
XOFLUZA TBPK 40mg, 80mg	\$0(2)	QL (1 tab / 180 days)
CEPHALOSPORINS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>cefaclor</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 250mg/5ml	\$0(1)	
CEFACLOR ER TB12 500mg	\$0(2)	
<i>cefadroxil</i> CAPS 500mg; SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	\$0(1)	
CEFAZOLIN SOLR 2gm, 3gm	\$0(2)	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	\$0(2)	
<i>cefazolin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 500mg	\$0(1)	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	\$0(2)	
<i>cefdinir</i> CAPS 300mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	\$0(1)	
<i>cefepime hcl</i> SOLR 1gm, 2gm	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cefixime</i> CAPS 400mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	\$0(1)	
<i>cefoxitin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	\$0(1)	
<i>cefpodoxime proxetil</i> SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml; TABS 100mg, 200mg	\$0(1)	
<i>cefprozil</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>ceftazidime</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	\$0(1)	
<i>ceftriaxone sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>cefuroxime axetil</i> TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>cefuroxime sodium</i> SOLR 1.5gm, 750mg	\$0(1)	
<i>cephalexin</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	\$0(1)	
<i>tazicef</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	\$0(1)	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	\$0(2)	NDS
ERYTHROMYCINS/MACROLIDES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>azithromycin</i> PACK 1gm; SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 600mg	\$0(1)	
<i>clarithromycin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg; TB24 500mg	\$0(1)	
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	\$0(2)	NDS
e.e.s. 400 TABS 400mg	\$0(1)	
<i>ery-tab</i> TBEC 250mg, 333mg, 500mg	\$0(1)	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	\$0(2)	
<i>erythrocine stearate</i> TABS 250mg	\$0(1)	
<i>erythromycin base</i> CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	\$0(1)	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> TABS 400mg	\$0(1)	
<i>erythromycin lactobionate</i> SOLR 500mg	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FLUOROQUINOLONAS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
CIPRO SUSR 500mg/5ml	\$0(2)	
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	\$0(1)	
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	\$0(1)	
<i>ciprofloxacin hcl TABS 100mg, 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)	
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 200-28.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin CAPS 500mg</i>	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg</i>	\$0(1)	
BICILLIN L-A SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml	\$0(2)	
<i>dicloxacillin sodium CAPS 250mg, 500mg</i>	\$0(1)	
<i>nafcillin sodium SOLR 1gm, 2gm</i>	\$0(1)	
<i>nafcillin sodium SOLR 10gm</i>	\$0(2)	NDS
<i>oxacillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm</i>	\$0(1)	
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	\$0(2)	
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	\$0(2)	
<i>penicillin g potassium SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	\$0(1)	
PENICILLIN G PROCAINE SUSP 600000unit/ml	\$0(2)	
<i>penicillin g sodium SOLR 5000000unit</i>	\$0(1)	
<i>penicillin v potassium SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg</i>	\$0(1)	
<i>pfizerpen SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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 SOLR</i> 100mg	\$0(1)	
<i>doxycycline (monohydrate) CAPS</i> 50mg, 100mg; <i>TABS</i> 50mg, 75mg, 100mg	\$0(1)	
<i>doxycycline hyclate CAPS</i> 50mg, 100mg; <i>SOLR</i> 100mg; <i>TABS</i> 20mg, 100mg	\$0(1)	
<i>minocycline hcl CAPS</i> 50mg, 75mg, 100mg	\$0(1)	
<i>NUZYRA SOLR</i> 100mg; <i>TABS</i> 150mg	\$0(2)	NDS, NM, LA
<i>tetracycline hcl CAPS</i> 250mg, 500mg	\$0(1)	PA
<i>tigecycline SOLR</i> 50mg	\$0(2)	NDS
<i>TIGECYCLINE SOLR</i> 50mg	\$0(2)	NDS
ANTINEOPLASTIC AGENTS - DRUGS TO TREAT CANCER		
ALKYLATING AGENTS		
<i>BENDEKA SOLN</i> 100mg/4ml	\$0(2)	NDS, B/D, NM, LA
<i>carboplatin SOLN</i> 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml	\$0(1)	B/D
<i>cisplatin SOLN</i> 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml	\$0(1)	B/D
<i>cyclophosphamide CAPS</i> 25mg, 50mg	\$0(1)	B/D
<i>CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN</i> 1gm/5ml, 500mg/2.5ml, 500mg/ml	\$0(2)	NDS, B/D
<i>cyclophosphamide SOLR</i> 1gm, 2gm, 500mg	\$0(2)	NDS, B/D
<i>CYCLOPHOSPHAMIDE TABS</i> 25mg, 50mg	\$0(2)	B/D
<i>CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR SOLN</i> 2gm/10ml	\$0(2)	NDS, B/D
<i>GLEOSTINE CAPS</i> 10mg, 40mg	\$0(2)	NM
<i>GLEOSTINE CAPS</i> 100mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>LEUKERAN TABS</i> 2mg	\$0(2)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml	\$0(1)	B/D
<i>oxaliplatin</i> SOLR 50mg, 100mg	\$0(2)	NDS, B/D
<i>paraplatin</i> SOLN 1000mg/100ml	\$0(1)	B/D
ANTIBIOTICS		
<i>doxorubicin hcl</i> SOLN 2mg/ml	\$0(1)	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> INJ 2mg/ml	\$0(2)	NDS, B/D
ELLENCE SOLN 50mg/25ml, 200mg/100ml	\$0(2)	B/D
ANTIMETABOLITES		
<i>azacitidine</i> SUSR 100mg	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>cytarabine</i> SOLN 20mg/ml	\$0(1)	B/D
<i>fluorouracil</i> SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	\$0(1)	B/D
<i>gemcitabine hcl</i> SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml; SOLR 1gm, 2gm, 200mg	\$0(1)	B/D
INQOVI TAB 35-100MG	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
LONSURF TAB 15-6.14	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
LONSURF TAB 20-8.19	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>mercaptopurine</i> TABS 50mg	\$0(1)	
<i>methotrexate sodium</i> SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	\$0(1)	B/D
ONUREG TABS 200mg, 300mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>pemetrexed disodium</i> SOLR 100mg, 500mg, 750mg, 1000mg	\$0(2)	NDS, B/D
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	\$0(2)	NDS, NM
TABLOID TABS 40mg	\$0(2)	
HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS		
<i>abiraterone acetate</i> TABS 250mg, 500mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>anastrozole</i> TABS 1mg	\$0(1)	
<i>bicalutamide</i> TABS 50mg	\$0(1)	
ELIGARD KIT 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg	\$0(2)	NM, PA
EMCYT CAPS 140mg	\$0(2)	NDS

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ERLEADA TABS 60mg, 240mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
EULEXIN CAPS 125mg	\$0(2)	NDS
<i>exemestane</i> TABS 25mg	\$0(1)	
<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, NM, LA, PA
ORGOVYX TABS 120mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ORSERDU TABS 86mg, 345mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	\$0(2)	NDS
<i>tamoxifen citrate</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>toremifene citrate</i> TABS 60mg	\$0(2)	NDS
XTANDI CAPS 40mg; TABS 40mg, 80mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
IMMUNOMODULATORS		
<i>lenalidomide</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	\$0(2)	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, LA, PA
<i>lenalidomide</i> CAPS 20mg, 25mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
POMALYST CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
REVLIMID CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	\$0(2)	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, LA, PA
REVLIMID CAPS 20mg, 25mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
THALOMID CAPS 50mg, 100mg	\$0(2)	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, LA, PA
THALOMID CAPS 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, LA, PA
MISCELLANEOUS		
BESREMI SOSY 500mcg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>bexarotene</i> CAPS 75mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>hydroxyurea</i> CAPS 500mg	\$0(1)	
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	\$0(1)	B/D
KISQALI 200 PAK FEMARA	\$0(2)	NDS, QL (49 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 400 PAK FEMARA	\$0(2)	NDS, QL (70 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 PAK FEMARA	\$0(2)	NDS, QL (91 tabs / 28 days), NM, PA
MATULANE CAPS 50mg	\$0(2)	NDS, NM, LA
SYNRIBO SOLR 3.5mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> CAPS 10mg	\$0(2)	NDS
WELIREG TABS 40mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
MITOTIC INHIBITORS		
<i>docetaxel</i> CONC 20mg/ml	\$0(1)	B/D
<i>docetaxel</i> CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	\$0(2)	NDS, B/D
DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	\$0(2)	NDS, B/D
<i>etoposide</i> SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml, 500mg/25ml	\$0(1)	B/D
<i>paclitaxel</i> CONC 6mg/ml, 30mg/5ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	\$0(1)	B/D
<i>paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg</i>	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>vincristine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	\$0(1)	B/D
<i>vinorelbine tartrate</i> SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	\$0(1)	B/D
MOLECULAR TARGET AGENTS		
ALECENSA CAPS 150mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ALUNBRIG TABS 30mg, 90mg, 180mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ALUNBRIG PAK	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del 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, LA, PA
BALVERSA TABS 3mg, 4mg, 5mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
BORTEZOMIB SOLR 1mg, 2.5mg, 3.5mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>bortezomib</i> SOLR 3.5mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
BOSULIF TABS 100mg, 400mg, 500mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
BRAFTOVI CAPS 75mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
BRUKINSA CAPS 80mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
CALQUENCE CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
CALQUENCE TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
CAPRELSA TABS 100mg, 300mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
COMETRIQ KIT 100MG	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
COMETRIQ KIT 140MG	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
COTELLIC TABS 20mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
DAURISMO TABS 25mg, 100mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ERIVEDGE CAPS 150mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 100mg, 150mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 2mg	\$0(2)	NDS, QL (150 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 3mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 5mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
EXKIVITY CAPS 40mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
GAVRETO CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>gefitinib</i> TABS 250mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg	\$0(2)	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, LA, PA
ICLUSIG TABS 10mg, 15mg, 30mg, 45mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
IDHIFA TABS 50mg, 100mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 400mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA CAPS 70mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
IMBRUVICA CAPS 140mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
IMBRUVICA SUSP 70mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (216 mL / 27 days), NM, LA, PA
IMBRUVICA TABS 140mg, 280mg, 420mg, 560mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
INLYTA TABS 1mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
INLYTA TABS 5mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
INREBIC CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
IRESSA TABS 250mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
JAYPIRCA TABS 50mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
JAYPIRCA TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	\$0(2)	NDS, B/D, NM, LA
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
KISQALI 200 DOSE TBPk 200mg	\$0(2)	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 400 DOSE TBPk 200mg	\$0(2)	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 DOSE TBPk 200mg	\$0(2)	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, PA
KRAZATI TABS 200mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>lapatinib ditosylate</i> TABS 250mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA CAP 14 MG	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA CAP 18 MG	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA CAP 24 MG	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
LORBRENA TABS 25mg, 100mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
LUMAKRAS TABS 120mg, 320mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
LYTGOBI TBPk 4mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MEKINIST SOLR .05mg/ml; TABS .5mg, 2mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
MEKTOVI TABS 15mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
MONJUVI SOLR 200mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
MVASI SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
NERLYNX TABS 40mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
NEXAVAR TABS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg	\$0(2)	NDS, QL (3 caps / 28 days), NM, PA
ODOMZO CAPS 200mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
OGIVRI SOLR 150mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
OGIVRI INJ 420MG	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
PHESGO SOL	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPk 200mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
PIQRAY 250MG TAB DOSE	\$0(2)	NDS, NM, PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPk 150mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
QINLOCK TABS 50mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
RETEVMO CAPS 40mg, 80mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
REZLIDHIA CAPS 150mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ROZLYTREK CAPS 100mg, 200mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
RYDAPT CAPS 25mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
SCSEMBLIX TABS 20mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
SCSEMBLIX TABS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (300 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sorafenib tosylate</i> TABS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SPRYCEL TABS 20mg, 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
STIVARGA TABS 40mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>sunitinib malate</i> CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
TABRECTA TABS 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg; TBSO 10mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
TAGRISSE TABS 40mg, 80mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TALZENNA CAPS .1mg, .35mg, .5mg, .75mg, 1mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
TALZENNA CAPS .25mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
TASIGNA CAPS 50mg, 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
TAZVERIK TABS 200mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
TEPMETKO TABS 225mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
TIBSOVO TABS 250mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
TRUSELTIQ 50MG DAILY DOSE CPPK 25mg	\$0(2)	NDS, LA, PA
TRUSELTIQ 75MG DAILY DOSE CPPK 25mg	\$0(2)	NDS, LA, PA
TRUSELTIQ 100MG DAILY DOSE CPPK 100mg	\$0(2)	NDS, LA, PA
TRUSELTIQ 125MG DAILY DOSE	\$0(2)	NDS, LA, PA
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
TURALIO CAPS 125mg, 200mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
VANFLYTA TABS 17.7mg, 26.5mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
VENCLEXTA TABS 10mg	\$0(2)	QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VENCLEXTA TABS 50mg	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VENCLEXTA TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
VENCLEXTA TAB START PK	\$0(2)	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VITRAKVI CAPS 25mg, 100mg; SOLN 20mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
VONJO CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
VOTRIENT TABS 200mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
XALKORI CAPS 200mg, 250mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
XOSPATA TABS 40mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY TBPk 40mg	\$0(2)	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY TBPk 40mg	\$0(2)	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY TBPk 60mg	\$0(2)	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TBPk 20mg	\$0(2)	NDS, QL (24 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY TBPk 40mg	\$0(2)	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TBPk 20mg	\$0(2)	NDS, QL (32 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY TBPk 50mg	\$0(2)	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, LA, PA
ZEJULA CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
ZEJULA TABS 100mg, 200mg, 300mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ZELBORAF TABS 240mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>quinapril-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)	
<i>lisinopril TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	\$0(1)	
<i>moexipril hcl TABS 7.5mg, 15mg</i>	\$0(1)	

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

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

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

N.º de identificación del formulario: 00023088 v19

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

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIARRHYTHMICS - DRUGS TO CONTROL HEART RHYTHM		
<i>amiodarone hcl</i> SOLN 50mg/ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 200mg, 400mg	\$0(1)	
<i>disopyramide phosphate</i> CAPS 100mg, 150mg	\$0(2)	
<i>dofetilide</i> CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg	\$0(1)	NM
<i>flecainide acetate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	\$0(1)	
MULTAQ TABS 400mg	\$0(2)	
NORPACE CR CP12 100mg, 150mg	\$0(2)	
<i>pacerone</i> TABS 100mg, 200mg, 400mg	\$0(1)	
<i>propafenone hcl</i> CP12 225mg, 325mg, 425mg; TABS 150mg, 225mg, 300mg	\$0(1)	
<i>quinidine sulfate</i> TABS 200mg, 300mg	\$0(1)	
<i>sorine</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	\$0(1)	
<i>sotalol hcl</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	\$0(1)	
<i>sotalol hcl (afib/afl)</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)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>rosuvastatin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>simvastatin</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS - DRUGS TO TREAT HIGH CHOLESTEROL		
<i>cholestyramine</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	\$0(1)	
<i>cholestyramine light</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	\$0(1)	
<i>colesevelam hcl</i> PACK 3.75gm; TABS 625mg	\$0(1)	
<i>colestipol hcl</i> GRAN 5gm; PACK 5gm; TABS 1gm	\$0(1)	
<i>ezetimibe</i> TABS 10mg	\$0(1)	
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> TBCR 500mg, 750mg, 1000mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
PRALUENT SOAJ 75mg/ml, 150mg/ml	\$0(2)	NM, PA
<i>prevalite</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	\$0(1)	
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)	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	\$0(1)	
BETA-BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS		
<i>acebutolol hcl CAPS 200mg, 400mg</i>	\$0(1)	
<i>atenolol TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	\$0(1)	
<i>betaxolol hcl TABS 10mg, 20mg</i>	\$0(1)	
<i>bisoprolol fumarate TABS 5mg, 10mg</i>	\$0(1)	
<i>carvedilol TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg</i>	\$0(1)	
<i>labetalol hcl TABS 100mg, 200mg, 300mg</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol succinate TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol tartrate SOLN 5mg/5ml; TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	\$0(1)	
<i>nadolol TABS 20mg, 40mg, 80mg</i>	\$0(1)	
<i>nebivolol hcl TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>nebivolol hcl TABS 20mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pindolol TABS 5mg, 10mg</i>	\$0(1)	
<i>propranolol hcl CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg; SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg</i>	\$0(1)	
<i>timolol maleate TABS 5mg, 10mg, 20mg</i>	\$0(1)	
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS		
<i>amlodipine besylate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	\$0(1)	
<i>cartia xt CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg</i>	\$0(1)	
<i>dilt-xr CP24 120mg, 180mg, 240mg</i>	\$0(1)	

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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>torseamide</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		
ADRENALIN SOLN 1mg/ml	\$0(2)	
<i>aliskiren fumarate</i> TABS 150mg, 300mg	\$0(1)	
<i>clonidine</i> PTWK .1mg/24hr, .2mg/24hr, .3mg/24hr	\$0(1)	
<i>clonidine hcl</i> TABS .1mg, .2mg, .3mg	\$0(1)	
CORLANOR SOLN 5mg/5ml; TABS 5mg, 7.5mg	\$0(2)	
<i>digoxin</i> SOLN .05mg/ml, .25mg/ml	\$0(1)	
<i>digoxin</i> TABS 125mcg, 250mcg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>droxidopa</i> CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
<i>droxidopa</i> CAPS 200mg, 300mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOLN 1mg/ml	\$0(1)	
<i>guanfacine hcl</i> TABS 1mg, 2mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>hydralazine hcl</i> SOLN 20mg/ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>metyrosine</i> CAPS 250mg	\$0(2)	NDS, PA
<i>midodrine hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
NITRATES - DRUGS TO TREAT HEART CONDITIONS		
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	\$0(1)	
<i>isosorbide mononitrate</i> TABS 10mg, 20mg; TB24 30mg, 60mg, 120mg	\$0(1)	
NITRO-BID OINT 2%	\$0(2)	
<i>nitroglycerin</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr; SOLN .4mg/spray; SUBL .3mg, .4mg, .6mg	\$0(1)	
PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION - DRUGS TO TREAT PULMONARY HYPERTENSION		
ADEMPAS TABS .5mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 2.5mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>ambrisentan</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>bosentan</i> TABS 62.5mg, 125mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
OPSUMIT TABS 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days), NM, PA
<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
VENTAVIS SOLN 10mcg/ml, 20mcg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
CENTRAL NERVOUS SYSTEM - DRUGS TO TREAT NERVOUS SYSTEM DISORDERS		
ANTIANXIETY - DRUGS TO TREAT ANXIETY		
<i>alprazolam</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	\$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
<i>buspirone hcl</i> TABS 5mg, 7.5mg, 10mg, 15mg, 30mg	\$0(1)	
<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml	\$0(1)	QL (150 mL / 30 days)
<i>lorazepam</i> SOLN 2mg/ml, 4mg/ml	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
ANTICONVULSANTS - DRUGS TO TREAT SEIZURES		
APTIOM TABS 200mg, 400mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
APTIOM TABS 600mg, 800mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
BRIVIACT SOLN 10mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA
BRIVIACT SOLN 50mg/5ml	\$0(2)	PA
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)	
CELONTIN CAPS 300mg	\$0(2)	
<i>clobazam</i> SUSP 2.5mg/ml	\$0(1)	QL (480 mL / 30 days), PA
<i>clobazam</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>clonazepam</i> TABS 2mg; TBDP 2mg	\$0(1)	QL (300 tabs / 30 days)
<i>clonazepam</i> TABS .5mg, 1mg; TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days), PA; PA if 65 years and older
DIACOMIT CAPS 250mg	\$0(2)	NDS, QL (360 caps / 30 days), NM, LA, PA
DIACOMIT CAPS 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA
DIACOMIT PACK 250mg	\$0(2)	NDS, QL (360 packets / 30 days), NM, LA, PA
DIACOMIT PACK 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
<i>diazepam</i> CONC 5mg/ml	\$0(1)	QL (240 mL / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>diazepam</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(1)	QL (1200 mL / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>diazepam</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA if 65 years and older

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diazepam (anticonvulsant)</i> GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	\$0(1)	
DILANTIN CAPS 30mg, 100mg	\$0(2)	
DILANTIN INFATABS CHEW 50mg	\$0(2)	
DILANTIN-125 SUSP 125mg/5ml	\$0(2)	
<i>divalproex sodium</i> CSDR 125mg; TB24 250mg, 500mg; TBEC 125mg, 250mg, 500mg	\$0(1)	
EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (600 mL / 30 days), NM, LA, PA
<i>epitol</i> TABS 200mg	\$0(1)	
EPRONTIA SOLN 25mg/ml	\$0(2)	QL (480 mL / 30 days), PA
<i>ethosuximide</i> CAPS 250mg; SOLN 250mg/5ml	\$0(1)	
<i>felbamate</i> SUSP 600mg/5ml	\$0(2)	NDS
<i>felbamate</i> TABS 400mg, 600mg	\$0(1)	
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (360 mL / 30 days), NM, LA, PA
FYCOMPA SUSP .5mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (720 mL / 30 days), PA
FYCOMPA TABS 2mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA
FYCOMPA TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>gabapentin</i> CAPS 100mg, 300mg, 400mg	\$0(1)	QL (180 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> SOLN 250mg/5ml, 300mg/6ml	\$0(1)	QL (2160 mL / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 600mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 800mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> SOLN 200mg/20ml	\$0(2)	NDS
<i>lacosamide</i> TABS 50mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> TABS 100mg, 150mg, 200mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>lacosamide oral</i> SOLN 10mg/ml	\$0(1)	QL (1200 mL / 30 days)

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>rufinamide</i> SUSP 40mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (2400 mL / 30 days), PA
<i>rufinamide</i> TABS 200mg	\$0(1)	QL (480 tabs / 30 days), PA
<i>rufinamide</i> TABS 400mg	\$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), PA
SPRITAM TB3D 250mg	\$0(2)	QL (360 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 500mg	\$0(2)	QL (180 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 750mg	\$0(2)	QL (120 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 1000mg	\$0(2)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>subvenite</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	\$0(1)	
SYMPAZAN FILM 5mg, 10mg, 20mg	\$0(2)	NDS, QL (60 films / 30 days), PA
<i>tiagabine hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	\$0(1)	
<i>topiramate</i> CPSP 15mg, 25mg; TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	\$0(1)	
<i>valproate sodium</i> SOLN 100mg/ml, 250mg/5ml	\$0(1)	
<i>valproic acid</i> CAPS 250mg	\$0(1)	
VALTOCO 5 MG DOSE LIQD 5mg/0.1ml	\$0(2)	
VALTOCO 10 MG DOSE LIQD 10mg/0.1ml	\$0(2)	
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5mg/0.1ml	\$0(2)	
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10mg/0.1ml	\$0(2)	
<i>vigabatrin</i> PACK 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
<i>vigabatrin</i> TABS 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>vigadrone</i> PACK 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
<i>vigadrone</i> TABS 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
VIMPAT SOLN 10mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (1200 mL / 30 days)
XCOPRI TABS 50mg, 100mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	QL (900 mL / 30 days), PA
zonisamide CAPS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
ZTALMY SUSP 50mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (1100 mL / 30 days), NM, LA, PA
ANTIDEMENTIA - DRUGS TO TREAT DEMENTIA AND MEMORY LOSS		
donepezil hydrochloride TABS 5mg; TBDP 5mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
donepezil hydrochloride TABS 10mg; TBDP 10mg	\$0(1)	
galantamine hydrobromide CP24 8mg, 16mg, 24mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
galantamine hydrobromide SOLN 4mg/ml	\$0(1)	
galantamine hydrobromide TABS 4mg, 8mg, 12mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
memantine hcl CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml; TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	PA; PA if < 30 yrs
memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg titration pack	\$0(2)	PA; PA if < 30 yrs
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)	
rivastigmine PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr	\$0(1)	QL (30 patches / 30 days)
rivastigmine tartrate CAPS 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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; TB12 100mg, 150mg, 200mg; TB24 150mg, 300mg	\$0(1)	
<i>citalopram hydrobromide</i> SOLN 10mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	
<i>clomipramine hcl</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg	\$0(2)	PA
<i>desipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	\$0(2)	
<i>desvenlafaxine succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg; CONC 10mg/ml	\$0(2)	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20mg, 30mg, 40mg, 60mg	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>duloxetine hcl</i> CPEP 20mg, 30mg, 60mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr	\$0(2)	NDS, QL (30 patches / 30 days), PA
<i>escitalopram oxalate</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 5mg, 10mg, 20mg	\$0(1)	
FETZIMA CP24 20mg, 40mg	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days), PA
FETZIMA CP24 80mg, 120mg	\$0(2)	QL (30 caps / 30 days), PA
FETZIMA CAP TITRATIO	\$0(2)	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)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nefazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	\$0(1)	
<i>nortriptyline hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg; SOLN 10mg/5ml	\$0(2)	
<i>paroxetine hcl</i> SUSP 10mg/5ml	\$0(2)	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>paroxetine hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(2)	
<i>phenelzine sulfate</i> TABS 15mg	\$0(1)	
<i>protriptyline hcl</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	
<i>sertraline hcl</i> CONC 20mg/ml; TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>tranylcypromine sulfate</i> TABS 10mg	\$0(1)	
<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	\$0(1)	
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 25mg, 50mg	\$0(2)	QL (120 caps / 30 days)
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days)
TRINTELLIX TABS 5mg, 10mg, 20mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>venlafaxine hcl</i> CP24 37.5mg, 75mg, 150mg; TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	\$0(1)	
VIIBRYD KIT STARTER	\$0(2)	
<i>vilazodone hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ANTIPARKINSONIAN AGENTS - DRUGS TO TREAT PARKINSONS DISEASE		
<i>amantadine hcl</i> CAPS 100mg	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days)
<i>amantadine hcl</i> SOLN 50mg/5ml; TABS 100mg	\$0(1)	
<i>benztropine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	\$0(1)	
<i>benztropine mesylate</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>bromocriptine mesylate</i> CAPS 5mg; TABS 2.5mg	\$0(1)	
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i> 10-100mg	\$0(1)	
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i> 25-100mg	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>entacapone TABS 200mg</i>	\$0(1)	
INBRIJA CAPS 42mg	\$0(2)	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, LA, PA
NEUPRO PT24 1mg/24hr, 2mg/24hr, 3mg/24hr, 4mg/24hr, 6mg/24hr, 8mg/24hr	\$0(2)	
<i>pramipexole dihydrochloride TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg</i>	\$0(1)	
<i>rasagiline mesylate TABS .5mg, 1mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ropinirole hydrochloride TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg</i>	\$0(1)	
<i>selegiline hcl CAPS 5mg; TABS 5mg</i>	\$0(1)	
<i>trihexyphenidyl hcl SOLN .4mg/ml; TABS 2mg, 5mg</i>	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
ANTIPSYCHOTICS - DRUGS TO TREAT PSYCHOSES		
ABILIFY MAINTENA PRSY 300mg, 400mg	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ABILIFY MAINTENA SRER 300mg, 400mg	\$0(2)	NDS, QL (1 injection / 28 days)
<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(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 56 days)
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	\$0(2)	NDS
<i>asenapine maleate</i> SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days)
<i>chlorpromazine hcl</i> CONC 30mg/ml, 100mg/ml; SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	\$0(1)	
<i>clozapine</i> TABS 25mg, 50mg	\$0(1)	
<i>clozapine</i> TABS 100mg	\$0(1)	QL (270 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TABS 200mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg	\$0(1)	PA
<i>clozapine</i> TBDP 100mg	\$0(1)	QL (270 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 150mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 200mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), PA
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
FANAPT PAK	\$0(2)	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)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>haloperidol lactate</i> CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	\$0(1)	
INVEGA HAFYERA SUSY 1092mg/3.5ml, 1560mg/5ml	\$0(2)	NDS, QL (1 injection / 180 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml	\$0(2)	QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.88ml, 410mg/1.32ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.63ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 90 days)
LATUDA TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
LATUDA TABS 80mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
<i>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	\$0(1)	
<i>lurasidone hcl</i> TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lurasidone hcl</i> TABS 80mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	\$0(1)	
NUPLAZID CAPS 34mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
NUPLAZID TABS 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>olanzapine</i> SOLR 10mg	\$0(1)	QL (3 vials / 1 day)
<i>olanzapine</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg; TBDP 10mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 20mg; TBDP 5mg, 15mg, 20mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg, 3mg, 9mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>paliperidone</i> TB24 6mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	\$0(1)	
PERSERIS PRSY 90mg, 120mg	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 30 days)
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	\$0(1)	
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 300mg, 400mg	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 50mg, 300mg, 400mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 150mg, 200mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
REXULTI TABS 3mg, 4mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
RISPERDAL CONSTA SRER 12.5mg, 25mg	\$0(2)	QL (2 injections / 28 days)
RISPERDAL CONSTA SRER 37.5mg, 50mg	\$0(2)	NDS, QL (2 injections / 28 days)
<i>risperidone</i> SOLN 1mg/ml	\$0(1)	QL (240 mL / 30 days)
<i>risperidone</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	\$0(1)	
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>risperidone</i> TBDP 4mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr	\$0(2)	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)	
<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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)
<i>atomoxetine hcl CAPS 40mg</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 60mg, 80mg, 100mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 2.5mg, 5mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 10mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>guanfacine hcl (adhd) TB24 1mg, 2mg, 4mg</i>	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> TB24 3mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>metadate er</i> TBCR 20mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
<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		
BELSOMRA TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
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 if 65 years and older
<i>temazepam</i> CAPS 15mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days), PA; PA 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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MIGRAINE - DRUGS TO TREAT SEVERE HEADACHES		
AIMOVIG SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml	\$0(2)	QL (1 pen / 30 days), NM, PA
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	\$0(2)	NDS
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 4mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (8 mL / 30 days), PA
<i>ergotamine w/ caffeine tab 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
<i>rizatriptan benzoate</i> TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (18 tabs / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 5mg/act	\$0(1)	QL (24 units / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 20mg/act	\$0(1)	QL (12 units / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml	\$0(1)	QL (18 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 6mg/0.5ml; SOCT 6mg/0.5ml; SOLN 6mg/0.5ml	\$0(1)	QL (12 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	QL (12 tabs / 30 days)
<i>zolmitriptan</i> TABS 2.5mg, 5mg; TBDP 2.5mg, 5mg	\$0(1)	QL (12 tabs / 30 days)
MISCELLANEOUS		
AUSTEDO TABS 6mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
AUSTEDO XR TB24 6mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 12mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 24mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TAB TITR KIT	\$0(2)	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
INGREZZA CAPS 40mg, 60mg, 80mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INGREZZA CAP 40-80MG	\$0(2)	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, LA, PA
LITHIUM SOLN 8meq/5ml	\$0(2)	
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg; TABS 300mg; TBCR 300mg, 450mg	\$0(1)	
NUEDEXTA CAP 20-10MG	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pyridostigmine bromide</i> TABS 60mg	\$0(1)	
<i>riluzole</i> TABS 50mg	\$0(1)	
<i>tetrabenazine</i> TABS 12.5mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>tetrabenazine</i> TABS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - DRUGS TO TREAT MULTIPLE SCLEROSIS		
BAFIERTAM CPDR 95mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
BETASERON KIT .3mg	\$0(2)	NDS, QL (14 syringes / 28 days), NM, PA
<i>dalfampridine</i> TB12 10mg	\$0(1)	NM, PA
<i>fingolimod hcl</i> CAPS .5mg	\$0(2)	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 20mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 40mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
<i>glatopa</i> SOSY 20mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
<i>glatopa</i> SOSY 40mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
KESIMPTA SOAJ 20mg/0.4ml	\$0(2)	NDS, QL (16 pens / year), NM, LA, PA
MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS - DRUGS TO TREAT MUSCLE SPASMS		
<i>baclofen</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>carisoprodol</i> TABS 350mg	\$0(2)	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>cyclobenzaprine hcl</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dantrolene sodium</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>methocarbamol</i> TABS 500mg, 750mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>tizanidine hcl</i> TABS 2mg, 4mg	\$0(1)	
<i>vanadom</i> TABS 350mg	\$0(2)	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
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
SODIUM OXYBATE SOLN 500mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (540 mL / 30 days), NM, LA, PA
XYREM SOLN 500mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (540 mL / 30 days), NM, LA, PA
PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC		
<i>acamprosate calcium</i> TBEC 333mg	\$0(1)	
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL 2mg, 8mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 2-0.5 mg (base equiv)	\$0(1)	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 4-1 mg (base equiv)	\$0(1)	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 8-2 mg (base equiv)	\$0(1)	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 12-3 mg (base equiv)	\$0(1)	QL (60 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i> 2-0.5 mg (base equiv)	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i> 8-2 mg (base equiv)	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl</i> (smoking deterrent) TB12 150mg	\$0(1)	
<i>disulfiram</i> TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>gnp nicotine gum</i> GUM 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nicotine mini lozenge</i> LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nicotine polacrilex</i> GUM 2mg, 4mg; LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp nicotine polacrilex m</i> LOZG 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nicotine transdermal</i> PT24 7mg/24hr, 14mg/24hr, 21mg/24hr	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense nicotine</i> LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense nicotine gum</i> GUM 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense nicotine polacr</i> GUM 2mg, 4mg; LOZG 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm nicotine polacrilex</i> GUM 2mg, 4mg; LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm nicotine transdermal s</i> PT24 7mg/24hr, 14mg/24hr, 21mg/24hr	\$0(3)	NM; *
<i>naloxone hcl</i> LIQD 4mg/0.1ml; SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY 2mg/2ml	\$0(1)	
<i>naltrexone hcl</i> TABS 50mg	\$0(1)	
NICODERM CQ PT24 7mg/24hr, 14mg/24hr, 21mg/24hr	\$0(3)	NM; *
NICORETTE GUM 2mg, 4mg; LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
NICORETTE MINI LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
NICORETTE STARTER KIT GUM 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<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; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sm nicotine transdermal s</i> PT24 7mg/24hr, 14mg/24hr, 21mg/24hr	\$0(3)	NM; *
<i>varenicline tartrate</i> TABS .5mg, 1mg	\$0(1)	QL (56 tabs / 28 days), PA
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack</i>	\$0(1)	PA
VIVITROL SUSR 380mg	\$0(2)	NDS, NM
ENDOCRINE AND METABOLIC - DRUGS TO TREAT DIABETES AND REGULATE HORMONES		
ANDROGENS - DRUGS TO REGULATE MALE HORMONES		
<i>depo-testosterone</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	\$0(1)	PA
<i>testosterone</i> GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm	\$0(1)	QL (300 gm / 30 days), PA
<i>testosterone</i> GEL 1.62%	\$0(1)	QL (150 gm / 30 days), PA
<i>testosterone cypionate</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	\$0(1)	PA
<i>testosterone enanthate</i> SOLN 200mg/ml	\$0(1)	PA
ANTIDIABETICS		
<i>acarbose</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
BYDUREON BCISE AUIJ 2mg/0.85ml	\$0(2)	QL (4 pens / 28 days), PA
BYETTA SOPN 5mcg/0.02ml, 10mcg/0.04ml	\$0(2)	QL (1 pen / 30 days), PA
FARXIGA TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>glimepiride</i> TABS 1mg, 2mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<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)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-500MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-500MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 100-1000	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
JARDIANCE TABS 10mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JARDIANCE TABS 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)
<i>nateglinide</i> TABS 60mg, 120mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml, 2mg/3ml	\$0(2)	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 4mg/3ml	\$0(2)	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8MG/3ML	\$0(2)	QL (1 pen / 28 days), PA
<i>pioglitazone hcl</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>repaglinide</i> TABS 2mg	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>repaglinide</i> TABS .5mg, 1mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 14mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA
SYNJARDY TAB 5-500MG	\$0(2)	QL (120 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 12.5-500	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 12.5-1000MG	\$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
VICTOZA SOPN 18mg/3ml	\$0(2)	QL (3 pens / 30 days), PA
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-500MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-500MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-1000	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
ANTIDIABETICS, INSULINS		
BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml	\$0(2)	
BD ALCOHOL SWABS	\$0(2)	
FIASP FLEX INJ TOUCH	\$0(2)	
FIASP INJ 100/ML	\$0(2)	
FIASP PENFIL INJ U-100	\$0(2)	
FIASP PMPCRT INJ U-100	\$0(2)	B/D
GAUZE PADS 2" X 2"	\$0(2)	
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml	\$0(2)	NDS, B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml	\$0(2)	NDS
INSULIN PEN NEEDLES: BD/NOVO	\$0(2)	
INSULIN SAFETY NEEDLES	\$0(2)	
INSULIN SYRINGES: BD	\$0(2)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LANTUS SOLN 100unit/ml	\$0(2)	
LANTUS SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	\$0(2)	
LEVEMIR SOLN 100unit/ml	\$0(2)	
LEVEMIR FLEXPEN SOPN 100unit/ml	\$0(2)	
LEVEMIR FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml	\$0(2)	
NOVOLIN INJ 70/30	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN INJ 70/30 FP	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLOG SOLN 100unit/ml	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ 70/30	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml	\$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 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
OMNIPOD PDM KIT CLASSIC	\$0(2)	QL (1 kit / year), 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)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml	\$0(2)	
V-GO 20 KIT	\$0(2)	QL (1 kit / 30 days), PA
V-GO 30 KIT	\$0(2)	QL (1 kit / 30 days), PA
V-GO 40 KIT	\$0(2)	QL (1 kit / 30 days), PA
XULTOPHY INJ 100/3.6	\$0(2)	QL (5 pens / 30 days)
CALCIUM REGULATORS		
<i>alendronate sodium</i> SOLN 70mg/75ml; TABS 10mg, 35mg, 70mg	\$0(1)	
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	\$0(1)	B/D
FORTEO SOPN 600mcg/2.4ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg	\$0(1)	B/D
NATPARA CART 25mcg, 50mcg, 75mcg, 100mcg	\$0(2)	NDS, LA, PA
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	\$0(2)	B/D
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml	\$0(1)	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml	\$0(2)	QL (1 syringe / 180 days), NM
<i>risedronate sodium</i> TABS 5mg, 35mg, 150mg; TBEC 35mg	\$0(1)	
TERIPARATIDE SOPN 620mcg/2.48ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml; SOLN 4mg/100ml, 5mg/100ml	\$0(1)	B/D, NM
CHELATING AGENTS		
CHEMET CAPS 100mg	\$0(2)	
<i>deferasirox</i> PACK 90mg, 180mg, 360mg; TABS 180mg, 360mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>deferasirox</i> TABS 90mg	\$0(2)	NM, PA
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	\$0(2)	
<i>penicillamine</i> TABS 250mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	\$0(1)	
<i>sps</i> SUSP 15gm/60ml	\$0(1)	
<i>trientine hcl</i> CAPS 250mg	\$0(2)	NDS, NM, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VELTASSA PACK 8.4gm, 16.8gm, 25.2gm	\$0(2)	
CONTRACEPTIVES - DRUGS FOR BIRTH CONTROL		
<i>afirmelle</i>	\$0(1)	
<i>aftera</i> TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>altavera</i>	\$0(1)	
<i>alyacen 1/35</i>	\$0(1)	
<i>alyacen 7/7/7</i>	\$0(1)	
<i>amethia</i>	\$0(1)	
<i>apri</i>	\$0(1)	
<i>aranelle</i>	\$0(1)	
<i>ashlyna</i>	\$0(1)	
<i>aubra eq</i>	\$0(1)	
<i>aurovela 1/20</i>	\$0(1)	
<i>aurovela 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>aurovela fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>aviane</i>	\$0(1)	
<i>ayuna</i>	\$0(1)	
<i>azurette</i>	\$0(1)	
<i>balziva</i>	\$0(1)	
<i>blisovi 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>briellyn</i>	\$0(1)	
<i>camila</i> TABS .35mg	\$0(1)	
<i>camrese</i>	\$0(1)	
<i>camrese lo</i>	\$0(1)	
<i>chateal</i>	\$0(1)	
<i>cryselle-28</i>	\$0(1)	
<i>cyred eq</i>	\$0(1)	
<i>dasetta 1/35</i>	\$0(1)	
<i>dasetta 7/7/7</i>	\$0(1)	
<i>daysee</i>	\$0(1)	
<i>deblitane</i> TABS .35mg	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>	\$0(1)	
<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	\$0(1)	
<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.03-0.451 mg</i>	\$0(1)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	\$0(1)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	\$0(1)	
<i>econtra ez TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>econtra one-step TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>elinest</i>	\$0(1)	
<i>eluryng</i>	\$0(1)	
<i>emoquette</i>	\$0(1)	
<i>enilloring</i>	\$0(1)	
<i>enpresse-28</i>	\$0(1)	
<i>enskyce</i>	\$0(1)	
<i>errin TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>estarylla</i>	\$0(1)	
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>	\$0(1)	
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	\$0(1)	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.120-0.015 mg/24hr</i>	\$0(1)	
<i>falmina</i>	\$0(1)	
<i>femynor</i>	\$0(1)	
<i>finzala</i>	\$0(1)	
<i>hailey 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>hailey 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>haloette</i>	\$0(1)	
<i>heather TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>iclevia</i>	\$0(1)	
<i>incassia TABS .35mg</i>	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>introvale</i>	\$0(1)	
<i>isibloom</i>	\$0(1)	
<i>jasmie</i>	\$0(1)	
<i>jolessa</i>	\$0(1)	
<i>juleber</i>	\$0(1)	
<i>june 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>june 1/20</i>	\$0(1)	
<i>june fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>june fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>june 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)	
<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)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	\$0(1)	
<i>levonorgestrel (emergency oc) TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	\$0(1)	
<i>levora 0.15/30-28</i>	\$0(1)	
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	\$0(1)	
<i>loestrin 1/20-21</i>	\$0(1)	
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>loestrin fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>loryna</i>	\$0(1)	
<i>low-ogestrel</i>	\$0(1)	
<i>lutra</i>	\$0(1)	
<i>lyleq TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>lyza TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>marlissa</i>	\$0(1)	
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>mibelas 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>microgestin 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>microgestin 1/20</i>	\$0(1)	
<i>microgestin 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>microgestin fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>mili</i>	\$0(1)	
<i>mono-lynyah</i>	\$0(1)	
<i>my choice TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>my way TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>necon 0.5/35-28</i>	\$0(1)	
<i>new day TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nikki</i>	\$0(1)	
<i>nora-be TABS .35mg</i>	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.8 mg-25 mcg</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone (contraceptive) TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab 1 mg-20 mcg (24)</i>	\$0(1)	
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	\$0(1)	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	\$0(1)	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	\$0(1)	
<i>norlyroc TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	\$0(1)	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	\$0(1)	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	\$0(1)	
<i>nortrel 7/7/7</i>	\$0(1)	
<i>nylia 1/35</i>	\$0(1)	
<i>nylia 7/7/7</i>	\$0(1)	
<i>nymyo</i>	\$0(1)	
<i>ocella</i>	\$0(1)	
<i>opcicon one-step TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>option 2 TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>philith</i>	\$0(1)	
<i>pimtrea</i>	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pirmella 1/35</i>	\$0(1)	
PLAN B ONE-STEP TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>portia-28</i>	\$0(1)	
<i>reclipsen</i>	\$0(1)	
<i>rivelsa</i>	\$0(1)	
<i>setlakin</i>	\$0(1)	
<i>sharobel</i> TABS .35mg	\$0(1)	
<i>simliya</i>	\$0(1)	
<i>simpesse</i>	\$0(1)	
<i>sprintec 28</i>	\$0(1)	
<i>sronyx</i>	\$0(1)	
<i>syeda</i>	\$0(1)	
<i>take action</i> TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>tarina 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	\$0(1)	
<i>tilia fe</i>	\$0(1)	
<i>tri-estarylla</i>	\$0(1)	
<i>tri-legest fe</i>	\$0(1)	
<i>tri-linyah</i>	\$0(1)	
<i>tri-lo-estarylla</i>	\$0(1)	
<i>tri-lo-marzia</i>	\$0(1)	
<i>tri-lo-mili</i>	\$0(1)	
<i>tri-lo-sprintec</i>	\$0(1)	
<i>tri-mili</i>	\$0(1)	
<i>tri-nymyo</i>	\$0(1)	
<i>tri-sprintec</i>	\$0(1)	
<i>tri-vylibra</i>	\$0(1)	
<i>tri-vylibra lo</i>	\$0(1)	
<i>trivora-28</i>	\$0(1)	
<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)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>vyfemla</i>	\$0(1)	
<i>vylibra</i>	\$0(1)	
<i>wera</i>	\$0(1)	
<i>wymzya fe</i>	\$0(1)	
<i>xulane</i>	\$0(1)	
<i>zafemy</i>	\$0(1)	
<i>zovia 1/35</i>	\$0(1)	
<i>zumandimine</i>	\$0(1)	
ENDOMETRIOSIS		
<i>danazol</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	\$0(1)	
SYNAREL SOLN 2mg/ml	\$0(2)	NDS
ESTROGENS - DRUGS TO REGULATE FEMALE HORMONES		
<i>amabelz</i>	\$0(2)	
DELESTROGEN OIL 10mg/ml	\$0(2)	
<i>dotti</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	\$0(2)	
<i>estradiol</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr; PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr; TABS .5mg, 1mg, 2mg	\$0(2)	
<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)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mimvey</i>	\$0(2)	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	\$0(2)	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	\$0(2)	
<i>yuvafem TABS 10mcg</i>	\$0(1)	
GLUCOCORTICOIDS - DRUGS TO TREAT INFLAMMATORY RESPONSE		
<i>dexamethasone ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg</i>	\$0(1)	
<i>DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml</i>	\$0(2)	
<i>dexamethasone sodium phosphate SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml</i>	\$0(1)	
<i>fludrocortisone acetate TABS .1mg</i>	\$0(1)	
<i>hydrocortisone TABS 5mg, 10mg, 20mg</i>	\$0(1)	
<i>methylprednisolone TABS 4mg, 8mg, 16mg, 32mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>methylprednisolone TBPk 4mg</i>	\$0(1)	
<i>methylprednisolone acetate SUSP 40mg/ml, 80mg/ml</i>	\$0(1)	B/D
<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)	
<i>PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml</i>	\$0(2)	B/D
<i>SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg</i>	\$0(2)	
GLUCOSE ELEVATING AGENTS - DRUGS TO TREAT LOW BLOOD SUGAR		
<i>diazoxide SUSP 50mg/ml</i>	\$0(2)	NDS

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	\$0(2)	
GVOKE KIT SOLN 1mg/0.2ml	\$0(2)	
GVOKE PFS SOSY .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	\$0(2)	
MISCELLANEOUS		
ALDURAZIME SOLN 2.9mg/5ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>betaine powder for oral solution</i>	\$0(2)	NDS, NM, LA
<i>cabergoline</i> TABS .5mg	\$0(1)	
<i>carglumic acid</i> TBSO 200mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
CERDELGA CAPS 84mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
CEREZYME SOLR 400unit	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 30mg	\$0(1)	B/D, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 60mg	\$0(2)	NDS, B/D, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 90mg	\$0(2)	NDS, B/D, QL (120 tabs / 30 days), NM
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	\$0(2)	NM, LA, PA
<i>desmopressin acetate</i> SOLN 4mcg/ml	\$0(2)	NDS
<i>desmopressin acetate</i> TABS .1mg, .2mg	\$0(1)	
<i>desmopressin acetate spray</i> SOLN .01%	\$0(1)	
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> SOLN .01%	\$0(1)	
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
GENOTROPIN MINIQICK PRSY .2mg, .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>javygtor</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
KORLYM TABS 300mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	\$0(1)	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg)	\$0(2)	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg)	\$0(2)	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH KIT 45mg)	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>miglustat</i> CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>nitisinone</i> CAPS 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml	\$0(1)	NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>raloxifene hcl</i> TABS 60mg	\$0(1)	
<i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
XENICAL CAPS 120mg	\$0(3)	NM; *
PHOSPHATE BINDER AGENTS - DRUGS TO REGULATE CALCIUM AND PHOSPHORUS LEVELS		
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> CAPS 667mg	\$0(1)	QL (360 caps / 30 days)
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> TABS 667mg	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days)
<i>sevelamer carbonate</i> PACK 2.4gm	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sevelamer carbonate</i> PACK .8gm	\$0(2)	NDS, QL (540 packets / 30 days)
<i>sevelamer carbonate</i> TABS 800mg	\$0(1)	QL (540 tabs / 30 days)
VELPHORO CHEW 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days)
PROGESTINS - DRUGS TO REGULATE FEMALE HORMONES		
<i>medroxyprogesterone acetate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>megestrol acetate</i> SUSP 40mg/ml	\$0(2)	
<i>megestrol acetate (appetite)</i> SUSP 625mg/5ml	\$0(2)	PA
<i>norethindrone acetate</i> TABS 5mg	\$0(1)	
THYROID AGENTS - DRUGS TO REGULATE THYROID LEVELS		
<i>euthyrox</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	\$0(1)	
<i>levo-t</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	\$0(1)	
<i>levothyroxine sodium</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	\$0(1)	
<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)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>unithroid</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	\$0(1)	
VITAMIN D ANALOGS		
<i>calcitriol</i> CAPS .25mcg, .5mcg	\$0(1)	B/D
<i>calcitriol (oral)</i> SOLN 1mcg/ml	\$0(1)	B/D
<i>paricalcitol</i> CAPS 1mcg, 2mcg, 4mcg	\$0(1)	B/D
RAYALDEE CPCR 30mcg	\$0(2)	NDS
GASTROINTESTINAL - DRUGS TO TREAT STOMACH AND INTESTINAL DISORDERS		
ANTACIDS		
<i>acid gone</i>	\$0(3)	NM; *
<i>almacone double strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>alum & mag hydroxide-simethicone susp</i> 200-200-20 mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>alum & mag hydroxide-simethicone susp</i> 400-400-40 mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>alumina/magnesia/simethic</i>	\$0(3)	NM; *
ALUMINUM HYDROXIDE SUSP 320mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>antacid anti-gas maximum</i>	\$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 plus anti-gas rel</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antacid regular strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antacid ultra strength</i> CHEW 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>antacid/antigas liquid</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cal-gest antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium antacid extra str</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate (antacid)</i> SUSP 1250mg/5ml	\$0(3)	NM; *
GAVISCON SUS	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GAVISCON SUS CHERRY	\$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 CHEW 750mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid/regular stren</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp foaming antacid</i>	\$0(3)	NM; *
<i>heartburn relief extra st</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm advanced antacid maxim</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm antacid</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm antacid anti-gas extra</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm antacid extra strength CHEW 750mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm antacid regular streng CHEW 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm calcium antacid extra CHEW 750mg</i>	\$0(3)	NM; *
MAG-AL LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>mag-al plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mag-al plus xs</i>	\$0(3)	NM; *
<i>magnesium oxide TABS 400mg, 420mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mintox maximum strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc antacid CHEW 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc antacid/anti-gas</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc antacid/anti-gas maxim</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm antacid CHEW 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm antacid advanced maxi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm antacid extra strength CHEW 750mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm antacid maximum streng</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sodium bicarbonate (antacid) TABS 325mg, 650mg</i>	\$0(3)	NM; *
TUMS CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
TUMS CHEWY BITES CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
TUMS CHEWY DELIGHTS CHEW 1177mg	\$0(3)	NM; *
TUMS E-X 750 CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
TUMS EXTRA STRENGTH 750 CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tums smoothies</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
TUMS SMOOTHIES CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
TUMS ULTRA 1000 CHEW 1000mg	\$0(3)	NM; *
ANTI-DIARRHEAL		
<i>anti-diarrheal</i> CAPS 2mg; SOLN 1mg/7.5ml; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>bismatrol</i> CHEW 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>bismuth subsalicylate</i> CHEW 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp anti-diarrheal</i> CAPS 2mg; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp k-pec</i> SUSP 262mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp loperamide hydrochlor</i> SOLN 1mg/7.5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pink bismuth</i> CHEW 262mg; TABS 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp stomach relief</i> SUSP 262mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp ultra stomach relief</i> SUSP 525mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense anti-diarrheal</i> SOLN 1mg/7.5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense stomach relief</i> CHEW 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm anti-diarrheal</i> CAPS 2mg; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm stomach relief</i> CHEW 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>loperamide hcl</i> SOLN 1mg/7.5ml, 2mg/15ml	\$0(3)	NM; *
PEPTO BISMOL TABS 262mg	\$0(3)	NM; *
PEPTO-BISMOL CHEW 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc anti-diarrheal</i> CAPS 2mg; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc diarrhea relief</i> SUSP 262mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc pink bismuth</i> CHEW 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm anti-diarrheal</i> CAPS 2mg; SOLN 1mg/7.5ml; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm stomach relief</i> CHEW 262mg; TABS 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm stomach relief liquid</i> SUSP 525mg/30ml	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>stomach relief</i> CHEW 262mg; SUSP 525mg/30ml	\$0(3)	NM; *
<i>stomach relief extra stre</i> SUSP 525mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>stomach relief ultra</i> SUSP 525mg/15ml	\$0(3)	NM; *
ANTIEMETICS - DRUGS FOR NAUSEA AND VOMITING		
<i>aprepitant</i> CAPS 40mg, 80mg, 125mg	\$0(1)	B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>compro</i> SUPP 25mg	\$0(1)	
<i>dronabinol</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	B/D, QL (60 caps / 30 days)
<i>granisetron hcl</i> SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml	\$0(1)	
<i>granisetron hcl</i> TABS 1mg	\$0(1)	B/D
<i>meclizine hcl</i> TABS 12.5mg, 25mg	\$0(2)	
<i>metoclopramide hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml; TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>ondansetron</i> TBDP 4mg, 8mg	\$0(1)	B/D
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml; SOSY 4mg/2ml	\$0(1)	
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/5ml; TABS 4mg, 8mg	\$0(1)	B/D
<i>prochlorperazine</i> SUPP 25mg	\$0(1)	
<i>prochlorperazine edisylate</i> SOLN 10mg/2ml	\$0(1)	
<i>prochlorperazine maleate</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>promethazine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml; SYRP 6.25mg/5ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>scopolamine</i> PT72 1mg/3days	\$0(2)	QL (10 patches / 30 days), PA; PA if 70 years and older
ANTISPASMODICS - DRUGS FOR STOMACH SPASMS		
<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; SOLN 10mg/5ml; TABS 20mg	\$0(2)	
<i>glycopyrrolate</i> TABS 1mg, 2mg	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
H2-RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>acid reducer</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>acid reducer maximum stre</i> TABS 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>acid reducer original str</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml	\$0(1)	
<i>famotidine</i> SUSR 40mg/5ml	\$0(1)	QL (300 mL / 30 days)
<i>famotidine</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>famotidine</i> TABS 20mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>famotidine</i> TABS 40mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln</i> 20 mg/50ml	\$0(1)	
<i>famotidine maximum streng</i> TABS 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>famotidine original stren</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp acid reducer</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp acid reducer maximum</i> TABS 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>heartburn relief</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>heartburn relief maximum</i> TABS 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm famotidine</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	\$0(1)	
<i>qc acid controller</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc acid controller maximu</i> TABS 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm acid reducer</i> TABS 10mg, 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm acid reducer maximum s</i> TABS 20mg	\$0(3)	NM; *
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
<i>balsalazide disodium</i> CAPS 750mg	\$0(1)	
<i>budesonide</i> CPEP 3mg	\$0(1)	QL (90 caps / 30 days), PA
<i>budesonide</i> TB24 9mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> ENEM 100mg/60ml	\$0(1)	
<i>mesalamine</i> CP24 .375gm	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> CPDR 400mg	\$0(1)	QL (180 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm; SUPP 1000mg	\$0(1)	
<i>mesalamine</i> TBEC 1.2gm	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mesalamine w/ cleanser</i> KIT 4gm	\$0(1)	
<i>sulfasalazine</i> TABS 500mg; TBEC 500mg	\$0(1)	
LAXATIVES		
<i>bisacodyl</i> SUPP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>bisacodyl ec</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
COLACE CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>docu</i> LIQD 50mg/5ml, 100mg/10ml	\$0(3)	NM; *
<i>docusate calcium</i> CAPS 240mg	\$0(3)	NM; *
<i>docusate sodium</i> CAPS 100mg, 250mg; LIQD 50mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>dok</i> CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>enema ready-to-use</i>	\$0(3)	NM; *
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
FLEET ENE	\$0(3)	NM; *
FLEET ENE ENEMA	\$0(3)	NM; *
FLEET ENE PED	\$0(3)	NM; *
<i>gavilyte-c</i>	\$0(1)	
<i>gavilyte-g</i>	\$0(1)	
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>gentle laxative</i> SUPP 10mg; TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp clearlax</i> PACK 17gm	\$0(3)	NM; *
<i>gnp fiber powder</i> POWD 43%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp gentle laxative</i> SUPP 10mg; TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp stool softener</i> CAPS 100mg, 240mg; LIQD 50mg/5ml; SYRP 60mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp womens gentle laxativ</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
GOLYTELY SOL	\$0(2)	
<i>healthylax</i> PACK 17gm	\$0(3)	NM; *
<i>hm enema saline laxative</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm gentle laxative</i> SUPP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm laxative</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm stool softener</i> CAPS 100mg, 250mg	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>metamucil</i> POWD 28.3%	\$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	\$0(3)	NM; *
<i>qc enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc gentle laxative</i> SUPP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc natural vegetable</i> POWD 95%	\$0(3)	NM; *
<i>qc stool softener</i> CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>silace</i> LIQD 150mg/15ml; SYRP 60mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm gentle laxative</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm stool softener</i> CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol</i> 17.5-3.13-1.6 gm/177ml	\$0(1)	
<i>*sodium phosphates - enema***</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stool softener</i> CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
SUPREP BOWEL SOL PREP KIT	\$0(2)	
MISCELLANEOUS		
<i>acid reducer complete</i>	\$0(3)	NM; *
<i>alosetron hcl</i> TABS .5mg, 1mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> CONC 100mg/5ml	\$0(1)	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq</i> 2.5-0.025 mg/5ml	\$0(2)	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab</i> 2.5-0.025 mg	\$0(2)	
GATTEX KIT 5mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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, PA
<i>sucralfate</i> TABS 1gm	\$0(1)	
<i>ursodiol</i> CAPS 300mg; TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
XERMELO TABS 250mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
XIFAXAN TABS 550mg	\$0(2)	NDS, PA
PANCREATIC ENZYMES		
CREON CAP 3000UNIT	\$0(2)	
CREON CAP 6000UNIT	\$0(2)	
CREON CAP 12000UNT	\$0(2)	
CREON CAP 24000UNT	\$0(2)	
CREON CAP 36000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 3000UNIT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 5000UNIT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 10000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 15000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 20000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 25000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 40000UNT	\$0(2)	
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>gnp lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp omeprazole</i> TBEC 20mg	\$0(3)	NM, PA; *
<i>goodsense lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm omeprazole</i> TBEC 20mg	\$0(3)	NM, PA; *
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg, 30mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	
<i>omeprazole</i> TBEC 20mg	\$0(3)	NM, PA; *
<i>pantoprazole sodium</i> SOLR 40mg; TBEC 20mg, 40mg	\$0(1)	
PREVACID 24HR CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>rabeprazole sodium</i> TBEC 20mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>sm lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm omeprazole</i> TBEC 20mg	\$0(3)	NM, PA; *
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)	
<i>tamsulosin hcl</i> CAPS .4mg	\$0(1)	
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		
<i>fesoterodine fumarate</i> TB24 4mg, 8mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
GEMTESA TABS 75mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
MYRBETRIQ SRER 8mg/ml	\$0(2)	QL (300 mL / 28 days)
MYRBETRIQ TB24 25mg, 50mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 5mg	\$0(1)	
<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)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>trosium chloride</i> TABS 20mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
VAGINAL ANTI-INFECTIVES		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i> CREA 2%	\$0(1)	
<i>clotrimazole</i> 3 CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>clotrimazole vaginal</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>3 day vaginal</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp clotrimazole</i> 3 CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp miconazole 1 combinat</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp miconazole</i> 3	\$0(3)	NM; *
<i>gnp miconazole 7</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>metronidazole vaginal</i> GEL .75%	\$0(1)	
<i>miconazole</i> 3 CREA 4%	\$0(3)	NM; *
<i>miconazole</i> 3 combination	\$0(3)	NM; *
<i>miconazole</i> 3 combo pack	\$0(3)	NM; *
<i>miconazole 7</i> CREA 2%; SUPP 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>miconazole nitrate vaginal</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>miconazole nitrate vaginal supp 1200 mg & 2% cream kit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc clotrimazole</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>qc miconazole 7</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>sm 3-day vaginal</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>sm clotrimazole vaginal</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm miconazole</i> 3	\$0(3)	NM; *
<i>sm miconazole 7</i> CREA 2%; SUPP 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm tioconazole-1</i> OINT 6.5%	\$0(3)	NM; *
<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	\$0(1)	
<i>tioconazole</i> 1 OINT 6.5%	\$0(3)	NM; *
HEMATOLOGIC - DRUGS TO TREAT BLOOD DISORDERS		
ANTICOAGULANTS - BLOOD THINNERS		
ELIQUIS TABS 2.5mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
ELIQUIS TABS 5mg	\$0(2)	QL (74 tabs / 30 days)
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5mg	\$0(2)	QL (74 tabs / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>enoxaparin sodium</i> SOLN 300mg/3ml; SOSY 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml, 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml	\$0(1)	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 2.5mg/0.5ml	\$0(1)	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	\$0(2)	NDS
HEP SOD/D5W INJ 20000UNT	\$0(1)	
HEP SOD/D5W INJ 25000UNT	\$0(1)	
HEP SOD/NACL INJ 12500UNT	\$0(2)	
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
HEPARIN/NACL INJ 25000UNT	\$0(2)	
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>warfarin sodium</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	\$0(1)	
XARELTO SUSR 1mg/ml	\$0(2)	QL (620 mL / 30 days)
XARELTO TABS 2.5mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
XARELTO STAR TAB 15/20MG	\$0(2)	QL (51 tabs / 30 days)
HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS		
PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	\$0(2)	NM, PA
PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
ZIEXTENZO SOSY 6mg/0.6ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
IRON		
<i>wee care</i> SUSP 15mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
MISCELLANEOUS		
<i>anagrelide hcl</i> CAPS .5mg, 1mg	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BERINERT KIT 500unit	\$0(2)	NDS, QL (24 boxes / 30 days), NM, LA, PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	\$0(1)	
DOPTelet TABS 20mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	\$0(2)	
ENDARI PACK 5gm	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
HAEGARDA SOLR 2000unit	\$0(2)	NDS, QL (30 vials / 30 days), NM, LA, PA
HAEGARDA SOLR 3000unit	\$0(2)	NDS, QL (20 vials / 30 days), NM, LA, PA
<i>icatibant acetate</i> SOSY 30mg/3ml	\$0(2)	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	\$0(1)	
PROMACTA PACK 12.5mg	\$0(2)	NDS, QL (360 packets / 30 days), NM, LA, PA
PROMACTA PACK 25mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
PROMACTA TABS 12.5mg, 25mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
PROMACTA TABS 50mg, 75mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>sajazir</i> SOSY 30mg/3ml	\$0(2)	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, LA, PA
<i>tranexamic acid</i> SOLN 1000mg/10ml; TABS 650mg	\$0(1)	
PLATELET AGGREGATION INHIBITORS		
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	\$0(1)	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	\$0(2)	
<i>clopidogrel bisulfate</i> TABS 75mg	\$0(1)	
<i>dipyridamole</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>prasugrel hcl</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
IMMUNOLOGIC AGENTS - DRUGS TO TREAT DISORDERS OF THE IMMUNE SYSTEM		
<i>AUTOIMMUNE AGENTS</i>		
DUPIXENT SOPN 200mg/1.14ml, 300mg/2ml; SOSY 100mg/0.67ml, 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml; SOLR 25mg	\$0(2)	NDS, QL (16 vials / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml	\$0(2)	NDS, QL (16 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 50mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (8 cartridges / 28 days), NM, PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (8 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml, 20mg/0.2ml	\$0(2)	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (6 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	\$0(2)	NDS, NM, PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D PSKT 80mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
HUMIRA PEN PNKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (6 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN PNKT 80mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV	\$0(2)	NDS, NM, PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START PNKT 40mg/0.8ml, 80mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S PNKT 80mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER PNKT 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
KEVZARA SOAJ 150mg/1.14ml, 200mg/1.14ml	\$0(2)	NDS, QL (2 pens / 28 days), NM, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
KEVZARA SOSY 150mg/1.14ml, 200mg/1.14ml	\$0(2)	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
OTEZLA TABS 30mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
OTEZLA TAB 10/20/30	\$0(2)	NDS, QL (110 tabs / year), NM, PA
REMICADE SOLR 100mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
RINVOQ TB24 15mg, 30mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
RINVOQ TB24 45mg	\$0(2)	NDS, QL (168 tabs / year), NM, PA
SKYRIZI SOCT 180mg/1.2ml, 360mg/2.4ml	\$0(2)	NDS, QL (1 cartridge / 56 days), NM, PA
SKYRIZI SOLN 600mg/10ml	\$0(2)	NDS, QL (6 vials / year), NM, PA
SKYRIZI SOSY 150mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (6 syringes / 365 days), NM, PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (6 pens / 365 days), NM, PA
STELARA SOLN 45mg/0.5ml	\$0(2)	NDS, QL (1 vial / 28 days), NM, LA, PA
STELARA SOLN 130mg/26ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
TALTZ SOAJ 80mg/ml; SOSY 80mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (3 syringes / 28 days), NM, LA, PA
XELJANZ SOLN 1mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (480 mL / 24 days), NM, PA
XELJANZ TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS) - DRUGS TO TREAT RHEUMATOID ARTHRITIS		
hydroxychloroquine sulfate TABS 200mg	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>leflunomide</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>methotrexate sodium</i> TABS 2.5mg	\$0(1)	
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	\$0(2)	B/D
IMMUNOGLOBULINS		
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml, 10%	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMASTAN INJ	\$0(2)	B/D, NM, LA
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 25gm/500ml, 30gm/300ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
IMMUNOMODULATORS		
ACTIMMUNE SOLN 2000000unit/0.5ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ARCALYST SOLR 220mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
INTRON A SOLR 10000000unit, 18000000unit, 50000000unit	\$0(2)	NDS, B/D, NM, LA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
IMMUNOSUPPRESSANTS		
<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, LA, PA
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>cyclosporine</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 50mg/ml	\$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>engraf</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	\$0(1)	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> CAPS 250mg; TABS 500mg	\$0(1)	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> SUSR 200mg/ml	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>mycophenolate sodium</i> TBEC 180mg, 360mg	\$0(1)	B/D, NM
NULOJIX SOLR 250mg	\$0(2)	NDS, B/D, NM
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	\$0(2)	B/D, NM
REZUROCK TABS 200mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
SANDIMMUNE SOLN 100mg/ml	\$0(2)	B/D, NM
<i>sirolimus</i> SOLN 1mg/ml	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>sirolimus</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	\$0(1)	B/D, NM
<i>tacrolimus</i> CAPS .5mg, 1mg, 5mg	\$0(1)	B/D, NM
VACCINES		
ABRYSVO SOLR 120mcg/0.5ml	\$0(2)	
ACTHIB INJ	\$0(2)	
ADACEL INJ	\$0(2)	
AREXVY SUSR 120mcg/0.5ml	\$0(2)	
BCG VACCINE SOLR 50mg	\$0(2)	
BEXSERO INJ	\$0(2)	
BOOSTRIX INJ	\$0(2)	
DAPTACEL INJ	\$0(2)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DENGAXIA SUS	\$0(2)	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	\$0(2)	B/D
ENGERIX-B SUSP 20mcg/ml; SUSY 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	\$0(2)	B/D
GARDASIL 9 INJ	\$0(2)	
HAVRIX SUSP 720elu/0.5ml, 1440elu/ml	\$0(2)	
HEPLISAV-B SOSY 20mcg/0.5ml	\$0(2)	B/D
HIBERIX SOLR 10mcg	\$0(2)	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR 2.5unit/ml	\$0(2)	B/D
INFANRIX INJ	\$0(2)	
IPOIN INJ INACTIVE	\$0(2)	
IXIARO INJ	\$0(2)	
KINRIX INJ	\$0(2)	
M-M-R II INJ	\$0(2)	
MENACTRA INJ	\$0(2)	
MENQUADFI INJ	\$0(2)	
MENVEO INJ	\$0(2)	
MENVEO SOL	\$0(2)	
PEDIARIX INJ 0.5ML	\$0(2)	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	\$0(2)	
PENTACEL INJ	\$0(2)	
PREHEVBRIO SUSP 10mcg/ml	\$0(2)	B/D
PRIORIX INJ	\$0(2)	
PROQUAD INJ	\$0(2)	
QUADRACEL INJ	\$0(2)	
QUADRACEL INJ 0.5ML	\$0(2)	
RABAVER INJ	\$0(2)	B/D
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml; SUSY 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml	\$0(2)	B/D
ROTARIX SUS	\$0(2)	
ROTATEQ SOL	\$0(2)	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml	\$0(2)	QL (2 vials per lifetime)
TDVAX INJ 2-2 LF	\$0(2)	B/D

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TENIVAC INJ 5-2LF	\$0(2)	B/D
TICOVAC SUSY 1.2mcg/0.25ml, 2.4mcg/0.5ml	\$0(2)	
TRUMENBA INJ	\$0(2)	
TWINRIX INJ	\$0(2)	
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml; SOSY 25mcg/0.5ml	\$0(2)	
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml	\$0(2)	
VARIVAX INJ 1350pfu/0.5ml	\$0(2)	
YF-VAX INJ	\$0(2)	
NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS - VITAMINS AND SUPPLEMENTS		
ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE		
D2.5W/NACL INJ 0.45%	\$0(2)	
D5W/LYTES INJ #48	\$0(2)	
D10W/NACL INJ 0.2%	\$0(2)	
dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%	\$0(1)	
dextrose 5% in lactated ringers	\$0(1)	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%	\$0(1)	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%	\$0(1)	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%	\$0(1)	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%	\$0(1)	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%	\$0(1)	
dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%	\$0(1)	
ISOLYTE-P INJ /D5W	\$0(2)	
ISOLYTE-S INJ	\$0(2)	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	\$0(2)	
kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	\$0(1)	
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj	\$0(1)	
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj	\$0(1)	
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	\$0(1)	
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	\$0(1)	
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	\$0(2)	
<i>lactated ringer's solution</i>	\$0(1)	
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	\$0(2)	
<i>magnesium sulfate SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%</i>	\$0(2)	
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>	\$0(2)	
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	\$0(2)	
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	\$0(1)	
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	\$0(1)	
PLASMA-LYTE INJ -148	\$0(2)	
PLASMA-LYTE INJ -A	\$0(2)	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	\$0(1)	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	\$0(2)	
POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	\$0(2)	
<i>potassium chloride SOLN 2meq/ml, 10meq/100ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml</i>	\$0(1)	
POTASSIUM CHLORIDE SOLN 10meq/50ml, 20meq/50ml	\$0(2)	
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	\$0(1)	
<i>sodium chloride SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%</i>	\$0(1)	
TPN ELECTROL INJ	\$0(2)	B/D

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL		
<i>klor-con</i> PACK 20meq	\$0(1)	
<i>klor-con</i> 8 TBCR 8meq	\$0(1)	
<i>klor-con</i> 10 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)	
IV NUTRITION		
<i>chromic chloride</i> SOLN 40mcg/10ml	\$0(3)	NM; *
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	\$0(2)	B/D
<i>clinisol sf</i> 15%	\$0(1)	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	\$0(2)	B/D
COPPER SOLN .4mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>dextrose</i> SOLN 5%, 10%	\$0(1)	
<i>dextrose</i> SOLN 50%, 70%	\$0(1)	B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	\$0(2)	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	\$0(2)	B/D
<i>plenamine</i>	\$0(1)	B/D

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PREMASOL SOL 10%	\$0(2)	NDS, B/D
PROSOL INJ 20%	\$0(2)	B/D
TRAVASOL INJ 10%	\$0(2)	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	\$0(2)	B/D
MINERALS		
<i>calcium 600+d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate</i> TABS 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate-cholecalciferol tab</i> 600 mg-5 mcg(200 unit)	\$0(3)	NM; *
<i>calcium high potency</i> TABS 1500mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium high potency + vi</i>	\$0(3)	NM; *
K-PHOS TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>manganese chloride</i> SOLN .1mg/ml	\$0(3)	NM; *
SLOW-MAG TAB	\$0(3)	NM; *
MISCELLANEOUS		
ENLYTE CAP	\$0(3)	NM; *
VITAMINS		
BACMIN TAB	\$0(3)	NM; *
BP VIT 3 CAP	\$0(3)	NM; *
<i>cholecalciferol</i> CAPS 10000unit	\$0(3)	NM; *
<i>corvita</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cyanocobalamin</i> SOLN 1000mcg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>dialyvite</i>	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE TAB 3000	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE TAB 5000	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE TAB SUPREM D	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE/ TAB ZINC	\$0(3)	NM; *
DRISDOL CAPS 50000unit	\$0(3)	NM; *
<i>ergocalciferol</i> CAPS 1.25mg, 50000unit	\$0(3)	NM; *
<i>fabb</i>	\$0(3)	NM; *
FLORIVA CHW 0.5MG	\$0(3)	NM; *
FLORIVA CHW 0.25MG	\$0(3)	NM; *
FLORIVA CHW 1MG	\$0(3)	NM; *
FOLBIC TAB	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>folic acid</i> SOLN 5mg/ml; TABS 1mg	\$0(3)	NM; *
FOLTRATE TAB	\$0(3)	NM; *
<i>hydroxocobalamin acetate</i> SOLN 1000mcg/ml	\$0(3)	NM; *
INFUVITE INJ	\$0(3)	NM; *
INFUVITE INJ ADULT	\$0(3)	NM; *
INFUVITE INJ PEDIATRI	\$0(3)	NM; *
MEPHYTON TABS 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>multi-vit/iron/fluoride</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi-vitamin/fluoride dr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi-vitamin/fluoride/ir</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin with fluorid</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin/fluoride</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin/fluoride/iro</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mvc-fluoride</i>	\$0(3)	NM; *
NASCOBAL SOLN 500mcg/0.1ml	\$0(3)	NM; *
NEPHPLEX RX TAB	\$0(3)	NM; *
<i>niacin</i> CPCR 500mg	\$0(3)	NM; *
NIVA-FOL TAB	\$0(3)	NM; *
<i>*pediatric vitamins acd w/ fluoride soln 0.5 mg/ml***</i>	\$0(3)	NM; *
<i>phytonadione</i> SOLN 1mg/0.5ml, 10mg/ml; TABS 5mg	\$0(3)	NM; *
POLY-VI-FLOR CHW 0.5MG	\$0(3)	NM; *
POLY-VI-FLOR CHW 0.25MG	\$0(3)	NM; *
POLY-VI-FLOR CHW 1MG	\$0(3)	NM; *
POLY-VI-FLOR CHW W/IRON	\$0(3)	NM; *
POLY-VI-FLOR SUS 0.25/ML	\$0(3)	NM; *
POLY-VI-FLOR SUS /IRON	\$0(3)	NM; *
<i>pyridoxine hcl</i> SOLN 100mg/ml	\$0(3)	NM; *
QUFLORA FE CHW	\$0(3)	NM; *
QUFLORA FE DRO 0.25-9.5	\$0(3)	NM; *
QUFLORA PED CHW 0.5MG	\$0(3)	NM; *
QUFLORA PED CHW 0.25MG	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
QUFLORA PED CHW 1MG	\$0(3)	NM; *
QUFLORA PED DRO 0.5MG/ML	\$0(3)	NM; *
QUFLORA PED DRO 0.25MG	\$0(3)	NM; *
<i>renal caps</i>	\$0(3)	NM; *
STROVITE FOR TAB	\$0(3)	NM; *
STROVITE ONE TAB	\$0(3)	NM; *
<i>thiamine hcl</i> SOLN 100mg/ml	\$0(3)	NM; *
TRI-VI-FLOR SUS 0.5MG/ML	\$0(3)	NM; *
TRI-VI-FLOR SUS 0.25/ML	\$0(3)	NM; *
<i>tri-vitamin/fluoride</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tri-vite/fluoride</i>	\$0(3)	NM; *
<i>triphrocaps</i>	\$0(3)	NM; *
<i>virt-caps</i>	\$0(3)	NM; *
<i>virt-gard</i>	\$0(3)	NM; *
VITAL-D RX TAB	\$0(3)	NM; *
<i>vitamins a/c/d/fluoride</i>	\$0(3)	NM; *
<i>westab mini</i>	\$0(3)	NM; *
OPHTHALMIC - DRUGS TO TREAT EYE CONDITIONS		
ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY - DRUGS TO TREAT INFECTIONS AND INFLAMMATION		
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	\$0(1)	
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	\$0(1)	
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	\$0(1)	
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	\$0(2)	
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	\$0(2)	
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	\$0(1)	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	\$0(2)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTI-INFECTIVES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>bacitracin (ophthalmic) OINT 500unit/gm</i>	\$0(1)	
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	\$0(1)	
BESIVANCE SUSP .6%	\$0(2)	
CILOXAN OINT .3%	\$0(2)	
<i>ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%</i>	\$0(1)	
<i>erythromycin (ophth) OINT 5mg/gm</i>	\$0(1)	
<i>gatifloxacin (ophth) SOLN .5%</i>	\$0(1)	
<i>gentak OINT .3%</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%</i>	\$0(1)	
<i>moxifloxacin hcl (ophth) SOLN .5%</i>	\$0(1)	
NATACYN SUSP 5%	\$0(2)	
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>ofloxacin (ophth) SOLN .3%</i>	\$0(1)	
<i>polycin ophth oint</i>	\$0(1)	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	\$0(1)	
<i>sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%</i>	\$0(1)	
<i>tobramycin (ophth) SOLN .3%</i>	\$0(1)	
<i>trifluridine SOLN 1%</i>	\$0(1)	
ZIRGAN GEL .15%	\$0(2)	
ANTI-INFLAMMATORIES - DRUGS TO TREAT INFLAMMATION		
ALREX SUSP .2%	\$0(2)	
BROMSITE SOLN .075%	\$0(2)	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%</i>	\$0(1)	
<i>diclofenac sodium (ophth) SOLN .1%</i>	\$0(1)	
<i>difluprednate EMUL .05%</i>	\$0(1)	
EYSUVIS SUSP .25%	\$0(2)	

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LUMIGAN SOLN .01%	\$0(2)	
<i>pilocarpine hcl</i> SOLN 1%, 2%, 4%	\$0(1)	
RHOPRESSA SOLN .02%	\$0(2)	
ROCKLATAN DRO	\$0(2)	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	\$0(2)	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLG .25%, .5%; SOLN .25%, .5%	\$0(1)	
VYZULTA SOLN .024%	\$0(2)	
MISCELLANEOUS		
<i>artificial eye</i>	\$0(3)	NM; *
<i>artificial tears</i> SOLN 1.4%	\$0(3)	NM; *
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	\$0(2)	
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i> SOLN 1%	\$0(1)	
<i>carboxymethylcellulose sodium (ophth)</i> GEL 1%; SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
CYSTADROPS SOLN .37%	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
CYSTARAN SOLN .44%	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
GENTEAL SEVERE TEARS GEL .3%	\$0(3)	NM; *
<i>genteal tears night-time</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp artificial tears</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp lubricating plus eye</i> SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense lubricating plu</i> SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
<i>hm lubricating plus</i> SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
ISOPTO TEARS SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
<i>lubricant eye drops</i> SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
<i>lubricant eye nighttime</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lubricating plus eye drop</i> SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
<i>lubricating tears eye dro</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lubrifresh p.m.</i>	\$0(3)	NM; *
<i>proparacaine hcl</i> SOLN .5%	\$0(1)	
<i>refresh celluvisc</i> GEL 1%	\$0(3)	NM; *
<i>refresh lacri-lube</i>	\$0(3)	NM; *
REFRESH LIQUIGEL GEL 1%	\$0(3)	NM; *
<i>refresh p.m.</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
REFRESH PLUS SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
REFRESH TEARS SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
RESTASIS EMUL .05%	\$0(2)	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	\$0(2)	
<i>sm lubricating plus</i> SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
<i>systane nighttime</i>	\$0(3)	NM; *
SYSTANE OVERNIGHT THERAPY GEL .3%	\$0(3)	NM; *
TYRVAYA SOLN .03mg/act	\$0(2)	
XIIDRA SOLN 5%	\$0(2)	
OTIC - DRUGS TO TREAT CONDITIONS OF THE EAR		
OTIC AGENTS		
<i>acetic acid (otic)</i> SOLN 2%	\$0(1)	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp</i> 0.3-0.1%	\$0(1)	
<i>flac</i> OIL .01%	\$0(1)	
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i> OIL .01%	\$0(1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln</i> 1%	\$0(1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp</i> 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%	\$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)
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</i> 0.5-2.5(3) mg/3ml	\$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)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ipratropium bromide</i> SOLN .02%	\$0(1)	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal)</i> SOLN .03%, .06%	\$0(1)	
ANTI-HISTAMINES - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
AHIST TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
ALA-HIST IR TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>alavert</i> TBDP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>all day allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>all day allergy childrens</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>all-day allergy childrens</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>aller-chlor</i> TABS 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>aller-ease</i> TABS 60mg	\$0(3)	NM; *
<i>allergy</i> TABS 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>allergy childrens</i> LIQD 12.5mg/5ml; SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief</i> CAPS 25mg; TABS 4mg, 10mg, 25mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief 24hr</i> TABS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief childrens</i> LIQD 12.5mg/5ml; SOLN 1mg/ml, 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief/indoor/out</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>allergy-time</i> TABS 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>azelastine hcl</i> SOLN .1%, .15%	\$0(1)	
<i>banophen</i> CAPS 25mg, 50mg; TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hcl</i> CHEW 5mg, 10mg; TABS 5mg, 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hcl</i> SOLN 1mg/ml	\$0(1)	
<i>cetirizine hcl allergy ch</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hcl childrens</i> SOLN 1mg/ml, 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hydrochloride</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>childrens loratadine</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>chlorpheniramine maleate</i> TABS 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>complete allergy medicine</i> CAPS 25mg	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ciproheptadine hcl</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>diphenhist</i> CAPS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>diphenhydramine hcl</i> CAPS 25mg, 50mg; LIQD 12.5mg/5ml, 25mg/10ml; TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>diphenhydramine hcl</i> SOLN 50mg/ml	\$0(1)	
<i>ed chlorped jr</i> SYRP 2mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>fexofenadine hcl</i> TABS 60mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp all day allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp all day allergy child</i> SOLN 1mg/ml, 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy</i> CAPS 25mg; TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy childrens</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy relief</i> CAPS 25mg; TABS 4mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy relief maximu</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp childrens allergy</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp loratadine</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 10mg; TBDP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp loratadine childrens</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense all day allergy</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense aller-ease</i> TABS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense allergy relief</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
HISTEX SYRP 2.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
HISTEX PD LIQD .938mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm all day allergy childr</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm allergy relief</i> CAPS 25mg; TABS 4mg, 10mg, 25mg, 60mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm allergy relief childre</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm cetirizine hydrochlori</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm loratadine</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm loratadine childrens</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>24hr allergy relief</i> TABS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>hydroxyzine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml; SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>hydroxyzine pamoate</i> CAPS 25mg, 50mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> SOLN 2.5mg/5ml; TABS 5mg	\$0(1)	
<i>loratadine</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>loratadine childrens</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>m-dryl</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
PEDIACLEAR PD CHILDRENS LIQD .625mg/ml	\$0(3)	NM; *
PEDIAVENT SYRP 2mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>pharbedryl</i> CAPS 25mg, 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc all day allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc allergy childrens</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc childrens allergy</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc chlor-pheniramine</i> TABS 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc complete allergy medic</i> TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc fexofenadine hydrochlo</i> TABS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc loratadine allergy rel</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>siladryl allergy</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm all day allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm all day allergy childr</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy 4 hour</i> TABS 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy childrens</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy relief</i> LIQD 12.5mg/5ml; TABS 25mg, 60mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm fexofenadine hydrochlo</i> TABS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm loratadine</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>triprolidine hcl</i> LIQD .938mg/ml	\$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)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
LEUKOTRIENE MODULATORS		
<i>montelukast sodium</i> CHEW 4mg, 5mg; PACK 4mg; TABS 10mg	\$0(1)	
<i>zafirlukast</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	
MISCELLANEOUS		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	\$0(1)	B/D
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	\$0(1)	B/D
<i>cromolyn sodium (nasal)</i> AERS 5.2mg/act	\$0(3)	NM; *
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	\$0(1)	(generic of EpiPen)
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml	\$0(1)	(generic of Adrenaclick)
FASENRA SOSY 30mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
KALYDECO PACK 13.4mg, 25mg, 50mg, 75mg	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
KALYDECO TABS 150mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OFEV CAPS 100mg, 150mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
ORKAMBI GRA 75-94MG	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI GRA 100-125	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI GRA 150-188	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI TAB 100-125	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI TAB 200-125	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
<i>pirfenidone</i> CAPS 267mg	\$0(2)	NDS, QL (270 caps / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 267mg	\$0(2)	NDS, QL (270 tabs / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 534mg, 801mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml; SOLR 1000mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>roflumilast</i> TABS 250mcg, 500mcg	\$0(1)	
SYMDEKO TAB 50-75MG	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
SYMDEKO TAB 100-150	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
SYMJEPI SOSY .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	\$0(2)	
THEO-24 CP24 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	\$0(2)	
<i>theophylline</i> ELIX 80mg/15ml; SOLN 80mg/15ml; TB12 100mg, 200mg, 300mg, 450mg; TB24 400mg, 600mg	\$0(1)	
TRIKAFTA PAK 59.5MG	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
TRIKAFTA PAK 75MG	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XOLAIR SOLR 150mg; SOSY 75mg/0.5ml, 150mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
NASAL STEROIDS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
<i>allergy relief</i> SUSP 50mcg/act	\$0(3)	NM; *
<i>budesonide (nasal)</i> SUSP 32mcg/act	\$0(3)	NM; *
FLONASE ALLERGY RELIEF SUSP 50mcg/act	\$0(3)	NM; *
FLONASE ALLERGY RELIEF CH SUSP 50mcg/act	\$0(3)	NM; *
FLONASE SENSIMIST SUSP 27.5mcg/spray	\$0(3)	NM; *
<i>flunisolide (nasal)</i> SOLN .025%	\$0(1)	QL (3 bottles / 30 days)
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act	\$0(1)	QL (1 bottle / 30 days)
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act	\$0(3)	NM; *
<i>gnp budesonide nasal spra</i> SUSP 32mcg/act	\$0(3)	NM; *
<i>gnp fluticasone propionat</i> SUSP 50mcg/act	\$0(3)	NM; *
<i>hm allergy relief nasal s</i> SUSP 50mcg/act	\$0(3)	NM; *
<i>qc allergy relief</i> SUSP 50mcg/act	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy relief nasal s</i> SUSP 50mcg/act	\$0(3)	NM; *
XHANCE EXHU 93mcg/act	\$0(2)	QL (32 mL / 30 days), PA
STERIOD INHALANTS - DRUGS TO TREAT ASTHMA		
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
FLOVENT DISKUS AEPB 50mcg/blist	\$0(2)	QL (180 inhalations / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FLOVENT DISKUS AEPB 100mcg/blist, 250mcg/blist	\$0(2)	QL (240 inhalations / 30 days)
FLOVENT HFA AERO 44mcg/act, 110mcg/act, 220mcg/act	\$0(2)	QL (2 inhalers / 30 days)
PULMICORT FLEXHALER AEPB 90mcg/act	\$0(2)	QL (3 inhalers / 30 days)
PULMICORT FLEXHALER AEPB 180mcg/act	\$0(2)	QL (2 inhalers / 30 days)
STERIOD/BETA-AGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT ASTHMA AND COPD		
ADVAIR DISKU AER 100/50	\$0(2)	QL (60 inhalations / 30 days)
ADVAIR DISKU AER 250/50	\$0(2)	QL (60 inhalations / 30 days)
ADVAIR DISKU AER 500/50	\$0(2)	QL (60 inhalations / 30 days)
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)
SYMBICORT AER 80-4.5	\$0(2)	QL (3 inhalers / 30 days)
SYMBICORT AER 160-4.5	\$0(2)	QL (3 inhalers / 30 days)
TOPICAL - DRUGS TO TREAT EAR AND SKIN CONDITIONS		
DERMATOLOGY, ACNE		
accutane CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(1)	PA
acne medication 2.5 GEL 2.5%	\$0(3)	NM; *
acne medication 5 GEL 5%	\$0(3)	NM; *
acne medication 10 GEL 10%	\$0(3)	NM; *
ACNE MEDICATION 10 LOTN 10%	\$0(3)	NM; *
adapalene GEL .1%	\$0(3)	NM; *
amnestem CAPS 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	PA
benzoyl peroxide GEL 2.5%, 5%, 10%	\$0(3)	NM; *
benzoyl peroxide wash LIQD 5%	\$0(3)	NM; *
benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%	\$0(1)	QL (46.6 gm / 30 days)
claravis CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(1)	PA
clindamycin phosphate (topical) GEL 1%	\$0(1)	QL (75 gm / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> LOTN 1%; SOLN 1%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
DIFFERIN GEL .1%	\$0(3)	NM; *
ery PADS 2%	\$0(1)	QL (60 pledgets / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid)</i> SOLN 2%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>isotretinoin</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(1)	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> LOTN 10%	\$0(1)	QL (118 mL / 30 days)
<i>tretinoin</i> CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025%	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days), PA
<i>zenatane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(1)	PA
DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS		
<i>first aid antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gentamicin sulfate (topical)</i> CREA .1%; OINT .1%	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
<i>gnp triple antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm triple antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mupirocin</i> OINT 2%	\$0(1)	QL (220 gm / 30 days)
<i>silver sulfadiazine</i> CREA 1%	\$0(1)	
<i>sm triple antibiotic orig</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ssd</i> CREA 1%	\$0(1)	
SULFAMYLON CREA 85mg/gm	\$0(2)	QL (453.6 gm / 30 days)
<i>triple antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS		
<i>antifungal</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>athletes foot</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>baza antifungal</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>carrington antifungal</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>ciclopirox olamine</i> CREA .77%	\$0(1)	QL (90 gm / 30 days)
<i>ciclopirox olamine</i> SUSP .77%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole (topical)</i> CREA 1%	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
<i>clotrimazole (topical)</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>clotrimazole (topical)</i> SOLN 1%	\$0(1)	QL (30 mL / 30 days)
<i>clotrimazole antifungal</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i>	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
FUNGOID TINCTURE SOLN 2%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp athletes foot CREA 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tolnaftate CREA 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ketoconazole (topical) CREA 2%</i>	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>miconazole nitrate (topical) CREA 2%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nyamyc POWD 100000unit/gm</i>	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical) CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm</i>	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical) POWD 100000unit/gm</i>	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystop POWD 100000unit/gm</i>	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>qc tolnaftate CREA 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm antifungal clotrimazol CREA 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm antifungal miconazole CREA 2%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm antifungal tolnaftate CREA 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>soothe & cool inzo antifu CREA 2%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tolnaftate CREA 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tolnaftate antifungal CREA 1%</i>	\$0(3)	NM; *
DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS		
<i>acitretin CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg</i>	\$0(1)	PA
<i>calcipotriene OINT .005%</i>	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>calcipotriene SOLN .005%</i>	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days), PA
<i>calcitrene OINT .005%</i>	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>tazarotene CREA .1%</i>	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days), PA
TAZORAC CREA .05%	\$0(2)	QL (60 gm / 30 days), PA
DERMATOLOGY, ANTISEBORRHEICS		
<i>ketoconazole (topical) SHAM 2%</i>	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days)
<i>selenium sulfide LOTN 2.5%</i>	\$0(1)	
DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS		
<i>ala-cort CREA 1%, 2.5%</i>	\$0(1)	
<i>alclometasone dipropionate CREA .05%; OINT .05%</i>	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>anti-itch maximum strengt CREA 1%</i>	\$0(3)	NM; *

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

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

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

N.º de identificación del formulario: 00023088 v19

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 1%, 2.5%; LOTN 2.5%; OINT 2.5%	\$0(1)	
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA .5%, 1%; OINT 1%	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocortisone acetate (topical)</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocortisone maximum st</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocortisone/aloe maxim</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>mometasone furoate</i> CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	\$0(1)	
<i>scalpicin maximum strengt</i> SOLN 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm hydrocortisone</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm hydrocortisone maximum</i> OINT 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm hydrocortisone plus</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .1%	\$0(1)	QL (454 gm / 30 days)
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .025%, .5%; LOTN .025%, .1%; OINT .025%, .1%, .5%	\$0(1)	
DERMATOLOGY, LOCAL ANESTHETICS		
<i>glydo</i> PRSY 2%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> OINT 5%	\$0(1)	QL (50 gm / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> PTCH 5%	\$0(1)	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>lidocaine hcl</i> SOLN 4%	\$0(1)	QL (50 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine-prilocaine cream</i> 2.5-2.5%	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days), PA
DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE		
BETADINE SOLN 10%	\$0(3)	NM; *
<i>bexarotene (topical)</i> GEL 1%	\$0(2)	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA
<i>diclofenac sodium (topical)</i> GEL 1%	\$0(1)	QL (1000 gm / 30 days)
FIRST AID ANTISEPTIC OINT OINT 10%	\$0(3)	NM; *
<i>fluorouracil (topical)</i> CREA 5%	\$0(1)	QL (40 gm / 30 days)
<i>fluorouracil (topical)</i> SOLN 2%, 5%	\$0(1)	QL (10 mL / 30 days)
<i>hm povidone-iodine</i> SOLN 10%	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocortisone (rectal)</i> CREA 1%, 2.5%	\$0(1)	
<i>imiquimod</i> CREA 5%	\$0(1)	QL (24 packets / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> CREA 12%; LOTN 12%	\$0(1)	
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> LOTN 12%	\$0(3)	NM; *
<i>metronidazole (topical)</i> CREA .75%; GEL .75%	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
<i>metronidazole (topical)</i> LOTN .75%	\$0(1)	QL (59 mL / 30 days)
PANRETIN GEL .1%	\$0(2)	NDS, QL (60 gm / 30 days), PA
<i>podofilox</i> SOLN .5%	\$0(1)	QL (7 mL / 28 days)
<i>povidone-iodine</i> SOLN 10%	\$0(3)	NM; *
<i>procto-med hc</i> CREA 2.5%	\$0(1)	
<i>proctosol hc</i> CREA 2.5%	\$0(1)	
<i>proctozone-hc</i> CREA 2.5%	\$0(1)	
<i>qc povidone iodine</i> SOLN 10%	\$0(3)	NM; *
RECTIV OINT .4%	\$0(2)	QL (30 gm / 30 days)
RENOVA CREA .02%	\$0(3)	NM; *
RENOVA PUMP CREA .02%	\$0(3)	NM; *
<i>sm povidone-iodine</i> SOLN 10%	\$0(3)	NM; *
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1%	\$0(1)	QL (100 gm / 30 days)
VALCHLOR GEL .016%	\$0(2)	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, LA, PA
DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES		
<i>gnp lice treatment</i> LIQD 1%	\$0(3)	NM; *
<i>hm lice killing maximum s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm lice treatment</i> LIQD 1%	\$0(3)	NM; *
<i>lice killing maximum stre</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lice killing shampoo</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lice treatment creme rins</i> LIQD 1%	\$0(3)	NM; *
<i>malathion</i> LOTN .5%	\$0(1)	QL (59 mL / 30 days)
<i>permethrin</i> CREA 5%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>sm lice killing maximum s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm lice treatment</i> LOTN 1%	\$0(3)	NM; *
DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS		
REGRANEX GEL .01%	\$0(2)	NDS, QL (30 gm / 30 days), PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SANTYL OINT 250unit/gm	\$0(2)	QL (180 gm / 30 days)
sodium chloride (gu irrigant) SOLN .9%	\$0(1)	
water for irrigation, sterile irrigation soln	\$0(1)	
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS		
cevimeline hcl CAPS 30mg	\$0(1)	
chlorhexidine gluconate (mouth-throat) SOLN .12%	\$0(1)	
clotrimazole TROC 10mg	\$0(1)	QL (150 lozenges / 30 days)
lidocaine hcl (mouth-throat) SOLN 2%	\$0(1)	
nystatin (mouth-throat) SUSP 100000unit/ml	\$0(1)	
periogard SOLN .12%	\$0(1)	
pilocarpine hcl (oral) TABS 5mg, 7.5mg	\$0(1)	
triamcinolone acetonide (mouth) PSTE .1%	\$0(1)	

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

D. Índice de medicamentos cubiertos

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
*		<i>acne medication 2.5</i>	108
<i>*pediatric vitamins acid w/ fluoride soln</i>		<i>acne medication 5</i>	108
0.5 mg/ml***	96	<i>acne medication 10</i>	108
<i>*sodium phosphates - enema***</i>	81	ACNE MEDICATION 10	108
2		ACTHIB INJ	90
<i>24hr allergy relief</i>	104	ACTIMMUNE	89
3		<i>acyclovir</i>	16
<i>3 day vaginal</i>	84	<i>acyclovir sodium</i>	16
8		ADACEL INJ	90
<i>8 hour arthritis pain rel</i>	3	<i>adapalene</i>	108
<i>8hr muscle aches & pain</i>	3	<i>adefovir dipivoxil</i>	16
A		ADEMPAS	41
<i>abacavir sulfate</i>	13	ADRENALIN	40
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-</i>		<i>adult aspirin regimen</i>	2
300 mg	14	ADVAIR DISKU AER 100/50	108
ABELCET	12	ADVAIR DISKU AER 250/50	108
ABILIFY MAINTENA	49, 50	ADVAIR DISKU AER 500/50	108
<i>abiraterone acetate</i>	22	ADVAIR HFA AER 45/21	108
ABRYSVO	90	ADVAIR HFA AER 115/21	108
<i>acamprosate calcium</i>	57	ADVAIR HFA AER 230/21	108
<i>acarbose</i>	59	ADVIL	4
<i>accutane</i>	108	<i>advil junior strength</i>	4
<i>acebutolol hcl</i>	38	ADVIL MIGRAINE	4
<i>acetaminophen</i>	1	<i>afirmelle</i>	64
<i>acetaminophen extra stren</i>	1	<i>aftera</i>	64
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-</i>		AHIST	102
12 mg/5ml	7	AIMOVIG	55
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i> ..	7	<i>ala-cort</i>	110
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i> ..	7	ALA-HIST IR	102
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i> ..	7	<i>alavert</i>	102
<i>acetazolamide</i>	39	<i>alaway</i>	99
<i>acetic acid</i>	83	<i>alaway childrens allergy</i>	99
<i>acetic acid (otic)</i>	101	<i>albendazole</i>	9
<i>acetylcysteine</i>	105	<i>albuterol sulfate</i>	104, 105
<i>acid gone</i>	75	<i>alclometasone dipropionate</i>	110
<i>acid reducer</i>	79	ALDURAZYME	72
<i>acid reducer complete</i>	81	ALECENSA	24
<i>acid reducer maximum stre</i>	79	<i>alendronate sodium</i>	63
<i>acid reducer original str</i>	79	<i>alfuzosin hcl</i>	83
<i>acitretin</i>	110	<i>aliskiren fumarate</i>	40
		<i>all day allergy</i>	102
		<i>all day allergy childrens</i>	102
		<i>all-day allergy childrens</i>	102
		<i>all day pain relief</i>	4

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>all day relief</i>	4	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i>	31
<i>aller-chlor</i>	102	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i>	31
<i>aller-ease</i>	102	<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i>	33
<i>allergy</i>	102	<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>	33
<i>allergy childrens</i>	102	<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i>	33
<i>allergy relief</i>	102, 107	<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i>	33
<i>allergy relief 24hr</i>	102	<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i> 33	
<i>allergy relief childrens</i>	102	<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i>	
<i>allergy relief/indoor/out</i>	102	<i>5-320 mg</i>	33
<i>allergy-time</i>	102	<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i>	33
<i>allopurinol</i>	1	<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i>	33
<i>almacone double strength</i>	75	<i>amnestem</i>	108
<i>alosetron hcl</i>	81	<i>amoxapine</i>	47
<i>ALPHAGAN P</i>	99	<i>amoxicillin</i>	19
<i>alprazolam</i>	41	<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-28.5 mg</i>	19
<i>ALREX</i>	98	<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg</i>	19
<i>altavera</i>	64	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	19
<i>alumina/magnesia/simethic</i>	75	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	19
<i>ALUMINUM HYDROXIDE</i>	75	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	19
<i>alum & mag hydroxide-simethicone susp 200-200-20 mg/5ml</i>	75	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	19
<i>alum & mag hydroxide-simethicone susp 400-400-40 mg/5ml</i>	75	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i> ..	19
<i>ALUNBRIG</i>	24	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i> ..	19
<i>ALUNBRIG PAK</i>	24	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i> ...19	
<i>alyacen 1/35</i>	64	<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	19
<i>alyacen 7/7/7</i>	64	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	53
<i>amabelz</i>	70	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	53
<i>amantadine hcl</i>	48	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	53
<i>ambrisentan</i>	41		
<i>amethia</i>	64		
<i>amikacin sulfate</i>	9		
<i>amiloride hcl</i>	39		
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	39		
<i>amiodarone hcl</i>	36		
<i>amitriptyline hcl</i>	47		
<i>amlodipine besylate</i>	38		
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i>	31		
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i>	31		
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i>	31		
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i>	31		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i>		<i>anti-diarrheal</i>	77
24hr 20 mg.....	53	<i>antifungal</i>	109
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i>		<i>anti-gas/ and gnp antacid</i>	76
24hr 25 mg.....	53	<i>anti-itch maximum strengt</i>	110
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i>		<i>aprepitant</i>	78
24hr 30 mg	53	<i>aprepitant capsule therapy pack 80 &</i>	
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>		125 mg	78
5 mg.....	53	<i>apri</i>	64
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>		<i>APTIOM</i>	42
7.5 mg	53	<i>APTIVUS</i>	13
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>		<i>ARALAST NP</i>	105
10 mg	53	<i>aranelle</i>	64
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>		<i>ARCALYST</i>	89
12.5 mg	53	<i>AREXVY</i>	90
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>		<i>aripiprazole</i>	50
15 mg	53	<i>ARISTADA</i>	50
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>		<i>ARISTADA INITIO</i>	50
20 mg	53	<i>armodafinil</i>	57
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>		<i>ARNUITY ELLIPTA</i>	107
30 mg	53	<i>arthritis pain relief</i>	2
<i>amphotericin b</i>	12	<i>artificial eye</i>	100
<i>amphotericin b liposome</i>	12	<i>artificial tears</i>	100
<i>ampicillin</i>	19	<i>asenapine maleate</i>	50
<i>ampicillin sodium</i>	20	<i>ashlyna</i>	64
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-</i>		<i>aspirin</i>	2
0.5) gm	20	<i>ASPIRIN</i>	2
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1)</i>		<i>aspirin adult low dose</i>	2
gm.....	20	<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-</i>	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5</i>		200 mg	86
(1-0.5) gm	20	<i>aspirin low dose</i>	2
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3</i>		<i>aspirin low strength</i>	2
(2-1) gm.....	20	<i>atazanavir sulfate</i>	13
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15</i>		<i>atenolol</i>	38
(10-5) gm	20	<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	37
<i>anagrelide hcl</i>	85	<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	37
<i>anastrozole</i>	22	<i>athletes foot</i>	109
<i>ANORO ELLIPT AER 62.5-25</i>	101	<i>atomoxetine hcl</i>	53
<i>antacid</i>	75	<i>atorvastatin calcium</i>	36
<i>antacid/antigas liquid</i>	75	<i>atovaquone</i>	9
<i>antacid anti-gas maximum</i>	75	<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i>	12
<i>antacid calcium regular s</i>	75	<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i> ...	12
<i>antacid extra strength</i>	75	<i>ATROPINE SULFATE</i>	100
<i>antacid maximum strength</i>	75	<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i>	100
<i>antacid plus anti-gas rel</i>	75	<i>ATROVENT HFA</i>	101
<i>antacid regular strength</i>	75	<i>aubra eq</i>	64
<i>antacid ultra strength</i>	75	<i>aurovela 1/20</i>	64

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>aurovela 24 fe</i>	64	BENLYSTA	90
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	64	<i>benzoyl peroxide</i>	108
<i>aurovela fe 1/20</i>	64	<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i> ..	108
AUSTEDO	55	<i>benzoyl peroxide wash</i>	108
AUSTEDO XR	55	<i>benztropine mesylate</i>	48
AUSTEDO XR TAB TITR KIT	55	BERINERT	86
AUVELITY TAB 45-105MG	47	BESIVANCE	98
<i>aviane</i>	64	BESREMI	23
<i>ayuna</i>	64	BETADINE	112
AYVAKIT	25	<i>betaine powder for oral solution</i>	72
<i>azacitidine</i>	22	<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	111
<i>azathioprine</i>	90	<i>betamethasone dipropionate (topical)</i>	111
<i>azelastine hcl</i>	102	<i>betamethasone valerate</i>	111
<i>azelastine hcl (ophth)</i>	99	BETASERON	56
<i>azithromycin</i>	18	<i>betaxolol hcl</i>	38
<i>aztreonam</i>	9	<i>betaxolol hcl (ophth)</i>	99
<i>azurette</i>	64	<i>bethanechol chloride</i>	83
B		BETOPTIC-S	99
<i>bacitracin (ophthalmic)</i>	98	BEVESPI AER 9-4.8MCG	101
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	98	<i>bexarotene</i>	24
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth</i> <i>oint 1%</i>	97	<i>bexarotene (topical)</i>	112
<i>baclofen</i>	56	BEXSERO INJ	90
BACMIN TAB	95	<i>bicalutamide</i>	22
BAFIERTAM	56	BICILLIN L-A	20
<i>balsalazide disodium</i>	79	BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	15
BALVERSA	25	BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	15
<i>balziva</i>	64	BINAXNOW COV KIT HOME TES	9
<i>banophen</i>	102	<i>bisacodyl</i>	80
BARACLUDE	16	<i>bisacodyl ec</i>	80
BASAGLAR KWIKPEN	61	<i>bismatrol</i>	77
<i>baza antifungal</i>	109	<i>bismuth subsalicylate</i>	77
BCG VACCINE	90	<i>bisoprolol fumarate</i>	38
BD ALCOHOL SWABS	61	<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-</i> <i>6.25 mg</i>	37
BELSOMRA	54	<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> <i>5-6.25 mg</i>	37
<i>benazepril hcl</i>	32	<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-</i> <i>6.25 mg</i>	37
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i> <i>5-6.25mg</i>	31	BIVIGAM	89
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-</i> <i>12.5 mg</i>	31	<i>blisovi 24 fe</i>	64
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-</i> <i>12.5 mg</i>	31	<i>blisovi fe 1.5/30</i>	64
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-</i> <i>25 mg</i>	31	BOOSTRIX INJ	90
BENDEKA	21	<i>bortezomib</i>	25
		BORTEZOMIB	25
		<i>bosentan</i>	41
		BOSULIF	25

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
BP VIT 3 CAP	95	<i>calcitrene</i>	110
BRAFTOVI	25	<i>calcitriol</i>	75
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG.....	108	<i>calcitriol (oral)</i>	75
BREO ELLIPTA INH 100-25	108	<i>calcium 600+d</i>	95
BREO ELLIPTA INH 200-25	108	<i>calcium acetate (phosphate binder)</i>	73
BREZTRI AERO AER SPHERE	101	<i>calcium antacid</i>	75
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	101	<i>calcium antacid extra str</i>	75
<i>briellyn</i>	64	<i>calcium carbonate</i>	95
BRILINTA	86	<i>calcium carbonate (antacid)</i>	75
<i>brimonidine tartrate</i>	99	<i>calcium carbonate-cholecalciferol tab</i> 600 mg-5 mcg(200 unit)	95
<i>brinzolamide</i>	99	<i>calcium high potency</i>	95
BRIVIACT	42	<i>calcium high potency + vi</i>	95
<i>bromocriptine mesylate</i>	48	<i>cal-gest antacid</i>	75
BROMSITE	98	CALQUENCE.....	25
BRUKINSA	25	<i>camila</i>	64
<i>budesonide</i>	79	<i>camrese</i>	64
<i>budesonide (inhalation)</i>	107	<i>camrese lo</i>	64
<i>budesonide (nasal)</i>	107	<i>candesartan cilexetil</i>	35
<i>bumetanide</i>	39	<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i> tab 16-12.5 mg.....	34
<i>buprenorphine</i>	6	<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i> tab 32-12.5 mg	34
<i>buprenorphine hcl</i>	57	<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i> tab 32-25 mg	34
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 2-0.5 mg (base equiv)	57	CAPLYTA.....	50
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 4-1 mg (base equiv).....	57	CAPRELSA	25
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 8-2 mg (base equiv).....	57	<i>captopril</i>	32
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 12-3 mg (base equiv)	57	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-</i> 15 mg	31
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i> 2-0.5 mg (base equiv)	57	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-</i> 25 mg.....	31
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i> 8-2 mg (base equiv).....	57	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-</i> 15 mg	32
<i>bupropion hcl</i>	47	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-</i> 25 mg.....	32
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i>	57	<i>carbamazepine</i>	42
<i>buspirone hcl</i>	41	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-</i> 50-200 mg	49
<i>butorphanol tartrate</i>	7	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-</i> 75-200 mg	49
BYDUREON BCISE	59	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-</i> 100-200 mg	49
BYETTA	59	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-</i> 125-200 mg.....	49
C			
<i>cabergoline</i>	72		
CABOMETYX.....	25		
<i>calcipotriene</i>	110		
<i>calcitonin (salmon) spray</i>	63		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	49	CERDELGA.....	72
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	49	CEREZYME	72
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	49	<i>cetirizine hcl</i>	102
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	49	<i>cetirizine hcl allergy ch</i>	102
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	49	<i>cetirizine hcl childrens</i>	102
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	49	<i>cetirizine hydrochloride</i>	102
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	49	<i>cevimeline hcl</i>	114
<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg</i>	48	<i>chateal</i>	64
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i>	48	CHEMET.....	63
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i>	49	<i>childrens acetaminophen</i>	2
<i>carboplatin</i>	21	CHILDRENS ADVIL	4
<i>carboxymethylcellulose sodium (ophth)</i>	100	<i>childrens ibuprofen</i>	4
CARESTART KIT COVID-19	9	<i>childrens loratadine</i>	102
<i>carglumic acid</i>	72	<i>childrens silapap</i>	2
<i>carisoprodol</i>	56	<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>	114
<i>carrington antifungal</i>	109	<i>chloroquine phosphate</i>	13
<i>carteolol hcl (ophth)</i>	99	<i>chlorpheniramine maleate</i>	102
<i>cartia xt</i>	38	<i>chlorpromazine hcl</i>	50
<i>carvedilol</i>	38	<i>chlorthalidone</i>	39
<i>caspofungin acetate</i>	12	<i>cholecalciferol</i>	95
CAYSTON	9	<i>cholestyramine</i>	37
<i>cefaclor</i>	17	<i>cholestyramine light</i>	37
CEFACLOR ER	17	<i>chromic chloride</i>	94
<i>cefadroxil</i>	17	<i>ciclopirox olamine</i>	109
CEFAZOLIN	17	<i>cilostazol</i>	86
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	17	CILOXAN	98
<i>cefazolin sodium</i>	17	CIMDUO TAB 300-300	15
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%.....	17	<i>cinacalcet hcl</i>	72
<i>cefdinir</i>	17	CIPRO	19
<i>cefepime hcl</i>	17	<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	19
<i>cefixime</i>	18	<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	19
<i>cefoxitin sodium</i>	18	<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	101
<i>cefpodoxime proxetil</i>	18	<i>ciprofloxacin hcl</i>	19
<i>cefprozil</i>	18	<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i>	98
<i>ceftazidime</i>	18	<i>cisplatin</i>	21
<i>ceftriaxone sodium</i>	18	<i>citalopram hydrobromide</i>	47
<i>cefuroxime axetil</i>	18	<i>claravis</i>	108
<i>cefuroxime sodium</i>	18	<i>clarithromycin</i>	18
<i>celecoxib</i>	4	<i>clindamycin hcl</i>	9
CELONTIN.....	42	<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	9
<i>cephalexin</i>	18	<i>clindamycin phosphate</i>	9
		<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	9
		<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i>	9

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i>		COMPLERA TAB	15
900 mg/50ml	9	<i>complete allergy medicine</i>	102
<i>clindamycin phosphate (topical)</i>	108, 109	<i>compro</i>	78
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	84	<i>constulose</i>	80
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	9	COPIKTRA	25
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	9	COPPER	94
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	9	CORLANOR	40
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	94	<i>corvita</i>	95
CLINIMIX INJ 4.25/D10	94	COTELLIC	25
CLINIMIX INJ 5%/D15W	94	COVID-19 AT- KIT 1-PACK	9
CLINIMIX INJ 5%/D20W	94	COVID-19 RAP KIT 1-PACK	9
CLINIMIX INJ 6/5	94	COVID-19 RAP KIT 2-PACK	9
CLINIMIX INJ 8/10	94	CREON CAP 3000UNIT	82
CLINIMIX INJ 8/14	94	CREON CAP 6000UNIT	82
<i>clisol sf 15%</i>	94	CREON CAP 12000UNT	82
CLINITEST KIT SELF-TST	9	CREON CAP 24000UNT	82
CLINOLIPID EMU 20%	94	CREON CAP 36000UNT	82
<i>clobazam</i>	42	<i>cromolyn sodium</i>	105
<i>clobetasol propionate</i>	111	<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i>	81
<i>clobetasol propionate e</i>	111	<i>cromolyn sodium (nasal)</i>	105
<i>clomipramine hcl</i>	47	<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	99
<i>clonazepam</i>	42	<i>cryselle-28</i>	64
<i>clonidine</i>	40	<i>cyanocobalamin</i>	95
<i>clonidine hcl</i>	40	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	56
<i>clopidogrel bisulfate</i>	86	<i>cyclophosphamide</i>	21
<i>clorazepate dipotassium</i>	42	CYCLOPHOSPHAMIDE	21
<i>clotrimazole</i>	114	CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR	21
<i>clotrimazole 3</i>	84	<i>cycloserine</i>	16
<i>clotrimazole antifungal</i>	109	<i>cyclosporine</i>	90
<i>clotrimazole (topical)</i>	109	<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> ..	90
<i>clotrimazole vaginal</i>	84	<i>cyproheptadine hcl</i>	103
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i>		<i>cyred eq</i>	64
1-0.05%	110	CYSTADROPS	100
<i>clozapine</i>	50	CYSTAGON	72
COARTEM TAB 20-120MG	13	CYSTARAN	100
COLACE	80	<i>cytarabine</i>	22
<i>colchicine</i>	1		
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	1	D	
<i>colesevelam hcl</i>	37	D2.5W/NACL INJ 0.45%	92
<i>colestipol hcl</i>	37	D5W/LYTES INJ #48	92
<i>colistimethate sodium</i>	9	D10W/NACL INJ 0.2%	92
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	99	<i>dalfampridine</i>	56
COMBIVENT AER 20-100	101	<i>danazol</i>	70
COMETRIQ (60MG DOSE)	25	<i>dantrolene sodium</i>	57
COMETRIQ KIT 100MG	25	<i>dapsone</i>	10
COMETRIQ KIT 140MG	25	DAPTACEL INJ	90

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>daptomycin</i>	10	<i>diazepam</i>	42
DAPTOMYCIN	10	<i>diazepam (anticonvulsant)</i>	43
<i>darunavir</i>	13	<i>diazepam inj</i>	43
<i>dasetta 1/35</i>	64	<i>diazoxide</i>	71
<i>dasetta 7/7/7</i>	64	<i>diclofenac potassium</i>	4
DAURISMO	25	<i>diclofenac sodium</i>	5
<i>daysee</i>	64	<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	98
DAYVIGO	54	<i>diclofenac sodium (topical)</i>	112
<i>deblitane</i>	64	<i>dicloxacillin sodium</i>	20
<i>deferasirox</i>	63	<i>dicyclomine hcl</i>	78
DELESTROGEN	70	DIFFERIN	109
DELSTRIGO TAB.....	15	DIFICID	18
DENGVAIXA SUS.....	91	<i>diflunisal</i>	5
<i>depo-testosterone</i>	59	<i>difluprednate</i>	98
DESCOVY TAB 120-15MG	15	<i>digoxin</i>	40
DESCOVY TAB 200/25MG	15	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	55
<i>desipramine hcl</i>	47	DILANTIN	43
<i>desmopressin acetate</i>	72	DILANTIN-125.....	43
<i>desmopressin acetate spray</i>	72	DILANTIN INFATABS	43
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i>	72	<i>diltiazem hcl</i>	39
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-</i> <i>0.02/0.01 mg(21/5)</i>	65	<i>diltiazem hcl coated beads</i>	39
<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-</i> <i>30 mcg</i>	65	<i>diltiazem hcl extended release beads</i>	39
<i>desvenlafaxine succinate</i>	47	<i>dilt-xr</i>	38
<i>dexamethasone</i>	71	<i>diphenhist</i>	103
DEXAMETHASONE INTENSOL	71	<i>diphenhydramine hcl</i>	103
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	71	<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-</i> <i>0.025 mg/5ml</i>	81
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i>	98	<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i>	81
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	53	DIP/TET PED INJ 25-5LFU.....	91
<i>dextrose</i>	94	<i>dipyridamole</i>	86
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	92	<i>disopyramide phosphate</i>	36
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	92	<i>disulfiram</i>	57
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	92	<i>divalproex sodium</i>	43
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	92	<i>docetaxel</i>	24
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	92	DOCETAXEL	24
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	92	<i>docu</i>	80
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i>	92	<i>docusate calcium</i>	80
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i>	92	<i>docusate sodium</i>	80
DIACOMIT	42	<i>dofetilide</i>	36
<i>dialyvite</i>	95	<i>dok</i>	80
DIALYVITE TAB 3000	95	<i>donepezil hydrochloride</i>	46
DIALYVITE TAB 5000	95	DOPTelet	86
DIALYVITE TAB SUPREM D.....	95	<i>dorzolamide hcl</i>	99
DIALYVITE/ TAB ZINC	95	<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln</i> <i>2-0.5%</i>	99
DIATRUST KIT COVID-19.....	10	<i>dotti</i>	70

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
DOVATO TAB 50-300MG.....	15	<i>eluryng</i>	65
<i>doxazosin mesylate</i>	33	EMCYT	22
<i>doxepin hcl</i>	47	<i>emoquette</i>	65
<i>doxepin hcl (sleep)</i>	54	EMSAM	47
<i>doxorubicin hcl</i>	22	<i>emtricitabine</i>	13
<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	22	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i> <i>tab 100-150 mg</i>	15
<i>doxy 100</i>	21	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i> <i>tab 133-200 mg</i>	15
<i>doxycycline hyclate</i>	21	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i> <i>tab 167-250 mg</i>	15
<i>doxycycline (monohydrate)</i>	21	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i> <i>tab 200-300 mg</i>	15
DRISDOL	95	EMTRIVA	13
DRIZALMA SPRINKLE	47	EMVERM	10
<i>dronabinol</i>	78	<i>enalapril maleate</i>	32
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab</i> <i>3-0.02 mg</i>	65	<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab</i> <i>5-12.5 mg</i>	32
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab</i> <i>3-0.03 mg</i>	65	<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab</i> <i>10-25 mg</i>	32
<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate</i> <i>tab 3-0.03-0.451 mg</i>	65	ENBREL	87
DROXIA	86	ENBREL MINI	87
<i>droxidopa</i>	40	ENBREL SURECLICK	87
<i>duloxetine hcl</i>	47	ENDARI.....	86
DUPIXENT	87	<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	7
<i>dutasteride</i>	83	<i>endocet tab 5-325mg</i>	7
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i>	83	<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	7
E		<i>endocet tab 10-325mg</i>	7
<i>ec-naproxen</i>	5	<i>enema ready-to-use</i>	80
<i>econtra ez</i>	65	ENGERIX-B.....	91
<i>econtra one-step</i>	65	<i>enilloring</i>	65
<i>ed-apap</i>	2	ENLYTE CAP	95
<i>ed chlorped jr</i>	103	<i>enoxaparin sodium</i>	85
EDURANT	13	<i>enpresse-28</i>	65
<i>e.e.s. 400</i>	18	<i>enskyce</i>	65
<i>efavirenz</i>	13	ENSTILAR AER	111
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-</i> <i>200-300 mg</i>	15	<i>entacapone</i>	49
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-</i> <i>300-300 mg</i>	15	<i>entecavir</i>	16
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-</i> <i>300-300 mg</i>	15	ENTRESTO TAB 24-26MG.....	34
ELIGARD	22	ENTRESTO TAB 49-51MG	34
<i>elinest</i>	65	ENTRESTO TAB 97-103MG	34
ELIQUIS	84	<i>enulose</i>	80
ELIQUIS STARTER PACK	84	EPCLUSA PAK 150-37.5	16
ELLENCÉ	22	EPCLUSA PAK 200-50MG	16
ELLUME COV19 KIT HOME TES	10	EPCLUSA TAB 200-50MG.....	16
		EPCLUSA TAB 400-100	16

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
EPIDIOLEX	43	everolimus	25
epinephrine (anaphylaxis)	40, 105	everolimus (immunosuppressant)	90
epitol	43	EVOTAZ TAB 300-150	15
EPIVIR HBV	16	exemestane	23
eplerenone	33	EXKIVITY	25
EPRONTIA	43	eye itch relief	99
ergocalciferol	95	EYSUVIS	98
ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg	55	ezetimibe	37
ERIVEDGE	25	ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg	37
ERLEADA	23	ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg	37
erlotinib hcl	25	ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg	37
errin	65	ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg	37
ertapenem sodium	10	F	
ery	109	fabb	95
ery-tab	18	FABRAZYME	72
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	18	falmina	65
erythrocine stearate	18	famciclovir	16
erythromycin (acne aid)	109	famotidine	79
erythromycin base	18	famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml	79
erythromycin ethylsuccinate	18	famotidine maximum streng	79
erythromycin lactobionate	18	famotidine original stren	79
erythromycin (ophth)	98	FANAPT	50
escitalopram oxalate	47	FANAPT PAK	50
esomeprazole magnesium	82	FARXIGA	59
estarylla	65	FASENRA	105
estradiol	70	FASENRA PEN	105
estradiol & norethindrone acetate tab 0.5- 0.1 mg	70	felbamate	43
estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg	70	felodipine	39
estradiol vaginal	70	femynor	65
estradiol valerate	70	fenofibrate	36
eszopiclone	54	fenofibrate micronized	36
ethambutol hcl	16	fentanyl	6
ethosuximide	43	fentanyl citrate	7
ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg	65	fesoterodine fumarate	83
ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg	65	FETZIMA	47
etodolac	5	FETZIMA CAP TITRATIO	47
etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.120- 0.015 mg/24hr	65	feverall adults	2
etoposide	24	feverall childrens	2
etravirine	13	FEVERALL INFANTS	2
EULEXIN	23	FEVERALL JUNIOR STRENGTH	2
euthyrox	74	fexofenadine hcl	103
		FIASP FLEX INJ TOUCH	61
		FIASP INJ 100/ML	61
		FIASP PENFIL INJ U-100	61
		FIASP PMPCRT INJ U-100	61

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>finasteride</i>	83	<i>fondaparinux sodium</i>	85
<i> fingolimod hcl</i>	56	FORTEO.....	63
FINTEPLA.....	43	<i>fosamprenavir calcium</i>	13
<i>finzala</i>	65	<i>fosinopril sodium</i>	32
<i>first aid antibiotic</i>	109	<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab</i> 10-12.5 mg	32
FIRST AID ANTISEPTIC OINT	112	<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab</i> 20-12.5 mg	32
<i>flac</i>	101	FOTIVDA.....	26
FLAREX	99	<i>fulvestrant</i>	23
FLEBOGAMMA DIF	89	FUNGOID TINCTURE	110
<i>flecainide acetate</i>	36	<i>furosemide</i>	39
FLEET ENE	80	<i>furosemide inj</i>	39
FLEET ENE ENEMA	80	FUZEON.....	13
FLEET ENE PED	80	<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	70
FLONASE ALLERGY RELIEF	107	<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	70
FLONASE ALLERGY RELIEF CH	107	FYCOMPA	43
FLONASE SENSIMIST	107	G	
FLORIVA CHW 0.5MG	95	<i>gabapentin</i>	43
FLORIVA CHW 0.25MG	95	<i>galantamine hydrobromide</i>	46
FLORIVA CHW 1MG	95	GAMASTAN INJ	89
FLOVENT DISKUS	107, 108	GAMMAGARD LIQUID	89
FLOVENT HFA	108	GAMMAGARD S/D IGA LESS TH.....	89
FLOWFLEX KIT TEST	10	GAMMAKED	89
<i>fluconazole</i>	12	GAMMAPLEX	89
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml</i> ..	12	GAMUNEX-C	89
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i> ..	12	<i>ganciclovir sodium</i>	16
<i>flucytosine</i>	12	GARDASIL 9 INJ.....	91
<i>fludrocortisone acetate</i>	71	<i>gatifloxacin (ophth)</i>	98
<i>flunisolide (nasal)</i>	107	GATTEX	81
<i>fluocinolone acetonide</i>	111	GAUZE PADS 2	61
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i>	101	<i>gavilyte-c</i>	80
<i>fluocinonide</i>	111	<i>gavilyte-g</i>	80
<i>fluocinonide emulsified base</i>	111	GAVISCON SUS.....	75
<i>fluorometholone (ophth)</i>	99	GAVISCON SUS CHERRY	76
<i>fluorouracil</i>	22	GAVRETO	26
<i>fluorouracil (topical)</i>	112	<i>gefitinib</i>	26
<i>fluoxetine hcl</i>	47	<i>gemcitabine hcl</i>	22
<i>fluphenazine decanoate</i>	50	<i>gemfibrozil</i>	36
<i>fluphenazine hcl</i>	50	GEMTESA.....	83
<i>flurbiprofen</i>	5	<i>generlac</i>	80
<i>flurbiprofen sodium</i>	99	<i>gengraf</i>	90
<i>fluticasone propionate</i>	111	GENOTROPIN	72
<i>fluticasone propionate (nasal)</i>	107	GENOTROPIN MINIQUEICK.....	72
<i>fluvoxamine maleate</i>	41	<i>gentak</i>	98
FOLBIC TAB	95		
<i>folic acid</i>	96		
FOLTRATE TAB	96		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	10	<i>gnp artificial tears</i>	100
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	10	<i>gnp aspirin</i>	2
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	10	<i>gnp aspirin low dose</i>	2
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	10	<i>gnp athletes foot</i>	110
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	10	<i>gnp budesonide nasal spra</i>	107
<i>gentamicin sulfate</i>	10	<i>gnp childrens allergy</i>	103
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>	98	<i>gnp childrens ibuprofen</i>	5
<i>gentamicin sulfate (topical)</i>	109	<i>gnp clearlax</i>	80
GENTEAL SEVERE TEARS	100	<i>gnp clotrimazole 3</i>	84
<i>genteal tears night-time</i>	100	<i>gnp fiber powder</i>	80
<i>gentle laxative</i>	80	<i>gnp fluticasone propionat</i>	107
GENVOYA TAB	15	<i>gnp foaming antacid</i>	76
GILOTRIF	26	<i>gnp gentle laxative</i>	80
<i>glatiramer acetate</i>	56	<i>gnp hydrocortisone</i>	111
<i>glatopa</i>	56	<i>gnp hydrocortisone/aloe</i>	111
GLEOSTINE	21	<i>gnp hydrocortisone maximu</i>	111
<i>glimepiride</i>	59	<i>gnp hydrocortisone plus</i>	111
<i>glipizide</i>	59	<i>gnp ibuprofen</i>	5
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	59	<i>gnp ibuprofen childrens</i>	5
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	59	<i>gnp ibuprofen infants</i>	5
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	59	<i>gnp infants pain/fever</i>	2
<i>glipizide xl</i>	59	<i>gnp k-pec</i>	77
<i>glycopyrrolate</i>	78	<i>gnp lansoprazole</i>	82
<i>glydo</i>	112	<i>gnp lice treatment</i>	113
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	59	<i>gnp loperamide hydrochlor</i>	77
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	60	<i>gnp loratadine</i>	103
<i>gnp 8 hour arthritis reli</i>	2	<i>gnp loratadine childrens</i>	103
<i>gnp 8 hour pain relief</i>	2	<i>gnp lubricating plus eye</i>	100
<i>gnp 8 hour pain reliever</i>	2	<i>gnp miconazole 1 combinat</i>	84
<i>gnp acetaminophen</i>	2	<i>gnp miconazole 3</i>	84
<i>gnp acetaminophen extra s</i>	2	<i>gnp miconazole 7</i>	84
<i>gnp acid reducer</i>	79	<i>gnp naproxen</i>	5
<i>gnp acid reducer maximum</i>	79	<i>gnp naproxen sodium</i>	5
<i>gnp adult aspirin low str</i>	2	<i>gnp nicotine gum</i>	57
<i>gnp all day allergy</i>	103	<i>gnp nicotine mini lozenge</i>	57
<i>gnp all day allergy child</i>	103	<i>gnp nicotine polacrilex</i>	57
<i>gnp allergy</i>	103	<i>gnp nicotine polacrilex m</i>	58
<i>gnp allergy childrens</i>	103	<i>gnp nicotine transdermal</i>	58
<i>gnp allergy relief</i>	103	<i>gnp omeprazole</i>	82
<i>gnp allergy relief maximu</i>	103	<i>gnp pain & fever children</i>	2
<i>gnp antacid and anti-gas/</i>	76	<i>gnp pain relief</i>	2
<i>gnp antacid anti-gas/maxi</i>	76	<i>gnp pain relief extra str</i>	2
<i>gnp antacid & anti-gas/re</i>	76	<i>gnp pink bismuth</i>	77
<i>gnp antacid extra strengt</i>	76	<i>gnp stomach relief</i>	77
<i>gnp antacid/regular stren</i>	76	<i>gnp stool softener</i>	80
<i>gnp anti-diarrheal</i>	77	<i>gnp tolnaftate</i>	110

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>gnp triple antibiotic</i>	109	HAVRIX.....	91
<i>gnp ultra stomach relief</i>	77	<i>healthylax</i>	80
<i>gnp womens gentle laxativ</i>	80	<i>heartburn relief</i>	79
GOLYTELY SOL	80	<i>heartburn relief extra st</i>	76
<i>goodsense all day allergy</i>	103	<i>heartburn relief maximum</i>	79
<i>goodsense aller-ease</i>	103	<i>heather</i>	65
<i>goodsense allergy relief</i>	103	HEPARIN/NACL INJ 25000UNT	85
<i>goodsense anti-diarrheal</i>	77	<i>heparin sodium (porcine)</i>	85
<i>goodsense arthritis pain</i>	2	HEPLISAV-B.....	91
<i>goodsense aspirin</i>	2	HEP SOD/D5W INJ 20000UNT	85
<i>goodsense ibuprofen</i>	5	HEP SOD/D5W INJ 25000UNT	85
<i>goodsense ibuprofen child</i>	5	HEP SOD/NACL INJ 12500UNT	85
<i>goodsense ibuprofen infan</i>	5	HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	85
<i>goodsense lansoprazole</i>	82	HERCEP HYLEC SOL 60-10000.....	26
<i>goodsense lubricating plu</i>	100	HERCEPTIN	26
<i>goodsense naproxen sodium</i>	5	HERZUMA	26
<i>goodsense nicotine</i>	58	HIBERIX	91
<i>goodsense nicotine gum</i>	58	HISTEX	103
<i>goodsense nicotine polacr</i>	58	HISTEX PD	103
<i>goodsense pain & fever ch</i>	2	<i>hm advanced antacid maxim</i>	76
<i>goodsense pain & fever in</i>	3	<i>hm all day allergy childr</i>	103
<i>goodsense pain relief</i>	3	<i>hm allergy relief</i>	103
<i>goodsense pain relief ext</i>	3	<i>hm allergy relief childre</i>	103
<i>goodsense stomach relief</i>	77	<i>hm allergy relief nasal s</i>	107
<i>granisetron hcl</i>	78	<i>hm antacid</i>	76
<i>griseofulvin microsize</i>	12	<i>hm antacid anti-gas extra</i>	76
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	12	<i>hm antacid extra strength</i>	76
<i>guanfacine hcl</i>	40	<i>hm antacid regular streng</i>	76
<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	53, 54	<i>hm anti-diarrheal</i>	77
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	72	<i>hm arthritis pain relief</i>	3
GVOKE KIT	72	<i>hm aspirin</i>	3
GVOKE PFS.....	72	<i>hm aspirin ec low dose</i>	3
H		<i>hm calcium antacid extra</i>	76
HAEGARDA.....	86	<i>hm cetirizine hydrochlori</i>	103
<i>hailey 1.5/30</i>	65	<i>hm enema saline laxative</i>	80
<i>hailey 24 fe</i>	65	<i>hm famotidine</i>	79
<i>halobetasol propionate</i>	111	<i>hm gentle laxative</i>	80
<i>haloette</i>	65	<i>hm hydrocortisone/aloe ma</i>	111
<i>haloperidol</i>	50	<i>hm hydrocortisone plus</i>	111
<i>haloperidol decanoate</i>	50	<i>hm ibuprofen</i>	5
<i>haloperidol lactate</i>	51	<i>hm ibuprofen childrens</i>	5
HARVONI PAK 33.75-150MG.....	16	<i>hm ibuprofen ib</i>	5
HARVONI PAK 45-200MG.....	16	<i>hm ibuprofen infants</i>	5
HARVONI TAB 45-200MG	16	<i>hm lansoprazole</i>	82
HARVONI TAB 90-400MG	16	<i>hm laxative</i>	80
		<i>hm lice killing maximum s</i>	113

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>hm lice treatment</i>	113	<i>hydroxocobalamin acetate</i>	96
<i>hm loratadine</i>	103	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	88
<i>hm loratadine childrens</i>	103	<i>hydroxyurea</i>	24
<i>hm lubricating plus</i>	100	<i>hydroxyzine hcl</i>	104
<i>hm naproxen sodium</i>	5	<i>hydroxyzine pamoate</i>	104
<i>hm nicotine polacrilex</i>	58	HYSINGLA ER.....	7
<i>hm nicotine transdermal s</i>	58	I	
<i>hm omeprazole</i>	82	<i>ibandronate sodium</i>	63
<i>hm pain & fever childrens</i>	3	IBRANCE	26
<i>hm pain & fever infants</i>	3	<i>ibu</i>	5
<i>hm pain relief extra stre</i>	3	<i>ibu-200</i>	5
<i>hm pain reliever</i>	3	<i>ibuprofen</i>	5, 6
<i>hm pain reliever children</i>	3	<i>ibuprofen childrens</i>	6
<i>hm pain reliever infants</i>	3	<i>ibuprofen infants</i>	6
<i>hm povidone-iodine</i>	112	<i>ibuprofen junior strength</i>	6
<i>hm stomach relief</i>	77	<i>icatibant acetate</i>	86
<i>hm stool softener</i>	80	<i>iclevia</i>	65
<i>hm triple antibiotic</i>	109	ICLUSIG	26
HUMIRA	87	IDHIFA	26
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	87	IHEALTH 2-PK KIT COVID-19.....	10
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D	87	IHEALTH 5-PK KIT COVID-19	10
HUMIRA PEN	87	IHEALTH 40PK KIT COVID-19	10
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START	87	ILEVRO	99
HUMIRA PEN KIT PS/UV	87	<i>imatinib mesylate</i>	26
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S.....	87	IMBRUVICA.....	26
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	87	<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i>	
HUMULIN R U-500 (CONCENTR.....	61	250 mg	10
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	61	<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i>	
<i>hydralazine hcl</i>	40	500 mg	10
<i>hydrochlorothiazide</i>	40	<i>imipramine hcl</i>	47
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-</i>		<i>imiquimod</i>	112
325 mg/15ml.....	7	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	91
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg.</i> 7		INBRIJA	49
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-</i>		<i>incassia</i>	65
325 mg	7	INCRELEX	72
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg</i> 8		INCRUSE ELLIPTA.....	101
<i>hydrocodone bitartrate</i>	6	<i>indapamide</i>	40
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	8	INDICAID KIT COVID-19	10
<i>hydrocortisone</i>	71	INFANRIX INJ	91
<i>hydrocortisone acetate (topical)</i>	112	INFANTS ADVIL.....	6
<i>hydrocortisone/aloe maxim</i>	112	<i>infants ibuprofen</i>	6
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	79	INFLIXIMAB	87
<i>hydrocortisone maximum st</i>	112	INFUVITE INJ	96
<i>hydrocortisone (rectal)</i>	112	INFUVITE INJ ADULT	96
<i>hydrocortisone (topical)</i>	112	INFUVITE INJ PEDIATRI.....	96
<i>hydromorphone hcl</i>	8		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
INGREZZA.....	55	<i>jantoven</i>	85
INGREZZA CAP 40-80MG.....	56	JANUMET TAB 50-500MG.....	60
INLYTA.....	26	JANUMET TAB 50-1000	60
INQOVI TAB 35-100MG.....	22	JANUMET XR TAB 50-500MG.....	60
INREBIC.....	26	JANUMET XR TAB 50-1000	60
INSULIN PEN NEEDLES\ BD/NOVO	61	JANUMET XR TAB 100-1000.....	60
INSULIN SAFETY NEEDLES.....	61	JANUVIA	60
INSULIN SYRINGES\ BD	61	JARDIANCE	60
INTELENCE	13	<i>jasmiel</i>	66
INTELISWAB KIT COVID-19	10	<i>javygtor</i>	72
INTRALIPID.....	94	JAYPIRCA	27
INTRON A.....	89	JENTADUETO TAB 2.5-500	60
<i>introvale</i>	66	JENTADUETO TAB 2.5-850	60
INVEGA HAFYERA	51	JENTADUETO TAB 2.5-1000	60
INVEGA SUSTENNA	51	JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	60
INVEGA TRINZA.....	51	JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	60
IPOL INJ INACTIVE.....	91	<i>jinteli</i>	70
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3)</i> <i>mg/3ml</i>	101	<i>jolessa</i>	66
<i>ipratropium bromide</i>	102	<i>juleber</i>	66
<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	102	JULUCA TAB 50-25MG.....	15
<i>irbesartan</i>	35	<i>junel 1.5/30</i>	66
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-</i> <i>12.5 mg</i>	34	<i>junel 1/20</i>	66
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-</i> <i>12.5 mg</i>	34	<i>junel fe 1.5/30</i>	66
IRESSA	26	<i>junel fe 1/20</i>	66
<i>irinotecan hcl</i>	24	<i>junel fe 24</i>	66
ISENTRESS	13	K	
ISENTRESS HD	13	KADCYLA	27
<i>isibloom</i>	66	<i>kaitlib fe</i>	66
ISOLYTE-P INJ /D5W	92	KALYDECO	105
ISOLYTE-S INJ.....	92	KANJINTI.....	27
ISOLYTE-S INJ PH 7.4.....	92	<i>kariva</i>	66
<i>isoniazid</i>	16	<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl</i> <i>0.45% inj</i>	92
ISOPTO TEARS.....	100	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl</i> <i>0.2% inj</i>	92
<i>isosorbide dinitrate</i>	41	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl</i> <i>0.9% inj</i>	92
<i>isosorbide mononitrate</i>	41	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl</i> <i>0.45% inj</i>	92
<i>isotretinoin</i>	109	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	92
<i>isradipine</i>	39	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	93
<i>itraconazole</i>	12	<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% &</i> <i>nacl 0.45% inj</i>	93
<i>ivermectin</i>	10	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl</i> <i>0.9% inj</i>	93
IXIARO INJ	91		
J			
JAKAFI	26		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	93	LANTUS SOLOSTAR.....	62
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	93	<i>lapatinib ditosylate</i>	27
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%.....	93	<i>larin 1.5/30</i>	66
<i>kelnor 1/35</i>	66	<i>larin 1/20</i>	66
<i>kelnor 1/50</i>	66	<i>larin 24 fe</i>	66
KERENDIA.....	33	<i>larin fe 1.5/30</i>	66
KESIMPTA.....	56	<i>larin fe 1/20</i>	66
<i>ketoconazole</i>	12	<i>latanoprost</i>	99
<i>ketoconazole (topical)</i>	110	LATUDA.....	51
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>	99	<i>layolis fe</i>	66
<i>ketotifen fumarate (ophth)</i>	99	<i>leena</i>	66
KEVZARA.....	87, 88	<i>leflunomide</i>	89
KEYTRUDA.....	27	<i>lenalidomide</i>	23
KINRIX INJ.....	91	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE.....	27
KISQALI 200 DOSE.....	27	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE.....	27
KISQALI 200 PAK FEMARA.....	24	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE.....	27
KISQALI 400 DOSE.....	27	LENVIMA 12MG DAILY DOSE.....	27
KISQALI 400 PAK FEMARA.....	24	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE.....	27
KISQALI 600 DOSE.....	27	LENVIMA CAP 14 MG.....	27
KISQALI 600 PAK FEMARA.....	24	LENVIMA CAP 18 MG.....	27
<i>klor-con</i>	94	LENVIMA CAP 24 MG.....	27
<i>klor-con 8</i>	94	<i>lessina</i>	66
<i>klor-con 10</i>	94	<i>letrozole</i>	23
<i>klor-con m10</i>	94	<i>leucovorin calcium</i>	31
<i>klor-con m15</i>	94	LEUKERAN.....	21
<i>klor-con m20</i>	94	<i>leuprolide acetate</i>	23
KORLYM.....	72	<i>levalbuterol hcl</i>	105
K-PHOS.....	95	<i>levalbuterol tartrate</i>	105
KRAZATI.....	27	LEVEMIR.....	62
<i>kurvelo</i>	66	LEVEMIR FLEXPEN.....	62
L		LEVEMIR FLEXTOUCH.....	62
<i>labetalol hcl</i>	38	<i>levetiracetam</i>	44
<i>lacosamide</i>	43	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>	44
<i>lacosamide oral</i>	43	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	44
<i>lactated ringer's solution</i>	93	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	44
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	113	<i>levobunolol hcl</i>	99
<i>lactulose</i>	81	<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>	72
<i>lactulose (encephalopathy)</i>	81	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	104
<i>lamivudine</i>	13	<i>levofloxacin</i>	19
<i>lamivudine (hbv)</i>	17	<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	19
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	15	<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	19
<i>lamotrigine</i>	44	<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	19
<i>lansoprazole</i>	82	<i>levonest</i>	66
LANTUS.....	62		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>levonor-eth est tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg</i>		LONSURF TAB 15-6.14	22
<i>&eth est 0.01 mg</i>	66	LONSURF TAB 20-8.19	22
<i>levonorgestrel (emergency oc)</i>	67	<i>loperamide hcl</i>	77, 82
<i>levonorgestrel-eth estra tab</i>		<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-</i>	
<i>0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	67	<i>20 mg/ml)</i>	15
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day)</i>		<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	15
<i>tab 0.15-0.03 mg</i>	66	<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	15
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-</i>		<i>loratadine</i>	104
<i>20 mcg</i>	66	<i>loratadine childrens</i>	104
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab</i>		<i>lorazepam</i>	41, 42
<i>0.15 mg-30 mcg</i>	67	<i>lorazepam intensol</i>	42
<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth</i>		LORBRENA	27
<i>est tab 0.01mg(7)</i>	66	<i>loryna.....</i>	67
<i>levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) & eth</i>		<i>losartan potassium</i>	35
<i>est tab 0.01mg(7)</i>	66	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide</i>	
<i>levora 0.15/30-28.....</i>	67	<i>tab 50-12.5 mg.....</i>	34
<i>levo-t.....</i>	74	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide</i>	
<i>levothyroxine sodium</i>	74	<i>tab 100-12.5 mg</i>	34
<i>levoxyl</i>	74	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide</i>	
LEXIVA.....	13	<i>tab 100-25 mg</i>	34
<i>lice killing maximum stre</i>	113	LOTEMAX	99
<i>lice killing shampoo</i>	113	<i>lovastatin</i>	36
<i>lice treatment creme rins.....</i>	113	<i>low-ogestrel.....</i>	67
<i>lidocaine.....</i>	112	<i>loxapine succinate</i>	51
<i>lidocaine hcl</i>	112	<i>lubricant eye drops</i>	100
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	9	<i>lubricant eye nighttime</i>	100
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	114	<i>lubricating plus eye drop</i>	100
<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>	112	<i>lubricating tears eye dro</i>	100
<i>linezolid</i>	10	<i>lubrifresh p.m.</i>	100
LINEZOLID INJ 2MG/ML.....	10	LUCIRA CHECK KIT COVID-19	10
LINZESS	82	LUMAKRAS.....	27
<i>liothyronine sodium</i>	74	LUMIGAN	100
<i>lisinopril.....</i>	32	LUMIZYME	72
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-</i>		LUPRON DEPOT (1-MONTH)	23
<i>12.5 mg</i>	32	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	23
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-</i>		LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH.....	73
<i>12.5 mg</i>	32	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH.....	73
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-</i>		LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH.....	73
<i>25 mg.....</i>	32	<i>lurasidone hcl.....</i>	51
LITHIUM	56	<i>lutra</i>	67
<i>lithium carbonate</i>	56	<i>lyleq</i>	67
<i>loestrin 1.5/30-21.....</i>	67	<i>lyllana</i>	70
<i>loestrin 1/20-21.....</i>	67	LYNPARZA	27
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	67	LYSODREN.....	23
<i>loestrin fe 1/20.....</i>	67	LYTGOBI.....	27
LOKELMA.....	63	<i>lyza.....</i>	67

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
M			
MAG-AL LIQ.....	76	metadate er	54
mag-al plus	76	metamucil	81
mag-al plus xs	76	metformin hcl	60
magnesium oxide	76	methadone hcl	7
magnesium sulfate	93	methadone hydrochloride i	7
MAGNESIUM SULFATE	93	methazolamide	40
magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml.....	93	methenamine hippurate.....	10
malathion	113	methimazole	74
manganese chloride	95	methocarbamol.....	57
mapap	3	methotrexate sodium	22, 89
mapap acetaminophen extra	3	methsuximide.....	44
mapap arthritis pain.....	3	methylphenidate hcl	54
mapap childrens	3	methylprednisolone.....	71
maraviroc	13	methylprednisolone acetate.....	71
marlissa	67	methylprednisolone sod succ	71
MARPLAN	47	metoclopramide hcl	78
MATULANE.....	24	metolazone	40
MAVYRET PAK 50-20MG	17	metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50- 25 mg.....	37
MAVYRET TAB 100-40MG	17	metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100- 25 mg.....	38
m-dryl.....	104	metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100- 50 mg	38
meclizine hcl.....	78	metoprolol succinate.....	38
medroxyprogesterone acetate	74	metoprolol tartrate.....	38
medroxyprogesterone acetate (contraceptive)	67	metronidazole	10
mefloquine hcl.....	13	metronidazole (topical)	113
megestrol acetate.....	23, 74	metronidazole vaginal	84
megestrol acetate (appetite)	74	metyrosine.....	40
MEKINIST	28	MG SO4/D5W INJ 10MG/ML.....	93
MEKTOVI.....	28	mibelas 24 fe	67
meloxicam	6	micafungin sodium	12
memantine hcl	46	miconazole 3	84
memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg titration pack.....	46	miconazole 3 combination	84
MENACTRA INJ	91	miconazole 3 combo pack	84
MENQUADFI INJ	91	miconazole 7	84
MENVEO INJ	91	miconazole nitrate (topical)	110
MENVEO SOL	91	miconazole nitrate vaginal	84
MEPHYTON	96	miconazole nitrate vaginal supp 1200 mg & 2% cream kit	84
mercaptopurine	22	microgestin 1.5/30.....	67
meropenem	10	microgestin 1/20	67
mesalamine	79	microgestin 24 fe	67
mesalamine w/ cleanser.....	80	microgestin fe 1.5/30.....	67
MESNEX.....	31	microgestin fe 1/20.....	67
		midodrine hcl	40

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>miglustat</i>	73	NAGLAZYME	73
<i>mili</i>	67	<i>nalbuphine hcl</i>	8
<i>mimvey</i>	71	<i>naloxone hcl</i>	58
<i>minocycline hcl</i>	21	<i>naltrexone hcl</i>	58
<i>minoxidil</i>	41	NAMZARIC CAP 7-10MG	46
<i>mintox maximum strength</i>	76	NAMZARIC CAP 14-10MG	46
<i>mirtazapine</i>	47	NAMZARIC CAP 21-10MG	46
<i>misoprostol</i>	82	NAMZARIC CAP 28-10MG	46
MITIGARE	1	NAMZARIC CAP PACK	46
M-M-R II INJ	91	<i>naproxen</i>	6
M-NATAL PLUS TAB	94	<i>naproxen sodium</i>	6
<i>moexipril hcl</i>	32	<i>naratriptan hcl</i>	55
<i>molindone hcl</i>	51	NASCOBAL	96
<i>mometasone furoate</i>	112	NATACYN	98
MONJUVI	28	<i>nateglinide</i>	60
<i>mono-lynyah</i>	67	NATPARA	63
<i>montelukast sodium</i>	105	NAYZILAM	44
<i>morphine sulfate</i>	7, 8	<i>nebivolol hcl</i>	38
MORPHINE SULFATE	8	<i>necon 0.5/35-28</i>	67
MORPHINE SULFATE/SODIUM C	8	<i>nefazodone hcl</i>	48
MOVANTIK	82	<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	98
<i>moxifloxacin hcl</i>	19	<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	98
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	98	<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	97
<i>m-pap</i>	3	<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	97
MULTAQ	36	<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	97
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	93	<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	101
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	93	<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	101
<i>multivitamin/fluoride</i>	96	<i>neomycin sulfate</i>	10
<i>multi-vitamin/fluoride dr</i>	96	<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	98
<i>multi-vitamin/fluoride/ir</i>	96	<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	97
<i>multivitamin/fluoride/iro</i>	96	NEPHPLEX RX TAB	96
<i>multivitamin with fluorid</i>	96	NERLYNX	28
<i>multi-vit/iron/fluoride</i>	96	NEUPRO	49
<i>mupirocin</i>	109	<i>nevirapine</i>	14
MVASI	28	<i>new day</i>	67
<i>mvc-fluoride</i>	96	NEXAVAR	28
<i>my choice</i>	67	<i>niacin</i>	96
<i>mycophenolate mofetil</i>	90	<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	37
<i>mycophenolate sodium</i>	90	<i>nicardipine hcl</i>	39
MYRBETRIQ	83	NICODERM CQ	58
<i>my way</i>	67		
N			
<i>nabumetone</i>	6		
<i>nadolol</i>	38		
<i>nafcillin sodium</i>	20		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
NICORETTE	58	norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg	68
NICORETTE MINI	58	norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg	68
NICORETTE STARTER KIT	58	norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg	68
nicotine.....	58	norlyroc	68
nicotine mini lozenge.....	58	NORPACE CR	36
nicotine polacrilex.....	58	nortrel 0.5/35 (28)	68
nicotine polacrilex mini	58	nortrel 1/35 (21)	68
NICOTINE SYS KIT TRANSDER.....	58	nortrel 1/35 (28).....	68
nicotine transdermal syst.....	58	nortrel 7/7/7.....	68
NICOTROL INHALER	58	nortriptyline hcl	48
NICOTROL NS	58	NORVIR	14
nifedipine	39	NOVOLIN INJ 70/30	62
nikki	67	NOVOLIN INJ 70/30 FP	62
nilutamide	23	NOVOLIN N.....	62
nimodipine	39	NOVOLIN N FLEXPEN	62
NINLARO.....	28	NOVOLIN R	62
nitazoxanide	11	NOVOLIN R FLEXPEN.....	62
nitisinone.....	73	NOVOLOG.....	62
NITRO-BID	41	NOVOLOG FLEXPEN	62
nitrofurantoin macrocrystal.....	11	NOVOLOG MIX INJ 70/30	62
nitrofurantoin monohyd macro	11	NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN.....	62
nitroglycerin.....	41	NOVOLOG PENFILL	62
NIVA-FOL TAB	96	NOXAFIL	12
nizatidine	79	NUBEQA.....	23
non-aspirin pain relief e.....	3	NUDEXTA CAP 20-10MG.....	56
nora-be.....	67	NULOJIX	90
norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab 1 mg-20 mcg (24).....	68	NUPLAZID.....	51
norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg.....	68	NURTEC	55
norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg	68	NUTRILIPID	94
norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg.....	68	NUZYRA	21
norethindrone acetate.....	74	nyamyc	110
norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg.....	71	nylia 1/35	68
norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg	71	nylia 7/7/7	68
norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg	68	NYMALIZE.....	39
norethindrone (contraceptive)	68	nymyo	68
norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg	68	nystatin	12
norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.8 mg-25 mcg	68	nystatin (mouth-throat)	114
		nystatin (topical).....	110
		nystop.....	110
		O	
		ocella	68
		OCTAGAM	89

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>octreotide acetate</i>	73	ONUREG.....	22
ODEFSEY TAB	15	<i>opcicon one-step</i>	68
ODOMZO	28	OPSUMIT	41
OFEV.....	106	<i>option 2</i>	68
<i>ofloxacin (ophth)</i>	98	ORGOVYX.....	23
<i>ofloxacin (otic)</i>	101	ORKAMBI GRA 75-94MG.....	106
OGIVRI.....	28	ORKAMBI GRA 100-125	106
OGIVRI INJ 420MG.....	28	ORKAMBI GRA 150-188	106
<i>olanzapine</i>	51	ORKAMBI TAB 100-125	106
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 20-5-12.5 mg</i>	34	ORKAMBI TAB 200-125.....	106
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 40-5-12.5 mg</i>	34	ORSERDU.....	23
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 40-5-25 mg</i>	34	<i>oseltamivir phosphate</i>	17
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 40-10-12.5 mg</i>	34	OTEZLA	88
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 40-10-25 mg</i>	34	OTEZLA TAB 10/20/30	88
<i>olmesartan medoxomil</i>	35	<i>oxacillin sodium</i>	20
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 20-12.5 mg</i>	34	<i>oxaliplatin</i>	22
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 40-12.5 mg</i>	34	<i>oxcarbazepine</i>	44
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 40-25 mg</i>	34	<i>oxybutynin chloride</i>	83
<i>olopatadine hcl</i>	99	<i>oxycodone hcl</i>	8
<i>omeprazole</i>	83	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-</i> <i>325 mg</i>	8
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO.....	62	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i> 8	
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS.....	62	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-</i> <i>325 mg</i>	8
OMNIPOD DASH KIT INTRO.....	62	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-</i> <i>325 mg</i>	8
OMNIPOD DASH MIS PODS.....	62	OXYCONTIN	7
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY.....	62	OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE)	60
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY	62	OZEMPIC (1MG/DOSE).....	60
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	62	OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8MG/3ML	60
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY	62		
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY	62	P	
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY	62	<i>pacerone</i>	36
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY.....	62	<i>paclitaxel</i>	24
OMNIPOD MIS CLASSIC	62	<i>paclitaxel protein-bound particles for iv susp</i> <i>100 mg</i>	24
OMNIPOD PDM KIT CLASSIC.....	62	<i>pain & fever childrens</i>	3
<i>ondansetron</i>	78	<i>pain & fever infants</i>	3
<i>ondansetron hcl</i>	78	<i>pain relief extra strengt</i>	3
ON/GO COVID KIT ANTIGEN	11	<i>paliperidone</i>	51
ON/GO ONE KIT COVID-19.....	11	<i>pamidronate disodium</i>	63
ONTRUZANT	28	PAMIDRONATE DISODIUM.....	63
		PANRETIN	113
		<i>pantoprazole sodium</i>	83
		PANZYGA.....	89
		<i>paraplatin</i>	22

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>paricalcitol</i>	75	PIFELTRO	14
<i>paromomycin sulfate</i>	11	<i>pilocarpine hcl</i>	100
<i>paroxetine hcl</i>	48	<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	114
PEDIACLEAR PD CHILDRENS	104	PILOT COVID KIT HOME TES	11
PEDIARIX INJ 0.5ML	91	<i>pimozide</i>	51
PEDIAVENT	104	<i>pimtrea</i>	68
PEDVAX HIB	91	<i>pindolol</i>	38
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for</i> <i>soln 236 gm</i>	81	<i>pioglitazone hcl</i>	60
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420</i> <i>gm</i>	81	<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375</i> <i>gm (3-0.375 gm)</i>	20
PEGASYS	17	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25</i> <i>gm (2-0.25 gm)</i>	20
PEMAZYRE	28	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5</i> <i>gm (4-0.5 gm)</i>	20
<i>pemetrexed disodium</i>	22	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5</i> <i>gm (12-1.5 gm)</i>	21
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	20	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5</i> <i>gm (36-4.5 gm)</i>	21
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	20	PIQRAY 200MG DAILY DOSE	28
<i>penicillamine</i>	63	PIQRAY 250MG TAB DOSE.....	28
<i>penicillin g potassium</i>	20	PIQRAY 300MG DAILY DOSE.....	28
PENICILLIN G PROCAINE	20	<i>pirfenidone</i>	106
<i>penicillin g sodium</i>	20	<i>pirmella 1/35</i>	69
<i>penicillin v potassium</i>	20	<i>piroxicam</i>	6
PENTACEL INJ.....	91	PLAN B ONE-STEP	69
<i>pentamidine isethionate inh</i>	11	PLASMA-LYTE INJ -148	93
<i>pentamidine isethionate inj</i>	11	PLASMA-LYTE INJ -A.....	93
<i>pentoxifylline</i>	86	<i>plenamine</i>	94
PEPTO BISMOL	77	PLENVU SOL	81
PEPTO-BISMOL	77	<i>podofilox</i>	113
<i>perindopril erbumine</i>	33	<i>polycin ophth oint</i>	98
<i>periogard</i>	114	<i>polyethylene glycol 3350</i>	81
<i>permethrin</i>	113	<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000</i> <i>unit/ml-0.1%</i>	98
<i>perphenazine</i>	51	POLY-VI-FLOR CHW 0.5MG	96
PERSERIS	51	POLY-VI-FLOR CHW 0.25MG	96
<i>pfizerpen</i>	20	POLY-VI-FLOR CHW 1MG	96
<i>pharbedryl</i>	104	POLY-VI-FLOR CHW W/IRON.....	96
<i>pharbetol</i>	3	POLY-VI-FLOR SUS 0.25/ML	96
<i>pharbetol extra strength</i>	3	POLY-VI-FLOR SUS /IRON	96
<i>phenelzine sulfate</i>	48	POMALYST	23
<i>phenobarbital</i>	44	<i>portia-28</i>	69
<i>phenobarbital sodium</i>	44	<i>posaconazole</i>	12
<i>phenytek</i>	44	<i>potassium chloride</i>	93, 94
<i>phenytoin</i>	44	POTASSIUM CHLORIDE.....	93
<i>phenytoin sodium</i>	44		
<i>phenytoin sodium extended</i>	44		
PHESGO SOL.....	28		
<i>philith</i>	68		
<i>phytonadione</i>	96		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	93	PROLASTIN-C	106
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i>	94	PROLENSA	99
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i>	83	PROLIA	63
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	93	PROMACTA	86
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	93	<i>promethazine hcl</i>	78
POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	93	<i>propafenone hcl</i>	36
<i>povidone-iodine</i>	113	<i>proparacaine hcl</i>	100
PRALUENT	37	<i>propranolol hcl</i>	38
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	49	<i>propylthiouracil</i>	74
<i>prasugrel hcl</i>	86	PROQUAD INJ	91
<i>pravastatin sodium</i>	36	PROSOL INJ 20%	95
<i>praziquantel</i>	11	<i>protriptyline hcl</i>	48
<i>prazosin hcl</i>	33	PULMICORT FLEXHALER	108
<i>prednisolone</i>	71	PULMOZYME	106
<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	99	PURIXAN	22
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP	99	<i>pyrazinamide</i>	16
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	71	<i>pyridostigmine bromide</i>	56
<i>prednisone</i>	71	<i>pyridoxine hcl</i>	96
PREDNISONE INTENSOL	71	Q	
<i>pregabalin</i>	44	<i>qc acid controller</i>	79
PREHEVBRIO	91	<i>qc acid controller maximu</i>	79
PREMASOL SOL 10%	95	<i>qc all day allergy</i>	104
PRENATAL TAB 27-1MG	94	<i>qc allergy childrens</i>	104
PRENATAL TAB PLUS	94	<i>qc allergy relief</i>	107
PREVACID 24HR	83	<i>qc antacid</i>	76
<i>prevalite</i>	37	<i>qc antacid/anti-gas</i>	76
PREVYMIS	17	<i>qc antacid/anti-gas maxim</i>	76
PREZCOBIX TAB 800-150	15	<i>qc anti-diarrheal</i>	77
PREZISTA	14	<i>qc arthritis pain relief</i>	3
PRIFTIN	16	<i>qc aspirin</i>	3
<i>primaquine phosphate</i>	13	<i>qc aspirin low dose</i>	3
PRIMAQUINE PHOSPHATE	13	<i>qc childrens allergy</i>	104
<i>primidone</i>	44	<i>qc childrens ibuprofen</i>	6
PRIORIX INJ	91	<i>qc chlor-pheniramine</i>	104
PRIVIGEN	89	<i>qc clotrimazole</i>	84
<i>probenecid</i>	1	<i>qc complete allergy medic</i>	104
<i>prochlorperazine</i>	78	<i>qc diarrhea relief</i>	77
<i>prochlorperazine edisylate</i>	78	<i>qc enema</i>	81
<i>prochlorperazine maleate</i>	78	<i>qc enteric aspirin</i>	3
PROCRIT	85	<i>qc fexofenadine hydrochlo</i>	104
<i>procto-med hc</i>	113	<i>qc gentle laxative</i>	81
<i>proctosol hc</i>	113	<i>qc ibuprofen</i>	6
<i>proctozone-hc</i>	113	<i>qc lansoprazole</i>	83
PROGRAF	90	<i>qc loratadine allergy rel</i>	104
		<i>qc miconazole 7</i>	84

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>qc naproxen sodium</i>	6	REFRESH PLUS	101
<i>qc natural vegetable</i>	81	<i>refresh p.m.</i>	100
<i>qc non-aspirin childrens</i>	4	REFRESH TEARS.....	101
<i>qc non-aspirin extra stre</i>	4	REGRANEX	113
<i>qc pain relief</i>	4	RELENZA DISKHALER.....	17
<i>qc pain relief childrens</i>	4	RELISTOR.....	82
<i>qc pain relief extra stre</i>	4	REMICADE	88
<i>qc pink bismuth</i>	77	<i>renal caps</i>	97
<i>qc povidone iodine</i>	113	RENFLEXIS.....	88
<i>qc stool softener</i>	81	RENOVA	113
<i>qc tolnaftate</i>	110	RENOVA PUMP	113
QINLOCK	28	<i>repaglinide</i>	60
QUADRACEL INJ.....	91	RESTASIS	101
QUADRACEL INJ 0.5ML	91	RESTASIS MULTIDOSE.....	101
<i>quetiapine fumarate</i>	51, 52	RETEVMO	28
QUFLORA FE CHW	96	REVLIMID.....	23
QUFLORA FE DRO 0.25-9.5.....	96	REXULTI	52
QUFLORA PED CHW 0.5MG	96	REYATAZ	14
QUFLORA PED CHW 0.25MG	96	REZLIDHIA	28
QUFLORA PED CHW 1MG	97	REZUROCK	90
QUFLORA PED DRO 0.5MG/ML	97	RHOPRESSA.....	100
QUFLORA PED DRO 0.25MG	97	<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	17
QUICKVUE HOM KIT COVID-19	11	<i>rifabutin</i>	16
<i>quinapril hcl</i>	33	<i>rifampin</i>	16
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 10-</i> <i>12.5 mg</i>	32	<i>riluzole</i>	56
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-</i> <i>12.5 mg</i>	32	<i>rimantadine hydrochloride</i>	17
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	32	RINVOQ.....	88
<i>quinidine sulfate</i>	36	<i>risedronate sodium</i>	63
<i>quinine sulfate</i>	13	RISPERDAL CONSTA.....	52
R		<i>risperidone</i>	52
RABAVERT INJ	91	<i>ritonavir</i>	14
<i>rabeprazole sodium</i>	83	<i>rivastigmine</i>	46
<i>raloxifene hcl</i>	73	<i>rivastigmine tartrate</i>	46
<i>ramipril</i>	33	<i>rivelsa</i>	69
<i>ranolazine</i>	41	<i>rizatriptan benzoate</i>	55
<i>rasagiline mesylate</i>	49	ROCKLATAN DRO.....	100
RAYALDEE.....	75	<i>roflumilast</i>	106
<i>reclipsen</i>	69	<i>ropinirole hydrochloride</i>	49
RECOMBIVAX HB	91	<i>rosuvastatin calcium</i>	37
RECTIV	113	ROTARIX SUS	91
<i>refresh celluvisc</i>	100	ROTATEQ SOL	91
<i>refresh lacri-lube</i>	100	<i>roweepra</i>	44
REFRESH LIQUIGEL.....	100	ROZLYTREK	28
		RUBRACA	28
		<i>rufinamide</i>	45
		RUKOBIA.....	14

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
RYBELSUS	60	<i>sm antacid</i>	76
RYDAPT	28	<i>sm antacid advanced maxi</i>	76
S		<i>sm antacid extra strength</i>	76
<i>sajazir</i>	86	<i>sm antacid maximum streng</i>	76
SANDIMMUNE	90	<i>sm anti-diarrheal</i>	77
SANTYL	114	<i>sm antifungal clotrimazol</i>	110
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	73	<i>sm antifungal miconazole</i>	110
<i>scalpicin maximum strengt</i>	112	<i>sm antifungal tolnaftate</i>	110
SCEMBLIX	28	<i>sm arthritis pain relieve</i>	4
<i>scopolamine</i>	78	<i>sm aspirin adult low stre</i>	4
SECUADO	52	<i>sm aspirin enteric coated</i>	4
<i>selegiline hcl</i>	49	<i>sm aspirin low dose</i>	4
<i>selenium sulfide</i>	110	<i>sm childrens ibuprofen</i>	6
SELZENTRY	14	<i>sm clotrimazole vaginal</i>	84
SEREVENT DISKUS	105	<i>sm enema</i>	81
<i>sertraline hcl</i>	48	<i>sm fexofenadine hydrochlo</i>	104
<i>setlakin</i>	69	<i>sm gentle laxative</i>	81
<i>sevelamer carbonate</i>	73, 74	<i>sm hydrocortisone</i>	112
<i>sharobel</i>	69	<i>sm hydrocortisone maximum</i>	112
SHINGRIX	91	<i>sm hydrocortisone plus</i>	112
SIGNIFOR	73	<i>sm ibuprofen</i>	6
<i>silace</i>	81	<i>sm ibuprofen ib</i>	6
<i>siladryl allergy</i>	104	<i>sm ibuprofen ib childrens</i>	6
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> ..	41	<i>sm infants ibuprofen</i>	6
<i>silver sulfadiazine</i>	109	<i>sm lansoprazole</i>	83
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	100	<i>sm lice killing maximum s</i>	113
<i>simliya</i>	69	<i>sm lice treatment</i>	113
<i>simpesse</i>	69	<i>sm loratadine</i>	104
<i>simvastatin</i>	37	<i>sm lubricating plus</i>	101
<i>sirolimus</i>	90	<i>sm miconazole 3</i>	84
SIRTURO	16	<i>sm miconazole 7</i>	84
SIVEXTRO	11	<i>sm naproxen sodium</i>	6
SKYRIZI	88	<i>sm nicotine</i>	58
SKYRIZI PEN	88	<i>sm nicotine polacrilex</i>	58
SLOW-MAG TAB	95	<i>sm nicotine transdermal s</i>	59
<i>sm 3-day vaginal</i>	84	<i>sm omeprazole</i>	83
<i>sm acid reducer</i>	79	<i>sm pain & fever childrens</i>	4
<i>sm acid reducer maximum s</i>	79	<i>sm pain & fever infants</i>	4
<i>sm adult aspirin</i>	4	<i>sm pain relief extra stre</i>	4
<i>sm all day allergy</i>	104	<i>sm pain reliever</i>	4
<i>sm all day allergy childr</i>	104	<i>sm pain reliever children</i>	4
<i>sm allergy 4 hour</i>	104	<i>sm pain reliever extra st</i>	4
<i>sm allergy childrens</i>	104	<i>sm povidone-iodine</i>	113
<i>sm allergy relief</i>	104	<i>sm stomach relief</i>	77
<i>sm allergy relief nasal s</i>	107	<i>sm stomach relief liquid</i>	77
		<i>sm stool softener</i>	81

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>sm tioconazole-1</i>	84	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	109
<i>sm triple antibiotic orig</i>	109	<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i>	98
<i>sodium bicarbonate (antacid)</i>	76	<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth</i> <i>soln 10-0.23(0.25)%</i>	97
<i>sodium chloride</i>	93	<i>sulfadiazine</i>	11
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i>	114	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-</i> <i>80 mg/5ml</i>	11
<i>sodium fluoride chew\; tab\; 1.1 (0.5 f) mg/ml</i> <i>soln</i>	94	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-</i> <i>40 mg/5ml</i>	11
SODIUM OXYBATE	57	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-</i> <i>80 mg</i>	11
<i>sodium phenylbutyrate</i>	73	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-</i> <i>160 mg</i>	11
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	63	SULFAMYLON	109
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-</i> <i>1.6 gm/177ml</i>	81	<i>sulfasalazine</i>	80
<i>solifenacin succinate</i>	83	<i>sulindac</i>	6
SOLQUA INJ 100/33.....	62	<i>sumatriptan</i>	55
SOLTAMOX	23	<i>sumatriptan succinate</i>	55
SOLU-CORTEF	71	<i>sunitinib malate</i>	29
SOMATULINE DEPOT	73	SUNLENCA	14
SOMAVERT	73	SUPREP BOWEL SOL PREP KIT	81
<i>soothe & cool inzo antif</i>	110	<i>syeda</i>	69
<i>sorafenib tosylate</i>	28	SYMBICORT AER 80-4.5	108
<i>sorine</i>	36	SYMBICORT AER 160-4.5	108
<i>sotalol hcl</i>	36	SYMDEKO TAB 50-75MG	106
<i>sotalol hcl (afib/afl)</i>	36	SYMDEKO TAB 100-150	106
SPEEDY SWAB KIT COVID-19.....	11	SYMJEPI.....	106
<i>spironolactone</i>	33	SYMPAZAN.....	45
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab</i> <i>25-25 mg</i>	40	SYMTUZA TAB.....	16
<i>sprintec 28</i>	69	SYNAREL	70
SPRITAM	45	SYNJARDY TAB 5-500MG.....	60
SPRYCEL	29	SYNJARDY TAB 5-1000MG	60
<i>sps</i>	63	SYNJARDY TAB 12.5-500	60
<i>sronyx</i>	69	SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	61
<i>ssd</i>	109	SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	61
STELARA.....	88	SYNJARDY XR TAB 10-1000	61
STIVARGA	29	SYNJARDY XR TAB 12.5-1000MG.....	61
<i>st joseph low dose aspi</i>	4	SYNJARDY XR TAB 25-1000	61
<i>stomach relief</i>	78	SYNRIBO	24
<i>stomach relief extra stre</i>	78	SYNTHROID	74
<i>stomach relief ultra</i>	78	<i>systane nighttime</i>	101
<i>stool softener</i>	81	SYSTANE OVERNIGHT THERAPY	101
<i>streptomycin sulfate</i>	11		
STRIBILD TAB	15	T	
STROVITE FOR TAB	97	TABLOID	22
STROVITE ONE TAB.....	97	TABRECTA	29
<i>subvenite</i>	45		
<i>sucralfate</i>	82		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>tacrolimus</i>	90	<i>tetracycline hcl</i>	21
<i>tacrolimus (topical)</i>	113	THALOMID	23
TAFINLAR	29	THEO-24	106
TAGRISSO	29	<i>theophylline</i>	106
<i>take action</i>	69	<i>thiamine hcl</i>	97
TALTZ	88	<i>thioridazine hcl</i>	52
TALZENNA	29	<i>thiothixene</i>	52
<i>tamoxifen citrate</i>	23	<i>tiadylt er</i>	39
<i>tamsulosin hcl</i>	83	<i>tiagabine hcl</i>	45
<i>tarina 24 fe</i>	69	TIBSOVO	29
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	69	TICOVAC	92
TASIGNA	29	<i>tigecycline</i>	21
<i>tasimelteon</i>	54	TIGECYCLINE	21
<i>tazarotene</i>	110	<i>tilia fe</i>	69
<i>tazicef</i>	18	<i>timolol maleate</i>	38
TAZORAC	110	<i>timolol maleate (ophth)</i>	100
<i>taztia xt</i>	39	<i>tioconazole 1</i>	84
TAZVERIK	29	TIVICAY	14
TDVAX INJ 2-2 LF	91	TIVICAY PD	14
TECENTRIQ	29	<i>tizanidine hcl</i>	57
TEFLARO	18	TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	97
<i>telmisartan</i>	35	TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	97
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i>	34	<i>tobramycin</i>	11
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i>	35	<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-</i> <i>0.1%</i>	97
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i>	35	<i>tobramycin (ophth)</i>	98
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i>	35	<i>tobramycin sulfate</i>	11
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-</i> <i>12.5 mg</i>	35	<i>tolnaftate</i>	110
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i> <i>12.5 mg</i>	35	<i>tolnaftate antifungal</i>	110
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i> <i>25 mg</i>	35	<i>tolterodine tartrate</i>	83
<i>temazepam</i>	54	<i>topiramate</i>	45
TENIVAC INJ 5-2LF	92	<i>toremifene citrate</i>	23
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	14	<i>torsemide</i>	40
<i>tension headache</i>	4	TOUJEO MAX SOLOSTAR	62
TEPMETKO	29	TOUJEO SOLOSTAR	62
<i>terazosin hcl</i>	33	TPN ELECTROL INJ	93
<i>terbinafine hcl</i>	12	TRADJENTA	61
<i>terbutaline sulfate</i>	105	<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	8
<i>terconazole vaginal</i>	84	<i>tramadol hcl</i>	8
TERIPARATIDE	63	<i>trandolapril</i>	33
<i>testosterone</i>	59	<i>tranexamic acid</i>	86
<i>testosterone cypionate</i>	59	<i>tranylcypromine sulfate</i>	48
<i>testosterone enanthate</i>	59	TRAVASOL INJ 10%	95
<i>tetrabenazine</i>	56	TRAZIMERA	29
		<i>trazodone hcl</i>	48
		TRECATOR	16

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG..	101	TRIUMEQ TAB	16
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG.	101	TRI-VI-FLOR SUS 0.5MG/ML	97
<i>treprostinil</i>	41	TRI-VI-FLOR SUS 0.25/ML	97
TRESIBA	62	<i>tri-vitamin/fluoride</i>	97
TRESIBA FLEXTOUCH.....	63	<i>tri-vite/fluoride</i>	97
<i>tretinoin</i>	109	<i>trivora-28</i>	69
<i>tretinoin (chemotherapy)</i>	24	<i>tri-vylibra</i>	69
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i>	114	<i>tri-vylibra lo</i>	69
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i>	112	TRIZIVIR TAB	16
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-</i> <i>25 mg</i>	40	TROGARZO.....	14
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-</i> <i>25 mg</i>	40	TROPHAMINE INJ 10%	95
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-</i> <i>50 mg</i>	40	<i>trospium chloride</i>	84
<i>tri-buffered aspirin</i>	4	TRULICITY	61
<i>trientine hcl</i>	63	TRUMENBA INJ.....	92
<i>tri-estarylla</i>	69	TRUSELTIQ 50MG DAILY DOSE	29
<i>trifluoperazine hcl</i>	52	TRUSELTIQ 75MG DAILY DOSE	29
<i>trifluridine</i>	98	TRUSELTIQ 100MG DAILY DOSE	29
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	49	TRUSELTIQ 125MG DAILY DOSE.....	29
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG..	61	TRUXIMA.....	29
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG ..	61	TUKYSA.....	29
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5- 1000MG	61	TUMS.....	76
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG..	61	TUMS CHEWY BITES	76
TRIKAFTA PAK 59.5MG	106	TUMS CHEWY DELIGHTS	76
TRIKAFTA PAK 75MG.....	106	TUMS E-X 750	76
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG.....	107	TUMS EXTRA STRENGTH 750.....	76
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG.....	107	<i>tums smoothies</i>	77
<i>tri-legest fe</i>	69	TUMS SMOOTHIES.....	77
<i>tri-lynyah</i>	69	TUMS ULTRA 1000	77
<i>tri-lo-estarylla</i>	69	TURALIO	29
<i>tri-lo-marzia</i>	69	TWINRIX INJ.....	92
<i>tri-lo-mili</i>	69	TYBOST.....	14
<i>tri-lo-sprintec</i>	69	<i>tydemy</i>	69
<i>trimethoprim</i>	11	TYPHIM VI	92
<i>tri-mili</i>	69	TYRVAYA.....	101
<i>trimipramine maleate</i>	48		
TRINTELLIX.....	48	U	
<i>tri-nymyo</i>	69	<i>unithroid</i>	75
<i>triphrocaps</i>	97	<i>ursodiol</i>	82
<i>triple antibiotic</i>	109	V	
<i>triprolidine hcl</i>	104	<i>valacyclovir hcl</i>	17
<i>tri-sprintec</i>	69	VALCHLOR.....	113
TRIUMEQ PD TAB	16	<i>valganciclovir hcl</i>	17
		<i>valproate sodium</i>	45
		<i>valproic acid</i>	45
		<i>valsartan</i>	35

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	35	<i>vigabatrin</i>	45
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i>	35	<i>vigadrone</i>	45
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i>	35	VIIBRYD KIT STARTER	48
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i>	35	<i>vilazodone hcl</i>	48
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	35	VIMPAT	45
VALTOCO 5 MG DOSE	45	<i>vincristine sulfate</i>	24
VALTOCO 10 MG DOSE	45	<i>vinorelbine tartrate</i>	24
VALTOCO 15 MG DOSE	45	<i>viorele</i>	69
VALTOCO 20 MG DOSE	45	VIRACEPT	14
<i>vanadom</i>	57	VIREAD	14
<i>vancomycin hcl</i>	11	<i>virt-caps</i>	97
VANCOMYCIN INJ 1 GM	11	<i>virt-gard</i>	97
VANCOMYCIN INJ 500MG	11	VITAL-D RX TAB	97
VANCOMYCIN INJ 750MG	12	<i>vitamins a/c/d/fluoride</i>	97
VANFLYTA	29	VITRAKVI	30
VAQTA	92	VIVITROL	59
<i>varenicline tartrate</i>	59	VIZIMPRO	30
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack</i>	59	VONJO	30
VARIVAX	92	<i>voriconazole</i>	12
VASCEPA	37	VOSEVI TAB	17
<i>velivet</i>	69	VOTRIENT	30
VELPHORO	74	VRAYLAR	52
VELTASSA	64	VRAYLAR CAP 1.5-3MG	52
VEMLIDY	17	<i>vyfemla</i>	70
VENCLEXTA	29, 30	<i>vylibra</i>	70
VENCLEXTA TAB START PK	30	VYZULTA	100
<i>venlafaxine hcl</i>	48		
VENTAVIS	41	W	
VENTOLIN HFA	105	<i>warfarin sodium</i>	85
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK)	105	<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	114
<i>verapamil hcl</i>	39	<i>wee care</i>	85
VERQUVO	41	WELIREG	24
VERSACLOZ	52	<i>wera</i>	70
VERZENIO	30	<i>westab mini</i>	97
<i>vestura</i>	69	<i>wymzya fe</i>	70
V-GO 20 KIT	63		
V-GO 30 KIT	63	X	
V-GO 40 KIT	63	XALKORI	30
VICTOZA	61	XARELTO	85
<i>vienva</i>	69	XARELTO STAR TAB 15/20MG	85
		XATMEP	89
		XCOPRI	45, 46
		XCOPRI PAK 12.5-25	46
		XCOPRI PAK 50-100MG	46
		XCOPRI PAK 100-150	46
		XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	46

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	46	ZENPEP CAP 15000UNT	82
XELJANZ	88	ZENPEP CAP 20000UNT	82
XELJANZ XR	88	ZENPEP CAP 25000UNT	82
XENICAL	73	ZENPEP CAP 40000UNT	82
XERMELO	82	ZERVIAE	99
XGEVA	63	<i>zidovudine</i>	14
XHANCE	107	ZIEXTENZO	85
XIFAXAN	82	<i>ziprasidone hcl</i>	52
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	61	<i>ziprasidone mesylate</i>	52
XIGDUO XR TAB 5-500MG	61	ZIRABEV	30
XIGDUO XR TAB 5-1000MG	61	ZIRGAN	98
XIGDUO XR TAB 10-500MG	61	<i>zoledronic acid</i>	63
XIGDUO XR TAB 10-1000	61	ZOLINZA	31
XIIDRA	101	<i>zolmitriptan</i>	55
XOFLUZA	17	<i>zolpidem tartrate</i>	54
XOLAIR	107	ZONISADE	46
XOSPATA	30	<i>zonisamide</i>	46
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	30	<i>zovia 1/35</i>	70
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	30	ZTALMY	46
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	30	<i>zumandimine</i>	70
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	30	ZYDELIG	31
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	30	ZYKADIA	31
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	30	ZYLET SUS 0.5-0.3%	97
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	30	ZYPREXA RELPREVV	52
XTANDI	23		
<i>xulane</i>	70		
XULTOPHY INJ 100/3.6	63		
XYREM	57		
Y			
YF-VAX INJ	92		
<i>yuvafem</i>	71		
Z			
ZADITOR	99		
<i>zafemy</i>	70		
<i>zafirlukast</i>	105		
<i>zaleplon</i>	54		
ZARXIO	85		
ZEJULA	30		
ZELBORAF	30		
ZEMAIRA	107		
<i>zenatane</i>	109		
ZENPEP CAP 3000UNIT	82		
ZENPEP CAP 5000UNIT	82		
ZENPEP CAP 10000UNT	82		

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-855-676-5772 (TTY: 711) 24 hours a day, 7 days a week.** 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 llámenos al **1-855-676-5772 (TTY: 711) durante las 24 horas, los 7 días de la semana.** Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-855-676-5772 (TTY: 711)**，服务时间为每周 **7** 天，每天 **24** 小时。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1-855-676-5772 (TTY: 711)**，服務時間為每天 **24** 小時，每週 **7** 天。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 panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-855-676-5772 (TTY: 711) 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.** Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-855-676-5772 (TTY : 711).** Ce service est disponible 24h/24, 7j/7. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào quý vị có thể có về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Để được thông dịch, chỉ cần gọi theo số **1-855-676-5772 (TTY: 711) 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần.** Người nói ngôn ngữ của quý vị có thể trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelpflichtplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie **täglich rund um die Uhr unter 1-855-676-5772 (Schreibtelefon/TTY: 711)**. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-855-676-5772 (TTY: 711)**번으로 주 **7**일 하루 **24**시간 언제든지 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно плана медицинского обслуживания или обеспечения лекарственными препаратами, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по номеру **1-855-676-5772 (TTY: 711)** в любое время суток и в любой день недели. 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 الرقم **1-855-676-5772 (TTY: 711)** على مدار **24 ساعة في اليوم خلال 7 أيام في الأسبوع**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-855-676-5772 (TTY: 711)** पर **24** घंटे एक दिन, सप्ताह में **7** दिन कॉल करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, attivo **24 ore al giorno, sette giorni alla settimana**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, **24 horas por dia, 7 dias por semana**.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 sante ak plan medikaman nou yo. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-855-676-5772 (TTY: 711)** **24 è sou 24, 7 jou sou 7**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-855-676-5772 (TTY: 711)** dostępny 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康保険と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をご用意しています。通訳をご希望の方は、**1日24時間、週7日、1-855-676-5772 (TTY: 711)**にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Para obtener información reciente o realizar otras consultas, comuníquese con nosotros llamando al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana o visite **www.AetnaBetterHealth.com/Michigan**



©2023 Aetna Inc.

MI-22-09-06 L (12/23)

Sin cambios realizados desde el 12/01/2023