

Lista de medicamentos cubiertos/ Formulario 2023

AETNA BETTER HEALTH® OF OHIO
un plan de MyCare Ohio (plan de Medicare y Medicaid)

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

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



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

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

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



B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo de Aetna Better Health of Ohio y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos, o si tengo algún problema para obtener mi medicamento?	IX
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?	X
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?	XI
B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?	XI
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	XI
B14. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?	XI
B15. ¿Aetna Better Health of Ohio cubre productos OTC que no sean medicamentos?	XI
B16. ¿Cuál es mi copago?	XII
B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?	XII
C. Medicamentos agrupados según la afección médica.....	XIII
D. Índice de medicamentos cubiertos.....	190



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

A. Descargos de responsabilidad

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

- ❖ Aetna Better Health of Ohio es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Ohio para brindar los beneficios de ambos programas a sus inscritos.
- ❖ ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de idiomas gratuitos. Llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.
- ❖ ATTENTION: If you speak Spanish or Somali, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. The call is free.
- ❖ FIIRI: Haddii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada lluqadda, oo bilaash ah, ayaa laguu heli karaa adiga. Wac **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, 24 saacadood maalintii, 7 maalmood todobaadkii. Wicitaanku waa bilaash.
- ❖ **Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o audio. Llame al 1-855-364-0974 (TTY: 711) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.**
- ❖ Si desea realizar o modificar una solicitud permanente para recibir los materiales en un idioma que no sea inglés o en otro formato, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

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



B. Preguntas frecuentes

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

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

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

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

También puede consultar la lista actualizada de medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Ohio** o puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

- Siempre puede verificar la Lista de medicamentos actualizada de Aetna Better Health of Ohio por Internet en **AetnaBetterHealth.com/Ohio**.
- También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para consultar la Lista de medicamentos actual al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

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

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

- **Un nuevo medicamento genérico se encuentra disponible.** A veces, se desarrolla un medicamento genérico nuevo que funciona tan bien como el medicamento de marca que actualmente figura en la Lista de medicamentos. Si esto sucede, podemos eliminar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico, pero su costo para el nuevo medicamento permanecerá igual. 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.

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



- **Se quita un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) indica que el medicamento que usted toma no es seguro o si el fabricante retira el medicamento del mercado, lo eliminaremos de la Lista de medicamentos. Si usted toma el medicamento, se lo informaremos.
- Le enviaremos una carta para informarle. La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede 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 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 limitación en la cobertura de medicamentos o se debe tomar alguna medida para obtener ciertos medicamentos?

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

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

VI

- **Autorización previa (PA) o aprobación:** para algunos medicamentos, usted o su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben conseguir la autorización previa de Aetna Better Health of Ohio antes de obtener su medicamento con receta. Es posible que Aetna Better Health of Ohio no cubra el medicamento si no obtiene la aprobación.
- **Límites de cantidad:** en ocasiones, Aetna Better Health of Ohio limita la cantidad que puede obtener de un medicamento.
- **Tratamiento escalonado:** en ocasiones, Aetna Better Health of Ohio solicita que haga un tratamiento escalonado. Esto significa que usted deberá probar medicamentos en un determinado orden para su afección médica. Es posible que deba probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento. Si su médico considera que el primer medicamento no es adecuado para usted, entonces, cubriremos el segundo.
- **Cobertura basada en la indicación:** si Aetna Better Health of Ohio cubre un medicamento solo para ciertas afecciones médicas, claramente lo identificaremos en la Lista de medicamentos junto con las afecciones médicas específicas que están cubiertas.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos adicionales o límites consultando las tablas en las páginas 1 a 189. También puede obtener más información en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Ohio**. Hemos publicado documentos en Internet que explican nuestras restricciones de tratamiento escalonado y autorización previa. También puede pedirnos que le enviemos una copia.

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

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

La tabla de medicamentos de la página 1 tiene una columna titulada “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”.

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



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

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

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

Hay dos formas para encontrar un medicamento:

- Puede buscar el nombre del medicamento por orden alfabético. **O**
- Puede buscar por afección médica.

Para buscar por **orden alfabético**, vaya a la sección del Índice de medicamentos cubiertos. Podrá encontrarla en la página 190. El Índice proporciona un listado alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos se encuentran en el Índice. Consulte el Índice y busque su medicamento. Junto al medicamento, verá el número de página en el que puede encontrar la información de cobertura.

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

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

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

- Pedirle al Departamento de Servicios para Miembros una lista de los medicamentos que sean similares al que desea tomar. Luego, muéstrele la lista a su médico u otra persona autorizada a dar recetas. Pueden recetarle un medicamento de la Lista de medicamentos que sea similar al que desea tomar. **O**



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

- Puede solicitarle al plan realizar una excepción y cubrir el medicamento. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10-B12.

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

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 of Ohio. Esto le dará tiempo para consultar con su médico o la persona autorizada a dar recetas. Ellos pueden ayudarlo a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que pueda tomar en su lugar o si debe solicitar una excepción.

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

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

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

Si se encuentra en un hogar de convalecencia u otro centro de atención a largo plazo, y necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, o si no puede obtener con facilidad el medicamento que necesita, nosotros podemos ayudar. Si usted ha sido miembro del plan por más de 90 días, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato, 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 of Ohio.
- Esto se suma al suministro temporal durante los primeros 90 días de su membresía en Aetna Better Health of Ohio.

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



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 **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

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

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

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

También puede solicitarnos que cambiemos las normas para su medicamento.

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



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

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

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

B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?

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

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

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

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

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

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

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

B15. ¿Aetna Better Health of Ohio cubre productos OTC que no sean medicamentos?

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

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

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



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

B16. ¿Cuál es mi copago?

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

B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?

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

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

Ningún nivel tiene copago.



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

C. Medicamentos agrupados según la afección médica

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

La siguiente Lista de medicamentos cubiertos le proporciona información sobre los medicamentos cubiertos por Aetna Better Health of Ohio. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página 190. En el índice se encuentran todos los medicamentos cubiertos por Aetna Better Health of Ohio por orden alfabético.

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

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

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

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

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

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



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

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



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

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

* - 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 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> CHEW 160mg; TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pain relief extra str</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense arthritis pain</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense aspirin</i> CHEW 81mg; TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense pain & fever ch</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense pain & fever in</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense pain relief</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense pain relief ext</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm acetaminophen children</i> CHEW 160mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm arthritis pain relief</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm aspirin</i> CHEW 81mg; TABS 325mg; TBEC 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm aspirin ec</i> TBEC 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm aspirin ec low dose</i> TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm pain & fever childrens</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm pain & fever infants</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm pain relief</i> TBCR 650mg	\$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; *

* - 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>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, 160mg	\$0(3)	NM; *
<i>pain & fever childrens</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>pain & fever infants</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>pain relief extra strengt</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>pharbetol</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>pharbetol extra strength</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc acetaminophen 8 hours</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc arthritis pain relief</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc aspirin</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc aspirin low dose</i> CHEW 81mg; TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc enteric aspirin</i> TBEC 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc non-aspirin childrens</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc non-aspirin extra stre</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc pain relief</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc pain relief childrens</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc pain relief extra stre</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm 8 hour pain relief</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm adult aspirin</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm arthritis pain relief</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm arthritis pain relieve</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm aspirin</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm aspirin adult low stre</i> CHEW 81mg; 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; *

* - 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 childrens aspirin</i> CHEW 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain & fever childrens</i> SUSP 80mg/2.5ml, 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain & fever infants</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain relief extra stre</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain reliever</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<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; *
NSAIDS - DRUGS TO TREAT PAIN AND INFLAMMATION		
<i>all day pain relief</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>all day relief</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>celecoxib</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>celecoxib</i> CAPS 400mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>childrens ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>diclofenac potassium</i> TABS 50mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>diclofenac sodium</i> TB24 100mg; TBEC 25mg, 50mg, 75mg	\$0(1)	
<i>diflunisal</i> TABS 500mg	\$0(1)	
<i>ec-naproxen</i> TBEC 375mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>ec-naproxen</i> TBEC 500mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>etodolac</i> CAPS 200mg, 300mg; TABS 400mg, 500mg; TB24 400mg, 500mg, 600mg	\$0(1)	
<i>flurbiprofen</i> TABS 100mg	\$0(1)	
<i>gnp childrens ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp ibuprofen</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp ibuprofen childrens</i> CHEW 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp ibuprofen infants</i> SUSP 50mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp naproxen</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp naproxen sodium</i> CAPS 220mg	\$0(3)	NM; *

* - 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 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> CAPS 200mg; 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; *
<i>ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml; TABS 400mg, 600mg, 800mg	\$0(1)	
<i>ibuprofen childrens</i> SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>ibuprofen infants</i> SUSP 50mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>ibuprofen junior strength</i> CHEW 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>infants ibuprofen</i> SUSP 50mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>meloxicam</i> TABS 7.5mg, 15mg	\$0(1)	
<i>nabumetone</i> TABS 500mg, 750mg	\$0(1)	
<i>naproxen</i> TABS 250mg, 375mg, 500mg	\$0(1)	
<i>naproxen</i> TBEC 375mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>naproxen</i> TBEC 500mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>naproxen sodium</i> CAPS 220mg; TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>naproxen sodium</i> TABS 275mg, 550mg	\$0(1)	
<i>piroxicam</i> CAPS 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>qc childrens ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc ibuprofen</i> TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc naproxen sodium</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *

* - 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>sb naproxen sodium</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm childrens ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm ibuprofen</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm ibuprofen ib</i> CHEW 100mg; 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
HYSINGLA ER T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg, 100mg, 120mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>methadone hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 10mg/5ml	\$0(1)	QL (450 mL / 30 days), PA
<i>methadone hcl</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>methadone hydrochloride i</i> CONC 10mg/ml	\$0(1)	QL (90 mL / 30 days), PA
<i>morphine sulfate</i> TBCR 15mg, 30mg, 60mg, 100mg, 200mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
OXYCONTIN T12A 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA
OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING		
<i>acetaminophen w/ codeine soln</i> 120-12 mg/5ml	\$0(1)	QL (2700 mL / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-15 mg	\$0(1)	QL (400 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-30 mg	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days)

* - 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>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>butorphanol tartrate SOLN 1mg/ml, 2mg/ml</i>	\$0(2)	
<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 5-325mg</i>	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 10-325mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>fentanyl citrate LPOP 200mcg</i>	\$0(1)	QL (120 lozenges / 30 days), PA
<i>fentanyl citrate LPOP 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1200mcg, 1600mcg</i>	\$0(2)	NDS, QL (120 lozenges / 30 days), PA
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml</i>	\$0(1)	QL (2700 mL / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i>	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	\$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
<i>hydromorphone hcl LIQD 1mg/ml</i>	\$0(1)	QL (600 mL / 30 days)
<i>hydromorphone hcl TABS 2mg, 4mg, 8mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
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)

* - 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>oxycodone hcl</i> CONC 100mg/5ml	\$0(1)	QL (180 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 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</i> TABS 50mg	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
ANESTHETICS - DRUGS FOR NUMBING		
LOCAL ANESTHETICS		
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> SOLN .5%, 1%, 1.5%, 2%	\$0(1)	B/D
ANTI-INFECTIVES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
ANTI-INFECTIVES - MISCELLANEOUS		
<i>albendazole</i> TABS 200mg	\$0(2)	NDS
<i>amikacin sulfate</i> SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml	\$0(1)	
<i>atovaquone</i> SUSP 750mg/5ml	\$0(1)	
<i>aztreonam</i> SOLR 1gm, 2gm	\$0(1)	
CAYSTON SOLR 75mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>clindamycin hcl</i> CAPS 75mg, 150mg, 300mg	\$0(1)	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> SOLR 75mg/5ml	\$0(1)	
<i>clindamycin phosphate</i> SOLN 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml, 9000mg/60ml	\$0(1)	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</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>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)	
<i>colistimethate sodium SOLR 150mg</i>	\$0(1)	
<i>cvs pinworm treatment SUSP 144mg/ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dapsone TABS 25mg, 100mg</i>	\$0(1)	
DAPTOMYCIN SOLR 350mg	\$0(2)	NDS
<i>daptomycin SOLR 350mg, 500mg</i>	\$0(2)	NDS
EMVERM CHEW 100mg	\$0(2)	NDS, QL (12 tabs / year)
<i>ertapenem sodium SOLR 1gm</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin sulfata SOLN 10mg/ml, 40mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>ivermectin TABS 3mg</i>	\$0(1)	QL (12 tabs / 90 days), PA
<i>linezolid SOLN 600mg/300ml</i>	\$0(1)	
<i>linezolid SUSR 100mg/5ml</i>	\$0(2)	NDS, QL (1800 mL / 30 days)
<i>linezolid TABS 600mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
LINEZOLID INJ 2MG/ML	\$0(1)	
<i>meropenem SOLR 1gm, 500mg</i>	\$0(1)	
<i>methenamine hippurate TABS 1gm</i>	\$0(1)	
<i>metronidazole SOLN 500mg/100ml; TABS 250mg, 500mg</i>	\$0(1)	
<i>neomycin sulfata TABS 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>nitazoxanide</i> TABS 500mg	\$0(2)	NDS, QL (6 tabs / 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> CAPS 50mg, 100mg	\$0(2)	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> CAPS 100mg	\$0(2)	
<i>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)	
<i>pin-away</i> SUSP 144mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>pinworm medicine</i> SUSP 144mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>praziquantel</i> TABS 600mg	\$0(1)	
<i>reeses pinworm medicine</i> SUSP 144mg/ml	\$0(3)	NM; *
SIVEXTRO SOLR 200mg; TABS 200mg	\$0(2)	NDS
<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)	
VANCOMYCIN INJ 750MG	\$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
ANTIFUNGALS - DRUGS TO TREAT FUNGAL INFECTIONS		
ABELCET SUSP 5mg/ml	\$0(2)	B/D
<i>amphotericin b</i> SOLR 50mg	\$0(1)	B/D
<i>amphotericin b liposome</i> SUSR 50mg	\$0(2)	NDS, B/D
<i>caspofungin acetate</i> SOLR 50mg, 70mg	\$0(1)	
<i>fluconazole</i> SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	\$0(1)	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 200 mg/100ml	\$0(1)	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 400 mg/200ml	\$0(1)	
<i>flucytosine</i> CAPS 250mg, 500mg	\$0(2)	NDS, PA
<i>griseofulvin microsize</i> SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	\$0(1)	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> TABS 125mg, 250mg	\$0(1)	
<i>itraconazole</i> CAPS 100mg	\$0(1)	PA
<i>ketoconazole</i> TABS 200mg	\$0(1)	PA
<i>miconazole sodium</i> SOLR 50mg, 100mg	\$0(2)	NDS
NOXAFIL SUSP 40mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (630 mL / 30 days), PA
<i>nystatin</i> TABS 500000unit	\$0(1)	
<i>posaconazole</i> SUSP 40mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (630 mL / 30 days), PA
<i>posaconazole</i> TBEC 100mg	\$0(2)	NDS, QL (93 tabs / 30 days), PA
<i>terbinafine hcl</i> TABS 250mg	\$0(1)	QL (90 tabs / year)
<i>voriconazole</i> SOLR 200mg; SUSR 40mg/ml	\$0(2)	NDS, PA
<i>voriconazole</i> TABS 50mg	\$0(1)	QL (480 tabs / 30 days), PA
<i>voriconazole</i> TABS 200mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days), PA
ANTIMALARIALS - DRUGS TO TREAT MALARIA		
<i>atovaquone-proguanil hcl tab</i> 62.5-25 mg	\$0(1)	
<i>atovaquone-proguanil hcl tab</i> 250-100 mg	\$0(1)	

* - 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 TBPk 300mg	\$0(2)	NDS, NM, LA
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> TABS 300mg	\$0(1)	NM
TIVICAY TABS 10mg	\$0(2)	NM
TIVICAY TABS 25mg, 50mg	\$0(2)	NDS, NM
TIVICAY PD TBSO 5mg	\$0(2)	NDS, NM
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	\$0(2)	NDS, NM, LA
TYBOST TABS 150mg	\$0(2)	NM
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	\$0(2)	NDS, NM
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
TRECTOR 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
<i>lamivudine (hbv)</i> TABS 100mg	\$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
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)	
CEFACTOR 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)	
<i>cefixime</i> CAPS 400mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	\$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>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>erythrocin stearate</i> TABS 250mg	\$0(1)	
<i>erythromycin base</i> CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	\$0(1)	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> TABS 400mg	\$0(1)	
<i>erythromycin lactobionate</i> SOLR 500mg	\$0(1)	
FLUOROQUINOLONES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
CIPRO SUSR 500mg/5ml	\$0(2)	
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</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>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)	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) 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>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)	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 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> 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)	
NUZYRA <i>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
TIGECYCLINE <i>SOLR</i> 50mg	\$0(2)	NDS
ANTINEOPLASTIC AGENTS - DRUGS TO TREAT CANCER		
ALKYLATING AGENTS		
BENDEKA <i>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
CYCLOPHOSPHAMIDE <i>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
CYCLOPHOSPHAMIDE <i>TABS</i> 25mg, 50mg	\$0(2)	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR <i>SOLN</i> 2gm/10ml	\$0(2)	NDS, B/D
GLEOSTINE <i>CAPS</i> 10mg, 40mg	\$0(2)	NM
GLEOSTINE <i>CAPS</i> 100mg	\$0(2)	NDS, NM
LEUKERAN <i>TABS</i> 2mg	\$0(2)	
<i>oxaliplatin SOLN</i> 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml	\$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
<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
ERLEADA TABS 60mg, 240mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
EULEXIN CAPS 125mg	\$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
<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
<i>bexarotene</i> CAPS 75mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>hydroxyurea</i> CAPS 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>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
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

* - 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
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
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

* - 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>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
JAYPIRCA TABS 50mg	\$0(2)	NDS, QL (30 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 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
MEKINIST SOLR .05mg/ml; TABS .5mg, 2mg	\$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
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
SCEMBLIX TABS 20mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
SCEMBLIX TABS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (300 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sorafenib tosylate</i> TABS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
SPRYCEL TABS 20mg, 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
STIVARGA TABS 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
<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
TAGRISSO TABS 40mg, 80mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TALZENNA CAPS .1mg, .35mg, .5mg, .75mg, 1mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
TALZENNA CAPS .25mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
TASIGNA CAPS 50mg, 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
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

* - 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 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
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

* - 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
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)	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab</i> 50-15 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 50-25 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)	
<i>perindopril erbumine TABS 2mg, 4mg, 8mg</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>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)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg</i>	\$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>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)
<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)

* - 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 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)
ANTIARRHYTHMICS - DRUGS TO CONTROL HEART RHYTHM		
<i>amiodarone hcl SOLN 50mg/ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 200mg, 400mg</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>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)
<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)

* - 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
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)	
<i>VASCEPA</i> 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)	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 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
BETA-BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS		
<i>acebutolol hcl</i> CAPS 200mg, 400mg	\$0(1)	
<i>atenolol</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>betaxolol hcl</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>bisoprolol fumarate</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>carvedilol</i> TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg	\$0(1)	
<i>labetalol hcl</i> TABS 100mg, 200mg, 300mg	\$0(1)	
<i>metoprolol succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	\$0(1)	
<i>metoprolol tartrate</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>nadolol</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg	\$0(1)	
<i>nebivolol hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>nebivolol hcl</i> TABS 20mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pindolol</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>propranolol hcl</i> CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg; SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	\$0(1)	
<i>timolol maleate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	\$0(1)	
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS		
<i>amlodipine besylate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>cartia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	\$0(1)	
<i>dilt-xr</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl</i> CP12 60mg, 90mg, 120mg; SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml; TABS 30mg, 60mg, 90mg, 120mg	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl coated beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	\$0(1)	

* - 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 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)	
<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)	

* - 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>torse mide</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)	
<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)	

* - 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>isosorbide mononitrate</i> TABS 10mg, 20mg; TB24 30mg, 60mg, 120mg	\$0(1)	
NITRO-BID OINT 2%	\$0(2)	
<i>nitroglycerin</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr; SOLN .4mg/spray; SUBL .3mg, .4mg, .6mg	\$0(1)	
PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION - DRUGS TO TREAT PULMONARY HYPERTENSION		
ADEMPAS TABS .5mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 2.5mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>ambrisentan</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>bosentan</i> TABS 62.5mg, 125mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
OPSUMIT TABS 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days), NM, PA
<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
VENTAVIS SOLN 10mcg/ml, 20mcg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
CENTRAL NERVOUS SYSTEM - DRUGS TO TREAT NERVOUS SYSTEM DISORDERS		
ANTI-ANXIETY - DRUGS TO TREAT ANXIETY		
<i>alprazolam</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	\$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
<i>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)	
<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)

* - 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
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
<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)	

* - 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
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)
<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)	

* - 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>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>roweepira</i> TABS 500mg	\$0(1)	
<i>rufinamide</i> SUSP 40mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (2400 mL / 30 days), PA
<i>rufinamide</i> TABS 200mg	\$0(1)	QL (480 tabs / 30 days), PA
<i>rufinamide</i> TABS 400mg	\$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), PA
SPRITAM TB3D 250mg	\$0(2)	QL (360 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 500mg	\$0(2)	QL (180 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 750mg	\$0(2)	QL (120 tabs / 30 days)

* - 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
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)
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

* - 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>zonisamide</i> 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		
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 5mg; TBDP 5mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 10mg; TBDP 10mg	\$0(1)	
<i>galantamine hydrobromide</i> CP24 8mg, 16mg, 24mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i> SOLN 4mg/ml	\$0(1)	
<i>galantamine hydrobromide</i> TABS 4mg, 8mg, 12mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>memantine hcl</i> CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml; TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	PA; PA if < 30 yrs
<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg titration pack</i>	\$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)	
<i>rivastigmine</i> PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr	\$0(1)	QL (30 patches / 30 days)
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
ANTIDEPRESSANTS - DRUGS TO TREAT DEPRESSION		
<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	\$0(2)	
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	\$0(2)	
AUVELITY TAB 45-105MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg; TB12 100mg, 150mg, 200mg; TB24 150mg, 300mg	\$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>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)	
<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)	

* - 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>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 10-100mg</i>	\$0(1)	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i>	\$0(1)	
<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)	

* - 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>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>entacapone TABS 200mg</i>	\$0(1)	
INBRIJA CAPS 42mg	\$0(2)	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, LA, PA
NEUPRO PT24 1mg/24hr, 2mg/24hr, 3mg/24hr, 4mg/24hr, 6mg/24hr, 8mg/24hr	\$0(2)	
<i>pramipexole dihydrochloride TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg</i>	\$0(1)	
<i>rasagiline mesylate TABS .5mg, 1mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ropinirole hydrochloride TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg</i>	\$0(1)	
<i>selegiline hcl CAPS 5mg; TABS 5mg</i>	\$0(1)	
<i>trihexyphenidyl hcl SOLN .4mg/ml; TABS 2mg, 5mg</i>	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
ANTIPSYCHOTICS - DRUGS TO TREAT PSYCHOSES		
ABILIFY MAINTENA PRSY 300mg, 400mg	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ABILIFY MAINTENA SRER 300mg, 400mg	\$0(2)	NDS, QL (1 injection / 28 days)
<i>aripiprazole SOLN 1mg/ml</i>	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days)
<i>aripiprazole TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>aripiprazole TBDP 10mg, 15mg</i>	\$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)

* - 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
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)	
<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)

* - 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
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)	
<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)

* - 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>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
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER - DRUGS TO TREAT ADHD		
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 5 mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 10 mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 15 mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 20 mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 25 mg	\$0(1)	QL (30 caps / 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
<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
<i>guanfacine hcl (adhd) TB24 3mg</i>	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>metadate er TBCR 20mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl SOLN 5mg/5ml</i>	\$0(1)	QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl SOLN 10mg/5ml</i>	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl TABS 5mg, 10mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl TABS 20mg; TBCR 10mg, 20mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
HYPNOTICS - DRUGS TO TREAT INSOMNIA		
BELSOMRA TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg	\$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
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
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)

* - 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>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
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

* - 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>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
<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

* - 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
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 2-0.5 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (60 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> 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; *
<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; *

* - 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>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)	
<i>nicotine</i> PT24 7mg/24hr, 14mg/24hr, 21mg/24hr	\$0(3)	NM; *
<i>nicotine mini lozenge</i> LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>nicotine polacrilex</i> GUM 2mg, 4mg; LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>nicotine polacrilex mini</i> LOZG 2mg	\$0(3)	NM; *
NICOTINE SYS KIT TRANSDER	\$0(3)	NM; *
<i>nicotine transdermal syst</i> PT24 7mg/24hr, 14mg/24hr, 21mg/24hr	\$0(3)	NM; *
NICOTROL INHALER INHA 10mg	\$0(2)	
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	\$0(2)	
<i>sm nicotine</i> GUM 4mg; LOZG 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm nicotine polacrilex</i> GUM 2mg, 4mg; LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm nicotine transdermal s</i> PT24 7mg/24hr, 14mg/24hr, 21mg/24hr	\$0(3)	NM; *
<i>varenicline tartrate</i> TABS .5mg, 1mg	\$0(1)	QL (56 tabs / 28 days), 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

* - 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
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)
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)

* - 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>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)
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)

* - 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
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)	
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)

* - 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
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)	
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

* - 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>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
VELTASSA PACK 8.4gm, 16.8gm, 25.2gm	\$0(2)	
CONTRACEPTIVES - DRUGS FOR BIRTH CONTROL		
<i>afirmelle</i>	\$0(1)	
<i>aftera</i> TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
AIMSCO MIS LUBRICAT	\$0(3)	NM; *
<i>altavera</i>	\$0(1)	
<i>alyacen 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)	

* - 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>aurovela fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>aviane</i>	\$0(1)	
<i>ayuna</i>	\$0(1)	
<i>azurette</i>	\$0(1)	
<i>balziva</i>	\$0(1)	
<i>blisovi 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>briellyn</i>	\$0(1)	
<i>camila TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>camrese</i>	\$0(1)	
<i>camrese lo</i>	\$0(1)	
<i>chateal</i>	\$0(1)	
CONDOMS MIS LUBRICAT	\$0(3)	NM; *
<i>cryselle-28</i>	\$0(1)	
<i>cyred eq</i>	\$0(1)	
<i>dasetta 1/35</i>	\$0(1)	
<i>dasetta 7/7/7</i>	\$0(1)	
<i>daysee</i>	\$0(1)	
<i>deblitane TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>	\$0(1)	
<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	\$0(1)	
<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.03-0.451 mg</i>	\$0(1)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	\$0(1)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	\$0(1)	
DUREX MIS REALFEEL	\$0(3)	NM; *
<i>econtra ez 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)	

* - 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>enilloring</i>	\$0(1)	
<i>enpresse-28</i>	\$0(1)	
<i>enskyce</i>	\$0(1)	
<i>errin</i> TABS .35mg	\$0(1)	
<i>estarylla</i>	\$0(1)	
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab</i> 1 mg-35 mcg	\$0(1)	
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab</i> 1 mg-50 mcg	\$0(1)	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring</i> 0.120-0.015 mg/24hr	\$0(1)	
<i>falmina</i>	\$0(1)	
FANTASY LUBR MIS COLORS	\$0(3)	NM; *
FANTASY LUBR MIS SPERMICI	\$0(3)	NM; *
FANTASY MIS LUBRICAT	\$0(3)	NM; *
FC2 FEMALE MIS CONDOM	\$0(3)	NM; *
FC FEMALE MIS CONDOM	\$0(3)	NM; *
<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</i> TABS .35mg	\$0(1)	
<i>iclevia</i>	\$0(1)	
<i>incassia</i> TABS .35mg	\$0(1)	
<i>introvale</i>	\$0(1)	
<i>isibloom</i>	\$0(1)	
<i>jasmiel</i>	\$0(1)	
<i>jolessa</i>	\$0(1)	
<i>juleber</i>	\$0(1)	
<i>junel 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>junel 1/20</i>	\$0(1)	
<i>junel fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>junel fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>junel fe 24</i>	\$0(1)	

* - 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>kaitlib fe</i>	\$0(1)	
<i>kariva</i>	\$0(1)	
<i>kelnor 1/35</i>	\$0(1)	
<i>kelnor 1/50</i>	\$0(1)	
KIMONO COLOR MIS	\$0(3)	NM; *
KIMONO MICRO MIS THIN	\$0(3)	NM; *
KIMONO MICRO MIS THIN +	\$0(3)	NM; *
KIMONO MIS LUBRICAT	\$0(3)	NM; *
KIMONO MIS SENSATIO	\$0(3)	NM; *
KIMONO PLUS MIS LUBRICAT	\$0(3)	NM; *
KIMONO PLUS MIS SPERMICI	\$0(3)	NM; *
KIMONO SENSAS MIS PLUS	\$0(3)	NM; *
KIMONO SPEC MIS	\$0(3)	NM; *
<i>kurvelo</i>	\$0(1)	
<i>larin 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>larin 1/20</i>	\$0(1)	
<i>larin 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>larin fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>larin fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>layolis fe</i>	\$0(1)	
<i>leena</i>	\$0(1)	
<i>lessina</i>	\$0(1)	
<i>levonest</i>	\$0(1)	
<i>levonor-eth est tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg & eth est 0.01 mg</i>	\$0(1)	
<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)</i>	\$0(1)	
<i>levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)</i>	\$0(1)	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	\$0(1)	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	\$0(1)	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	\$0(1)	

* - 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 (emergency oc) TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	\$0(1)	
<i>levora 0.15/30-28</i>	\$0(1)	
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	\$0(1)	
<i>loestrin 1/20-21</i>	\$0(1)	
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>loestrin fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>loryna</i>	\$0(1)	
<i>low-ogestrel</i>	\$0(1)	
<i>lutra</i>	\$0(1)	
<i>lyleq TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>lyza TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>marlissa</i>	\$0(1)	
MAXX MIS LUBRICAT	\$0(3)	NM; *
MAXX PLUS MIS SPERMICI	\$0(3)	NM; *
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>mibelas 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>microgestin 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>microgestin 1/20</i>	\$0(1)	
<i>microgestin 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>microgestin fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>mili</i>	\$0(1)	
<i>mono-linyah</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)	
<i>portia-28</i>	\$0(1)	
<i>react</i> TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
REALITY MIS LUBRICAT	\$0(3)	NM; *
<i>reclipsen</i>	\$0(1)	
<i>rivelsa</i>	\$0(1)	
<i>setlakin</i>	\$0(1)	
<i>sharobel</i> TABS .35mg	\$0(1)	
<i>simliya</i>	\$0(1)	
<i>simpesse</i>	\$0(1)	
<i>sprintec 28</i>	\$0(1)	
<i>sronyx</i>	\$0(1)	
<i>syeda</i>	\$0(1)	
<i>take action</i> TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>tarina 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	\$0(1)	
<i>tilia fe</i>	\$0(1)	
<i>tri-estarylla</i>	\$0(1)	
<i>tri-legest fe</i>	\$0(1)	
<i>tri-linyah</i>	\$0(1)	
<i>tri-lo-estarylla</i>	\$0(1)	
<i>tri-lo-marzia</i>	\$0(1)	
<i>tri-lo-mili</i>	\$0(1)	
<i>tri-lo-sprintec</i>	\$0(1)	
<i>tri-mili</i>	\$0(1)	
<i>tri-nymyo</i>	\$0(1)	
<i>tri-sprintec</i>	\$0(1)	
<i>tri-vylibra</i>	\$0(1)	
<i>tri-vylibra lo</i>	\$0(1)	
<i>trivora-28</i>	\$0(1)	
TRUSTEX LUBR MIS ASSORTED	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS BANANA	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS CHOC	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS COLA	\$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
TRUSTEX LUBR MIS COLORS	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS EX LARGE	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS EX STR	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS GRAPE	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS RIB/STUD	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS SPERMICI	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS STRWBRY	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS VANILLA	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX MIS BANANA	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX MIS CHOCOLAT	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX MIS FLAVORS	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX MIS MINT	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX MIS STRWBRY	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX MIS VANILLA	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX/RIA MIS LUBRICAT	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX/RIA MIS NON-LUB	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX/RIA MIS SPERMICI	\$0(3)	NM; *
TRUSTX NON-9 MIS RIB/STUD	\$0(3)	NM; *
<i>tydemy</i>	\$0(1)	
<i>velivet</i>	\$0(1)	
<i>vestura</i>	\$0(1)	
<i>vienva</i>	\$0(1)	
<i>viorele</i>	\$0(1)	
<i>vyfemla</i>	\$0(1)	
<i>vylibra</i>	\$0(1)	
<i>wera</i>	\$0(1)	
<i>wymzya fe</i>	\$0(1)	
<i>xulane</i>	\$0(1)	
<i>zafemy</i>	\$0(1)	
<i>zovia 1/35</i>	\$0(1)	
<i>zumandimine</i>	\$0(1)	
ENDOMETRIOSIS		
<i>danazol</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	\$0(1)	
SYNAREL SOLN 2mg/ml	\$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
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)	
<i>mimvey</i>	\$0(2)	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	\$0(2)	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	\$0(2)	
<i>yuvafem</i> TABS 10mcg	\$0(1)	
GLUCOCORTICOIDS - DRUGS TO TREAT INFLAMMATORY RESPONSE		
<i>dexamethasone</i> ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	\$0(1)	
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/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
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml	\$0(1)	
<i>fludrocortisone acetate</i> TABS .1mg	\$0(1)	
<i>hydrocortisone</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>methylprednisolone</i> TABS 4mg, 8mg, 16mg, 32mg	\$0(1)	B/D
<i>methylprednisolone</i> TBPK 4mg	\$0(1)	
<i>methylprednisolone acetate</i> SUSP 40mg/ml, 80mg/ml	\$0(1)	B/D
<i>methylprednisolone sod succ</i> SOLR 40mg, 125mg, 1000mg	\$0(1)	B/D
<i>prednisolone</i> SOLN 15mg/5ml	\$0(1)	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 5mg/5ml, 15mg/5ml, 25mg/5ml	\$0(1)	B/D
<i>prednisone</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	\$0(1)	B/D
<i>prednisone</i> TBPK 5mg, 10mg	\$0(1)	
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	\$0(2)	B/D
SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg	\$0(2)	
GLUCOSE ELEVATING AGENTS - DRUGS TO TREAT LOW BLOOD SUGAR		
BD GLUCOSE CHEW 5gm	\$0(3)	NM; *
<i>cvs glucose</i> GEL 40%	\$0(3)	NM; *
CVS GLUCOSE CHW FRUIT	\$0(3)	NM; *
CVS GLUCOSE CHW RASPBERRY	\$0(3)	NM; *
DEX4 CHW FRUIT	\$0(3)	NM; *
DEX4 CHW GRAPE	\$0(3)	NM; *
DEX4 CHW ORANGE	\$0(3)	NM; *
DEX4 CHW RASPBERRY	\$0(3)	NM; *
DEX4 CHW SOUR APL	\$0(3)	NM; *
DEX4 CHW WATERMLN	\$0(3)	NM; *
DEX4 POUCH CHW PACK	\$0(3)	NM; *
DEX4 QUICK DISSOLVE GLUCO CHEW 4gm	\$0(3)	NM; *

* - 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>diazoxide</i> SUSP 50mg/ml	\$0(2)	NDS
<i>gluco burst</i> GEL 40%	\$0(3)	NM; *
GLUCOSE CHEW 4gm	\$0(3)	NM; *
GLUCOSE CHW FRUIT	\$0(3)	NM; *
GLUCOSE CHW GRAPE	\$0(3)	NM; *
GLUCOSE CHW ORANGE	\$0(3)	NM; *
GLUCOSE CHW RASPBERRY	\$0(3)	NM; *
GLUCOSE CHW WATERMLN	\$0(3)	NM; *
GNP GLUCOSE CHW GRAPE	\$0(3)	NM; *
GNP GLUCOSE CHW ORANGE	\$0(3)	NM; *
GNP GLUCOSE CHW RASPBERRY	\$0(3)	NM; *
GNP GLUCOSE CHW WATERMLN	\$0(3)	NM; *
GNP QUICK DISSOLVE GLUCOS CHEW 4gm	\$0(3)	NM; *
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	\$0(2)	
GVOKE KIT SOLN 1mg/0.2ml	\$0(2)	
GVOKE PFS SOSY .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	\$0(2)	
INSTA-GLUCOSE GEL 77.4%	\$0(3)	NM; *
KROG GLUCOSE CHW ORANGE	\$0(3)	NM; *
KROG GLUCOSE CHW RASPBERRY	\$0(3)	NM; *
KROG GLUCOSE CHW WATERMLN	\$0(3)	NM; *
LEADER QUICK DISSOLVE GLU CHEW 4gm	\$0(3)	NM; *
PX GLUCOSE CHW FRUIT	\$0(3)	NM; *
PX GLUCOSE CHW ORANGE	\$0(3)	NM; *
PX GLUCOSE CHW RASPBERRY	\$0(3)	NM; *
PX GLUCOSE CHW SOUR APL	\$0(3)	NM; *
SM GLUCOSE CHEW 4gm	\$0(3)	NM; *
SM GLUCOSE CHW ORANGE	\$0(3)	NM; *
SM GLUCOSE CHW RASPBERRY	\$0(3)	NM; *
TRUEPLUS GLUCOSE GEL GEL 15gm/32ml	\$0(3)	NM; *
<i>value plus glucose</i> GEL 40%	\$0(3)	NM; *
VP GLUCOSE CHW FRUIT	\$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
VP GLUCOSE CHW GRAPE	\$0(3)	NM; *
WALGREENS GLUCOSE CHEW 4gm	\$0(3)	NM; *
MISCELLANEOUS		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>betaine powder for oral solution</i>	\$0(2)	NDS, NM, LA
<i>cabergoline</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
CHEMSTRIP 5 TES OB	\$0(3)	NM; *
CHEMSTRIP 7 TES	\$0(3)	NM; *
CHEMSTRIP 10 TES MD	\$0(3)	NM; *
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 30mg	\$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
CVS KETONE TES CARE	\$0(3)	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 MINIQUICK PRSY .2mg, .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>javygtor</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
KETO-DIASTIX TES	\$0(3)	NM; *
KORLYM TABS 300mg	\$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>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	\$0(1)	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH KIT 45mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>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
OVIDREL INJ 250mcg/0.5ml	\$0(3)	NM; *
PRECISN XTRA TES KETONE	\$0(3)	NM; *
<i>raloxifene hcl</i> TABS 60mg	\$0(1)	
<i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
PHOSPHATE BINDER AGENTS - DRUGS TO REGULATE CALCIUM AND PHOSPHORUS LEVELS		
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> CAPS 667mg	\$0(1)	QL (360 caps / 30 days)

* - 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>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)
<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)	

* - 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
SYNTHROID TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	\$0(2)	
<i>unithroid</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	\$0(1)	
VITAMIN D ANALOGS		
<i>calcitriol</i> CAPS .25mcg, .5mcg	\$0(1)	B/D
<i>calcitriol (oral)</i> SOLN 1mcg/ml	\$0(1)	B/D
<i>paricalcitol</i> CAPS 1mcg, 2mcg, 4mcg	\$0(1)	B/D
RAYALDEE CPCR 30mcg	\$0(2)	NDS
GASTROINTESTINAL - DRUGS TO TREAT STOMACH AND INTESTINAL DISORDERS		
ANTACIDS		
<i>acid gone</i>	\$0(3)	NM; *
<i>almacone double strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>alum & mag hydroxide-simethicone susp 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>alum & mag hydroxide-simethicone susp 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<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; *

* - 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>calcium antacid extra str</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
CALCIUM CARBONATE TABS 648mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate (antacid)</i> CHEW 500mg; SUSP 1250mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid & anti-gas ma</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid & anti-gas/re</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid and anti-gas/</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid anti-gas/maxi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid extra strengt</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid/regular stren</i>	\$0(3)	NM; *
<i>heartburn relief extra st</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm 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</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm antacid regular streng</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm calcium antacid extra</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
MAG-AL LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>mag-al plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mag-al plus xs</i>	\$0(3)	NM; *
<i>magnesium oxide</i> TABS 400mg, 420mg	\$0(3)	NM; *
<i>mintox maximum strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mintox plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc antacid/anti-gas</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc antacid/anti-gas maxim</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>sb antacid extra strength</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm antacid advanced</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm antacid advanced maxi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm antacid/antigas</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium antacid extra</i> 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>sodium bicarbonate (antacid) TABS 325mg, 650mg</i>	\$0(3)	NM; *
SODIUM POW BICARBON	\$0(3)	NM; *
TUMS CHEWY DELIGHTS CHEW 1177mg	\$0(3)	NM; *
<i>tums smoothies CHEW 750mg</i>	\$0(3)	NM; *
ANTI-DIARRHEAL		
<i>abatineX CAPS 680mg</i>	\$0(3)	NM; *
ACIDOPHILUS WAFR 1mg	\$0(3)	NM; *
<i>acidophilus extra strengt</i>	\$0(3)	NM; *
<i>acidophilus probiotic CAPS 10mg, 100mg; TABS .5mg, 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>acidophilus probiotic for</i>	\$0(3)	NM; *
ACIDOPHILUS WAF	\$0(3)	NM; *
ACIDOPHILUS/ TAB CIT PECT	\$0(3)	NM; *
ACIDOPHILUS/ WAF BIFIDUS	\$0(3)	NM; *
<i>anti-diarrheal CAPS 2mg; SOLN 1mg/7.5ml; TABS 2mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>azo complete feminine bal</i>	\$0(3)	NM; *
AZO DUAL CAP PROTECT	\$0(3)	NM; *
BIO-K PLUS CAP STRONG	\$0(3)	NM; *
BIOMEPRO CAP	\$0(3)	NM; *
BIOMEPRO LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>bismatrol CHEW 262mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>bismuth subsalicylate CHEW 262mg</i>	\$0(3)	NM; *
CULTURELLE CAP WOMENS	\$0(3)	NM; *
<i>culturelle prenatal welln</i>	\$0(3)	NM; *
<i>culturelle total balance</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs acidophilus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs acidophilus probiotic TABS .5mg, 5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql digestive probiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql probiotic acidophilusOMInterface</i>	\$0(3)	NM; *
FLORAJEN CAP ACIDOPHI	\$0(3)	NM; *
FLORAJEN CAP WOMEN	\$0(3)	NM; *
<i>floranex</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>freeze dried acidophilus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp anti-diarrheal</i> CAPS 2mg; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp loperamide hydrochlor</i> SOLN 1mg/7.5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pink bismuth</i> CHEW 262mg; TABS 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp stomach relief</i> SUSP 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 acidophilus probiotic</i> TABS 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm anti-diarrheal</i> CAPS 2mg; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm stomach relief</i> CHEW 262mg; SUSP 525mg/30ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm stomach relief ultra</i> SUSP 525mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>intestinex</i> CAPS 600mg	\$0(3)	NM; *
KALA TAB	\$0(3)	NM; *
<i>lactinex</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lactobacillus</i> CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>*lactobacillus - packet**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*lactobacillus acidophilus-pectin cap**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*lactobacillus cap**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lactobacillus extra stren</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lactobacillus probiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*lactobacillus tab**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>loperamide hcl</i> SOLN 1mg/7.5ml, 2mg/15ml	\$0(3)	NM; *
MORE-DOPHILUS ACIDOPHILUS POWD 1550mg/1.55gm	\$0(3)	NM; *
<i>probiata</i>	\$0(3)	NM; *
<i>probiotic acidophilus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>probiotic acidophilus sup</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
PROBIOTIC CAP	\$0(3)	NM; *
<i>probiotic gold extra stre</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc anti-diarrheal CAPS 2mg; TABS 2mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra digestive health</i>	\$0(3)	NM; *
REPHRESH CAP PRO-B	\$0(3)	NM; *
<i>sb anti-diarrhea TABS 2mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm acidophilus CAPS 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm anti-diarrheal CAPS 2mg; SOLN 1mg/7.5ml; TABS 2mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm stomach relief CHEW 262mg; TABS 262mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm stomach relief liquid SUSP 525mg/30ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stomach relief CHEW 262mg; SUSP 525mg/30ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stomach relief extra stre SUSP 525mg/15ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stomach relief ultra SUSP 525mg/15ml</i>	\$0(3)	NM; *
ANTIEMETICS - DRUGS FOR NAUSEA AND VOMITING		
<i>aprepitant CAPS 40mg, 80mg, 125mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>compro SUPP 25mg</i>	\$0(1)	
<i>driminate TABS 50mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dronabinol CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	\$0(1)	B/D, QL (60 caps / 30 days)
<i>gnp motion sickness relie TABS 25mg, 50mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>granisetron hcl SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml</i>	\$0(1)	
<i>granisetron hcl TABS 1mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>hm motion sickness TABS 50mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm motion sickness relief TABS 25mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>meclizine hcl CHEW 25mg; TABS 12.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>meclizine hcl TABS 12.5mg, 25mg</i>	\$0(2)	
<i>metoclopramide hcl SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml; TABS 5mg, 10mg</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>motion sickness relief</i> TABS 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>motion sickness relief/le</i> TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>motion-time</i> CHEW 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>ondansetron</i> TBP 4mg, 8mg	\$0(1)	B/D
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml; SOSY 4mg/2ml	\$0(1)	
<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
<i>sm motion sickness</i> TABS 25mg, 50mg	\$0(3)	NM; *
ANTISPASMODICS - DRUGS FOR STOMACH SPASMS		
<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; SOLN 10mg/5ml; TABS 20mg	\$0(2)	
<i>glycopyrrolate</i> TABS 1mg, 2mg	\$0(1)	
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)	

* - 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>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>sb acid reducer</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm acid reducer</i> TABS 10mg, 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm acid reducer maximum s</i> TABS 20mg	\$0(3)	NM; *
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
<i>balsalazide disodium</i> CAPS 750mg	\$0(1)	
<i>budesonide</i> CPEP 3mg	\$0(1)	QL (90 caps / 30 days), PA
<i>budesonide</i> TB24 9mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> ENEM 100mg/60ml	\$0(1)	
<i>mesalamine</i> CP24 .375gm	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> CPDR 400mg	\$0(1)	QL (180 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm; SUPP 1000mg	\$0(1)	
<i>mesalamine</i> TBEC 1.2gm	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>mesalamine w/ cleanser</i> KIT 4gm	\$0(1)	
<i>sulfasalazine</i> TABS 500mg; TBEC 500mg	\$0(1)	
LAXATIVES		
<i>bisacodyl</i> SUPP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>bisacodyl ec</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium polycarbophil</i> TABS 625mg	\$0(3)	NM; *
<i>castor oil</i> OIL 100%	\$0(3)	NM; *
<i>castor oil stimulant laxa</i> OIL 100%	\$0(3)	NM; *
<i>chocolated laxative regul</i> CHEW 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>clearlax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *

* - 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>colace 2-in-1</i>	\$0(3)	NM; *
COLACE CLEAR CAPS 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>constulose SOLN 10gm/15ml</i>	\$0(1)	
<i>cvs castor oil OIL 100%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>docu LIQD 50mg/5ml, 100mg/10ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>docusate calcium CAPS 240mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>docusate mini ENEM 283mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>docusate sodium CAPS 100mg, 250mg; LIQD 50mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
DOCUSOL KIDS ENEM 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>docusol mini ENEM 283mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>docusol plus mini-enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dok CAPS 100mg; TABS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>enema ready-to-use</i>	\$0(3)	NM; *
<i>enemeez mini ENEM 283mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>enemeez plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>enulose SOLN 10gm/15ml</i>	\$0(1)	
<i>eql castor oil OIL 100%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fiber laxative TABS 625mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fiber-lax TABS 625mg</i>	\$0(3)	NM; *
FLEET BISACODYL ENEM 10mg/30ml	\$0(3)	NM; *
FLEET ENE PED	\$0(3)	NM; *
<i>gavilax POWD 17gm/scoop</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gavilyte-c</i>	\$0(1)	
<i>gavilyte-g</i>	\$0(1)	
<i>generlac SOLN 10gm/15ml</i>	\$0(1)	
<i>gentle laxative SUPP 10mg; TBEC 5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>glycolax POWD 17gm/scoop</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp castor oil OIL 100%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp clearlax PACK 17gm; POWD 17gm/scoop</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp fiber powder POWD 43%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp fiber therapy TABS 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp fiber-caps TABS 625mg</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>gnp gentle laxative</i> SUPP 10mg; TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp laxative</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp milk of magnesia</i> SUSP 1200mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mineral oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp senna lax</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp senna plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp stool softener</i> CAPS 100mg, 240mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp stool softener/stimul</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp womens gentle laxativ</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
GOLYTELY SOL	\$0(2)	
<i>goodsense clearlax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>healthylax</i> PACK 17gm	\$0(3)	NM; *
<i>hm clearlax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>hm enema mineral oil</i> ENEM 100%	\$0(3)	NM; *
<i>hm enema saline laxative</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm fiber</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm laxative</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm magnesium citrate</i> SOLN 1.745gm/30ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm milk of magnesia</i> SUSP 1200mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm senna</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm stool softener</i> CAPS 100mg, 250mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm stool softener/stimula</i>	\$0(3)	NM; *
KONSYL DAILY FIBER PACK 100%; POWD 60.3%, 100%	\$0(3)	NM; *
<i>konsyl daily fiber</i> POWD 28.3%	\$0(3)	NM; *
KONSYL ORIGINAL DAILY FIB PACK 100%	\$0(3)	NM; *
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>laxative maximum strength</i> TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>laxative regular strength</i> TABS 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>magnesium citrate</i> SOLN 1.745gm/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>milk of magnesia</i> SUSP 7.75%, 400mg/5ml, 1200mg/15ml, 2400mg/30ml	\$0(3)	NM; *
<i>milk of magnesia concentr</i> SUSP 2400mg/10ml	\$0(3)	NM; *
<i>mineral oil</i> OIL 100%	\$0(3)	NM; *
<i>mineral oil enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>natural fiber laxative</i> POWD 58.6%	\$0(3)	NM; *
PEDIA-LAX CHEW 400mg; LIQD 50mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln</i> 236 gm	\$0(1)	
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln</i> 420 gm	\$0(1)	
PLENVU SOL	\$0(2)	
<i>polyethylene glycol 3350</i> PACK 17gm; POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>qc enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc gentle laxative</i> SUPP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc magnesium citrate</i> SOLN 1.745gm/30ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc milk of magnesia</i> SUSP 400mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc mineral oil heavy</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc natura-lax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>qc stool softener</i> CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc stool softener plus la</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc stool softener plus st</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb milk of magnesia</i> SUSP 400mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>senexon</i> LIQD 8.8mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>senexon-s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>senna laxative</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>senna plus</i>	\$0(3)	NM; *
SENNALAX CAP 8.6-50MG	\$0(3)	NM; *
<i>senna regular strength</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>senna-lax</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *

* - 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>senna-tabs</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>senna-time</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>senna-time s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sennosides</i> CAPS 8.6mg; LIQD 8.8mg/5ml; SYRP 8.8mg/5ml; TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>sennosides-docusate sodium tab</i> 8.6-50 mg	\$0(3)	NM; *
<i>senokot extra strength</i> TABS 17.2mg	\$0(3)	NM; *
<i>silace</i> LIQD 150mg/15ml; SYRP 60mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm castor oil</i> OIL 100%	\$0(3)	NM; *
<i>sm clearlax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>sm enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm epsom salt</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm fiber</i> POWD 28.3%, 48.57%, 58.6%; TABS 625mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm fiber laxative</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm gentle laxative</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm magnesium citrate</i> SOLN 1.745gm/30ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm milk of magnesia</i> SUSP 1200mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm senna laxative</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm senna-s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm stool softener</i> CAPS 100mg, 250mg; TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm stool softener plus la</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm stool softener/stimula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol</i> 17.5-3.13-1.6 gm/177ml	\$0(1)	
<i>*sodium phosphates - enema***</i>	\$0(3)	NM; *
<i>soluble fiber</i>	\$0(3)	NM; *
SORBITOL SOLN 70%	\$0(3)	NM; *
<i>stimulant laxative</i>	\$0(3)	NM; *
STL SOFT/LAX CAP 8.6-50MG	\$0(3)	NM; *

* - 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>stool softener</i> CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>stool softener + stimulan</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stool softener laxative</i> CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>stool softener plus laxat</i>	\$0(3)	NM; *
SUPREP BOWEL SOL PREP KIT	\$0(2)	
<i>womans laxative</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
MISCELLANEOUS		
<i>alose tron 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)	
GAS RELIEF CAPS 250mg	\$0(3)	NM; *
<i>gas relief</i> CHEW 80mg	\$0(3)	NM; *
<i>gas relief drops infants</i> SUSP 20mg/0.3ml	\$0(3)	NM; *
<i>gas relief extra strength</i> CAPS 125mg; CHEW 125mg	\$0(3)	NM; *
<i>gas relief infants</i> SUSP 20mg/0.3ml	\$0(3)	NM; *
<i>gas relief ultra strength</i> CAPS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>gas-x extra strength</i> CAPS 125mg	\$0(3)	NM; *
<i>gas-x ultra strength</i> CAPS 180mg	\$0(3)	NM; *
GATTEX KIT 5mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>gnp anti-gas ultra streng</i> CAPS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp gas relief</i> CHEW 80mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp gas relief extra stre</i> CHEW 125mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm gas relief</i> CHEW 80mg, 125mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm gas relief extra stren</i> CAPS 125mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm gas relief infants</i> SUSP 20mg/0.3ml	\$0(3)	NM; *
<i>infants simethicone</i> SUSP 20mg/0.3ml	\$0(3)	NM; *
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg	\$0(2)	QL (30 caps / 30 days)
<i>loperamide hcl</i> CAPS 2mg	\$0(1)	
<i>misoprostol</i> TABS 100mcg, 200mcg	\$0(1)	

* - 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
MOVANTI ^K TABS 12.5mg, 25mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>qc gas relief extra stren</i> CAPS 125mg	\$0(3)	NM; *
RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml	\$0(2)	NDS, PA
<i>simethicone</i> CHEW 80mg, 125mg	\$0(3)	NM; *
<i>simethicone drops infants</i> SUSP 20mg/0.3ml	\$0(3)	NM; *
<i>simethicone ultra strengt</i> CAPS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm gas relief</i> CAPS 180mg; CHEW 80mg, 125mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm gas relief antifatuen</i> CAPS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm gas relief drops infan</i> SUSP 20mg/0.3ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm gas relief extra stren</i> CAPS 125mg	\$0(3)	NM; *
<i>sucalfate</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>acid reducer</i> CPDR 20.6mg	\$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>esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg, 40mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg; TBEC 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp omeprazole</i> CPDR 20.6mg; TBEC 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense esomeprazole ma</i> CPDR 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm omeprazole</i> TBEC 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg, 30mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	
<i>omeprazole</i> TBDD 20mg; TBEC 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>omeprazole magnesium</i> CPDR 20.6mg; TBEC 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>pantoprazole sodium</i> SOLR 40mg; TBEC 20mg, 40mg	\$0(1)	
<i>qc esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc omeprazole magnesium</i> CPDR 20.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>rabeprazole sodium</i> TBEC 20mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>sm esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm omeprazole</i> TBEC 20mg	\$0(3)	NM; *
GENITOURINARY - DRUGS TO TREAT GENITAL AND URINARY TRACT CONDITIONS		
BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA - DRUGS TO TREAT ENLARGED PROSTATE		
<i>alfuzosin hcl</i> TB24 10mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)

* - 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>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>gnp urinary pain relief</i> TABS 95mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm urinary pain relief</i> TABS 99.5mg	\$0(3)	NM; *
ORACIT SOL	\$0(3)	NM; *
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	\$0(1)	
<i>sm urinary pain relief</i> TABS 95mg, 99.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm urinary pain relief ma</i> TABS 97.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>urinary pain relief</i> TABS 95mg, 99.5mg	\$0(3)	NM; *
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)
OXYTROL FOR WOMEN PTTW 3.9mg/24hr	\$0(3)	NM; *
<i>solifenacin succinate</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tolterodine tartrate</i> CP24 2mg, 4mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>tolterodine tartrate</i> TABS 1mg, 2mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>tropium chloride</i> TABS 20mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
VAGINAL ANTI-INFECTIVES		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i> CREA 2%	\$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>clotrimazole 3 CREA 2%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>clotrimazole vaginal CREA 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>3 day vaginal CREA 2%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp clotrimazole 3 CREA 2%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp miconazole 1 combinat</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp miconazole 3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp miconazole 7 CREA 2%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>metronidazole vaginal GEL .75%</i>	\$0(1)	
<i>miconazole 3 CREA 4%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>miconazole 3 combination</i>	\$0(3)	NM; *
<i>miconazole 3 combo pack</i>	\$0(3)	NM; *
<i>miconazole 7 CREA 2%; SUPP 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>miconazole nitrate vaginal CREA 2%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc 3 day vaginal cream CREA 4%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc miconazole 7 CREA 2%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm 3-day vaginal CREA 2%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm clotrimazole vaginal CREA 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm miconazole 3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm miconazole 7 CREA 2%; SUPP 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>terconazole vaginal CREA .4%, .8%; SUPP 80mg</i>	\$0(1)	
HEMATOLOGIC - DRUGS TO TREAT BLOOD DISORDERS		
ANTICOAGULANTS - BLOOD THINNERS		
<i>ELIQUIS TABS 2.5mg</i>	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>ELIQUIS TABS 5mg</i>	\$0(2)	QL (74 tabs / 30 days)
<i>ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5mg</i>	\$0(2)	QL (74 tabs / 30 days)
<i>enoxaparin sodium SOLN 300mg/3ml; SOSY 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml, 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>fondaparinux sodium SOLN 2.5mg/0.5ml</i>	\$0(1)	
<i>fondaparinux sodium SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml</i>	\$0(2)	NDS
<i>HEP SOD/D5W INJ 20000UNT</i>	\$0(1)	
<i>HEP SOD/D5W INJ 25000UNT</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
HEP SOD/NAACL INJ 12500UNT	\$0(2)	
HEP SOD/NAACL INJ 25000UNT	\$0(2)	
<i>heparin sodium (porcine)</i> SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	\$0(1)	B/D
HEPARIN/NAACL INJ 25000UNT	\$0(2)	
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>warfarin sodium</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	\$0(1)	
XARELTO SUSR 1mg/ml	\$0(2)	QL (620 mL / 30 days)
XARELTO TABS 2.5mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
XARELTO STAR TAB 15/20MG	\$0(2)	QL (51 tabs / 30 days)
HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS		
PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	\$0(2)	NM, PA
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		
ACCRUFER CAPS 30mg	\$0(3)	NM; *
ACTIVE FE TAB 75-1.25	\$0(3)	NM; *
<i>bprotected pedia iron</i> SOLN 15mg/ml	\$0(3)	NM; *
CENTRATEX CAP	\$0(3)	NM; *
<i>chromagen</i>	\$0(3)	NM; *
<i>corvita 150</i>	\$0(3)	NM; *
CORVITE 150 TAB	\$0(3)	NM; *
CORVITE FE TAB	\$0(3)	NM; *
<i>cvs iron</i> TABS 27mg, 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>cvs slow release iron</i> TBCR 45mg, 143mg	\$0(3)	NM; *
<i>eq slow-release iron</i> TBCR 45mg	\$0(3)	NM; *
<i>eql carbonyl iron</i> TABS 45mg	\$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>eql iron supplement thera</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>eql slow release iron</i> TBCR 160mg	\$0(3)	NM; *
EZFE 200 CAPS 200mg	\$0(3)	NM; *
FE SULFATE POW	\$0(3)	NM; *
FERAHEME SOLN 510mg/17ml	\$0(3)	NM; *
<i>ferate</i> TABS 27mg	\$0(3)	NM; *
<i>fergon</i> TABS 27mg, 240mg	\$0(3)	NM; *
FERIVA TAB 21/7	\$0(3)	NM; *
FERIVAFAP CAP 110-1MG	\$0(3)	NM; *
<i>ferosul</i> ELIX 220mg/5ml; TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
FERRALET 90 TAB	\$0(3)	NM; *
<i>ferrex 150</i> CAPS 150mg	\$0(3)	NM; *
<i>ferric x-150</i> CAPS 150mg	\$0(3)	NM; *
<i>ferrous gluconate</i> TABS 27mg, 240mg, 324mg	\$0(3)	NM; *
FERROUS GLUCONATE TABS 324mg	\$0(3)	NM; *
FERROUS SULFATE LIQD 220mg/5ml; TBEC 324mg	\$0(3)	NM; *
<i>ferrous sulfate</i> SOLN 15mg/ml, 220mg/5ml, 300mg/5ml, 300mg/6.8ml; TABS 28mg, 65mg, 325mg; TBEC 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>ferrous sulfate iron</i> TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>ferrousul</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
FOLIVANE-F CAP	\$0(3)	NM; *
FUSION PLUS CAP	\$0(3)	NM; *
<i>gnp iron</i> TABS 200mg; TBCR 45mg	\$0(3)	NM; *
HEMATEX LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
HEMATEX POLYSACCHARIDE IR TABS 150mg	\$0(3)	NM; *
<i>hematogen</i>	\$0(3)	NM; *
HEMATOGEN FA CAP	\$0(3)	NM; *
<i>hematogen forte</i>	\$0(3)	NM; *
HEMOCYTE PLS CAP	\$0(3)	NM; *
<i>hemocyte-f</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm iron</i> TABS 65mg	\$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>iferex 150</i> CAPS 150mg	\$0(3)	NM; *
<i>iferex 150 forte</i>	\$0(3)	NM; *
INFED SOLN 50mg/ml	\$0(3)	NM; *
INJECTAFER SOLN 750mg/15ml	\$0(3)	NM; *
INTEGRA F CAP	\$0(3)	NM; *
INTEGRA PLUS CAP	\$0(3)	NM; *
IRON TABS 90mg, 256mg; TBCR 140mg	\$0(3)	NM; *
<i>iron 27</i> TABS 240mg	\$0(3)	NM; *
IRON CHEWS PEDIATRIC CHEW 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>iron slow release</i> TBCR 45mg, 143mg	\$0(3)	NM; *
IRON SLOW RELEASE TBCR 140mg	\$0(3)	NM; *
<i>iron supplement</i> SOLN 220mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>iron supplement childrens</i> SOLN 15mg/ml	\$0(3)	NM; *
IRON UP LIQD 15mg/0.5ml	\$0(3)	NM; *
IROSPAN 24/6 MIS	\$0(3)	NM; *
<i>kp ferrous gluconate</i> TABS 324mg	\$0(3)	NM; *
<i>kp ferrous sulfate</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
MONOFERRIC SOLN 1000mg/10ml	\$0(3)	NM; *
<i>myferon 150</i> CAPS 150mg	\$0(3)	NM; *
NEPHRON FA TAB	\$0(3)	NM; *
NIFEREX TAB	\$0(3)	NM; *
NOVAFERRUM 50 CAPS 50mg	\$0(3)	NM; *
NOVAFERRUM 125 LIQD 125mg/5ml	\$0(3)	NM; *
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROP LIQD 15mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>nu-iron 150</i> CAPS 150mg	\$0(3)	NM; *
NUFERA TAB	\$0(3)	NM; *
<i>pc pediatric iron drops</i> SOLN 15mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>poly-iron 150</i> CAPS 150mg	\$0(3)	NM; *
<i>polysaccharide iron complex</i> CAPS 150mg	\$0(3)	NM; *
PROFE CAPS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>purevit dualfe plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>px iron</i> TABS 27mg, 200mg	\$0(3)	NM; *

* - 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>qc ferrous sulfate</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>ra high potency iron</i> TABS 27mg	\$0(3)	NM; *
<i>ra iron</i> TABS 27mg, 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>ra slow release iron</i> TBCR 45mg	\$0(3)	NM; *
<i>se-tan plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>slow iron</i> TBCR 160mg	\$0(3)	NM; *
<i>slow release iron</i> TBCR 45mg, 50mg, 160mg	\$0(3)	NM; *
SLOW RELEASE IRON TBCR 47.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>slow-release iron</i> TBCR 45mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm iron</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm iron slow release</i> TBCR 142mg, 160mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm slow release iron</i> TBCR 142mg	\$0(3)	NM; *
SM SLOW RELEASE IRON TBCR 143mg	\$0(3)	NM; *
<i>sodium ferric gluconate complex in sucrose</i> SOLN 12.5mg/ml	\$0(3)	NM; *
TARON FORTE CAP	\$0(3)	NM; *
<i>tricon</i>	\$0(3)	NM; *
TRIFERIC PACK 272mg	\$0(3)	NM; *
<i>trigels-f forte</i>	\$0(3)	NM; *
VENOFER SOLN 20mg/ml	\$0(3)	NM; *
VIRT-FEFA CAP PLUS	\$0(3)	NM; *
<i>wee care</i> SUSP 15mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
MISCELLANEOUS		
<i>anagrelide hcl</i> CAPS .5mg, 1mg	\$0(1)	
BERINERT KIT 500unit	\$0(2)	NDS, QL (24 boxes / 30 days), NM, LA, PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	\$0(1)	
DOPTELET TABS 20mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	\$0(2)	
ENDARI PACK 5gm	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
HAEGARDA SOLR 2000unit	\$0(2)	NDS, QL (30 vials / 30 days), NM, LA, PA
HAEGARDA SOLR 3000unit	\$0(2)	NDS, QL (20 vials / 30 days), NM, LA, PA

* - 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>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)	
IMMUNOLOGIC AGENTS - DRUGS TO TREAT DISORDERS OF THE IMMUNE SYSTEM		
AUTOIMMUNE AGENTS		
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

* - 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
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
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

* - 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
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		
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> TABS 200mg	\$0(1)	
<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

* - 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
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
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

* - 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>gengraf</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	\$0(1)	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> CAPS 250mg; TABS 500mg	\$0(1)	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> SUSR 200mg/ml	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>mycophenolate sodium</i> TBEC 180mg, 360mg	\$0(1)	B/D, NM
NULOJIX SOLR 250mg	\$0(2)	NDS, B/D, NM
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	\$0(2)	B/D, NM
REZUROCK TABS 200mg	\$0(2)	NDS, 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)	
DENG VAXIA 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)	
IPOL INJ INACTIVE	\$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
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)	
RABAVERT 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
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)	

* - 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
MISCELLANEOUS		
MISCELLANEOUS		
ACETAMIN POW	\$0(3)	NM; *
AQUABASE OIN	\$0(3)	NM; *
AZ CREAM CRE	\$0(3)	NM; *
1ST BASE CRE	\$0(3)	NM; *
BENZYL ALC LIQ	\$0(3)	NM; *
BENZYL BENZO LIQ	\$0(3)	NM; *
BIOTIN POW	\$0(3)	NM; *
BIOTIN-D POW	\$0(3)	NM; *
BLENDED SUSP SUS COMPOUND	\$0(3)	NM; *
CAFFEINE POW ANHYDROU	\$0(3)	NM; *
CASTOR OIL	\$0(3)	NM; *
CHOLESTEROL POW	\$0(3)	NM; *
CHOLESTEROL POW ACETATE	\$0(3)	NM; *
CITRULLINE POW (L)	\$0(3)	NM; *
COENZYME Q10 POW	\$0(3)	NM; *
CREAM BASE CRE	\$0(3)	NM; *
CYANOCOBAL POW	\$0(3)	NM; *
CYANOCOBALAM CRY	\$0(3)	NM; *
EMOLLIENT CRE BASE	\$0(3)	NM; *
FATTIBASE OIN	\$0(3)	NM; *
FLAVOR SWEET SYP S/F	\$0(3)	NM; *
GLYCERIN LIQD 99%, 99.5%	\$0(3)	NM; *
GLYCERIN LIQ	\$0(3)	NM; *
GRAPE SYP	\$0(3)	NM; *
H-COSMETIC CRE ARBEM	\$0(3)	NM; *
HM CASTOR OIL	\$0(3)	NM; *
HYDROPHILIC OIN PETROLAT	\$0(3)	NM; *
HYDROUS CRE EMULSIFI	\$0(3)	NM; *
HYDROXOCOBAL POW	\$0(3)	NM; *
L-CARNITINE POW	\$0(3)	NM; *
L-CITRULLINE POW	\$0(3)	NM; *
L-LYSINE HCL POW	\$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
L-LYSINE POW	\$0(3)	NM; *
LACTOSE POW	\$0(3)	NM; *
LACTOSE POW ANHYDROU	\$0(3)	NM; *
LACTOSE POW HYDROUS	\$0(3)	NM; *
LACTOSE POW MONOHYDR	\$0(3)	NM; *
LIP BALM OIN BASE	\$0(3)	NM; *
LIOPEN CRE ARBEM	\$0(3)	NM; *
LOLLIBASE POW	\$0(3)	NM; *
METHOCEL E4M POW PREMIUM	\$0(3)	NM; *
METHYLCELLUL POW	\$0(3)	NM; *
METHYLCELLUL POW 400CPS	\$0(3)	NM; *
METHYLCELLUL POW 1500CPS	\$0(3)	NM; *
METHYLCELLUL POW 4000CPS	\$0(3)	NM; *
MICRODERM CRE BASE	\$0(3)	NM; *
MICROSOME CRE BASE	\$0(3)	NM; *
MX-SOL BLEND SUS	\$0(3)	NM; *
MX-SOL BLEND SUS SF	\$0(3)	NM; *
MX-SOL SF SYP	\$0(3)	NM; *
MX-SOL SUS SUSPEND	\$0(3)	NM; *
MX-SOL SYP	\$0(3)	NM; *
ORA-BLEND SF SUS	\$0(3)	NM; *
ORA-BLEND SUS	\$0(3)	NM; *
ORA-PLUS LIQ	\$0(3)	NM; *
ORA-SWEET SF SYP	\$0(3)	NM; *
ORA-SWEET SYP	\$0(3)	NM; *
ORAL MIX SF SUS	\$0(3)	NM; *
ORAL MIX SUS SUSPENDI	\$0(3)	NM; *
ORAL SUSPEND LIQ	\$0(3)	NM; *
ORAL SUSPEND SUS PLUS	\$0(3)	NM; *
ORAL SYP FLAVORED	\$0(3)	NM; *
ORAL SYP SF	\$0(3)	NM; *
PCCA BASE CRE 7542	\$0(3)	NM; *
PCCA EMOLLIE CRE BASE	\$0(3)	NM; *
PEG 1000 LIQ	\$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
PEG 3350 POW	\$0(3)	NM; *
PEG BLEND OIN	\$0(3)	NM; *
PEG OIN	\$0(3)	NM; *
PFCB CRE	\$0(3)	NM; *
PHARMABASE CRE ANTIOXID	\$0(3)	NM; *
PHARMABASE CRE COSMETIC	\$0(3)	NM; *
PHARMABASE CRE LIGHT	\$0(3)	NM; *
PHARMABASE CRE VAGINAL	\$0(3)	NM; *
PHYTOBASE CRE	\$0(3)	NM; *
PICODERM CRE	\$0(3)	NM; *
PNA-HRT BASE CRE	\$0(3)	NM; *
POLY GLYCOL POW 8000	\$0(3)	NM; *
POLYBASE OIN	\$0(3)	NM; *
POTASSIUM CRY BROMIDE	\$0(3)	NM; *
PROPYLENE GL LIQ	\$0(3)	NM; *
Q-DERM CRE	\$0(3)	NM; *
QC CASTOR OIL	\$0(3)	NM; *
REJUVACARE CRE PLUS	\$0(3)	NM; *
SALICYLIC POW ACID	\$0(3)	NM; *
SALTSTABLE CRE	\$0(3)	NM; *
SCAR CARE CRE	\$0(3)	NM; *
SESAME OIL	\$0(3)	NM; *
SOD BENZOATE POW	\$0(3)	NM; *
SOD BROMIDE GRA	\$0(3)	NM; *
SOSWEET SYP	\$0(3)	NM; *
SWEETENING S SYP COMPOUND	\$0(3)	NM; *
SYRPALTA SYRP 83%	\$0(3)	NM; *
SYRSPEND SF LIQ	\$0(3)	NM; *
SYRSPEND SF SUS	\$0(3)	NM; *
SYRSPEND SF SUS ALKA	\$0(3)	NM; *
THEOPHYLLINE POW ANHYDROU	\$0(3)	NM; *
U-BASE CRE	\$0(3)	NM; *
UNISPEND ANH SUS SWEETENE	\$0(3)	NM; *
V-MAX CRE	\$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
VANIBASE CRE	\$0(3)	NM; *
VANISHING CRE BOTANCAL	\$0(3)	NM; *
VERSATILE CRE BASE	\$0(3)	NM; *
VERSIGEL CRE	\$0(3)	NM; *
WOUND CARE CRE	\$0(3)	NM; *
XCEL 100 CRE	\$0(3)	NM; *
NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS - VITAMINS AND SUPPLEMENTS		
ELECTROLYTES		
<i>advantage care oral elect</i>	\$0(3)	NM; *
BIOLYTE SOL CITRUS	\$0(3)	NM; *
<i>ceralyte 70</i>	\$0(3)	NM; *
CERASPORT SOL	\$0(3)	NM; *
CERASPORT SOL EX1	\$0(3)	NM; *
<i>cvs electrolyte solution</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs pediatric electrolyte</i>	\$0(3)	NM; *
ENFAMIL SOL ENFALYTE	\$0(3)	NM; *
<i>gnp electrolyte solution</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pediatric electrolyte</i>	\$0(3)	NM; *
<i>h-e-b oral electrolyte so</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm pediatric electrolyte</i>	\$0(3)	NM; *
HYDRALYTE SOL LEMONADE	\$0(3)	NM; *
HYDRALYTE SOL ORANGE	\$0(3)	NM; *
KINDERLYTE SOL	\$0(3)	NM; *
KINDERLYTE SOL PREMAX	\$0(3)	NM; *
MEDI-LYTE TAB	\$0(3)	NM; *
<i>*oral electrolyte solution***</i>	\$0(3)	NM; *
<i>oralyte</i>	\$0(3)	NM; *
<i>oralyte freezer pops</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pedia vance</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pediatric electrolyte</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pediatric electrolyte fre</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pediatric electrolyte/zin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra pediatric electrolyte</i>	\$0(3)	NM; *
<i>rehydralyte</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>sb pediatric electrolyte</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm pediatric electrolyte</i>	\$0(3)	NM; *
THERMOTABS TAB	\$0(3)	NM; *
ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE		
D2.5W/NACL INJ 0.45%	\$0(2)	
D5W/LYTES INJ #48	\$0(2)	
D10W/NACL INJ 0.2%	\$0(2)	
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i>	\$0(1)	
ISOLYTE-P INJ /D5W	\$0(2)	
ISOLYTE-S INJ	\$0(2)	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	\$0(2)	
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj.</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 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)	

* - 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
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
ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL		
<i>klor-con PACK 20meq</i>	\$0(1)	
<i>klor-con 8 TBCR 8meq</i>	\$0(1)	
<i>klor-con 10 TBCR 10meq</i>	\$0(1)	
<i>klor-con m10 TBCR 10meq</i>	\$0(1)	
<i>klor-con m15 TBCR 15meq</i>	\$0(1)	
<i>klor-con m20 TBCR 20meq</i>	\$0(1)	

* - 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
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		
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	\$0(2)	B/D
<i>clinisol sf 15%</i>	\$0(1)	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	\$0(2)	B/D
<i>dextrose</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
PREMASOL SOL 10%	\$0(2)	NDS, B/D
PROSOL INJ 20%	\$0(2)	B/D
TRAVASOL INJ 10%	\$0(2)	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	\$0(2)	B/D
MINERALS		
CAL-CITRATE CAPS 150mg	\$0(3)	NM; *
CAL-CITRATE TAB PLUS D	\$0(3)	NM; *
CAL-MINT CHEW 260mg	\$0(3)	NM; *
CAL-QUICK LIQ 500-400	\$0(3)	NM; *

* - 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
CALC CITRATE LIQ VIT D3	\$0(3)	NM; *
CALC/VIT D3 CHW DISNEY	\$0(3)	NM; *
CALCI-CHEW CHEW 1250mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcitrate</i> TABS 950mg	\$0(3)	NM; *
CALCIUM CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 500 + d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 500 +d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 500 +d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 500+d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 500+d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 500+d high potenc</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 500/d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 500/vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600</i> TABS 600mg, 1500mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600 + d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600 high potency</i> TABS 600mg	\$0(3)	NM; *
CALCIUM 600 TAB +D	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600 with vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600+d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600+d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600+d3 plus miner</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600+d high potenc</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600+d plus minera</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600-d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600/vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600/vitamin d3</i>	\$0(3)	NM; *
CALCIUM 1000 TAB + D	\$0(3)	NM; *
CALCIUM 1200 CHW	\$0(3)	NM; *
CALCIUM CARB CAP VIT D3	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carb-cholecalcif chew tab 500 mg-2.5mcg (100 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carb-cholecalciferol tab 250 mg-3.125 mcg (125 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carb-cholecalciferol tab 500 mg-10 mcg (400 unit)</i>	\$0(3)	NM; *

* - 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>calcium carb-cholecalciferol tab 600 mg-10 mcg (400 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carb-cholecalciferol tab 600 mg-20 mcg (800 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*calcium carb-vit d w/ minerals chew tab 600 mg-400 unit***</i>	\$0(3)	NM; *
CALCIUM CARBONATE CHEW 260mg, 500mg; POWD 800mg/2gm	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate TABS 500mg, 600mg, 1250mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate-cholecalciferol tab 500 mg-5 mcg(200 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate-cholecalciferol tab 600 mg-5 mcg(200 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate-vitamin d cap 600 mg-5 mcg (200 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate-vitamin d tab 250 mg-3.125 mcg (125 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate-vitamin d tab 500 mg-5 mcg (200 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate-vitamin d tab 600 mg-5 mcg (200 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
CALCIUM CHW 500-10	\$0(3)	NM; *
CALCIUM CHW 500MG	\$0(3)	NM; *
<i>calcium cit-vit d tab 200 mg-6.25 mcg(250 unit) (elem ca)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium cit-vit d tab 315 mg-6.25 mcg(250 unit) (elem ca)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium cit-vitamin d tab 315 mg-5 mcg(200 unit) (elem ca)</i>	\$0(3)	NM; *
CALCIUM CIT/ TAB VIT D	\$0(3)	NM; *
CALCIUM CITRATE GRAN 760mg/3.5gm; TABS 250mg, 1040mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium citrate TABS 200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium citrate + d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium citrate + d3</i>	\$0(3)	NM; *

* - 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>calcium citrate + d3 max</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium citrate + d3 maxi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium citrate +d</i>	\$0(3)	NM; *
CALCIUM CITRATE+ D	\$0(3)	NM; *
<i>calcium citrate+d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium citrate+d3 petite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium citrate/d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium creamies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium extra d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium gummies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium high potency TABS 600mg, 1500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium high potency + vi</i>	\$0(3)	NM; *
CALCIUM LACTATE TABS 100mg, 648mg, 750mg	\$0(3)	NM; *
CALCIUM PLUS CAP VIT D	\$0(3)	NM; *
<i>calcium plus vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium plus vitamin d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium+d3</i>	\$0(3)	NM; *
CALCIUM/D3 CAP 600-2500	\$0(3)	NM; *
<i>calcium/vitamin d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium/vitamin d-3</i>	\$0(3)	NM; *
CALCIUM/VITD CAP 600-400	\$0(3)	NM; *
CALTRATE 600 CHW 600-800	\$0(3)	NM; *
CALTRATE + D TAB 300-800	\$0(3)	NM; *
CHEWABLE CALCIUM CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
CITRACAL CAL CHW GUMMIES	\$0(3)	NM; *
CITRACAL+D3 CHW 250-500	\$0(3)	NM; *
<i>citrus calcium +d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs calcium 600 & vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs calcium 600 + d plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs calcium 600+d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs calcium & vitamin d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs calcium carbonate TABS 1250mg</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>cvs calcium citrate + d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs calcium citrate +d3 m</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs calcium citrate+d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs calcium citrate+d3 pe</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs magnesium TABS 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs magnesium oxide TABS 250mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs oyster shell calcium</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs oyster shell calcium/</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eq calcium 500+d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eq calcium 600+d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eq calcium 600+d+minerals</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eq calcium citrate+d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql calcium 600mg/vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
EQL CALCIUM CAP VIT D	\$0(3)	NM; *
<i>eql calcium citrate w/vit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql calcium citrate/ vita</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql calcium/vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
GALZIN CAPS 25mg, 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp calcium TABS 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp calcium 500 +d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp calcium 600 +d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp calcium 600 +d3/miner</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp calcium 600 +d/minera</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp calcium citrate +d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp calcium citrate+d3 ma</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm calcium 600 & vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm calcium 600 + vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm calcium citrate + vita</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm calcium citrate+d3 pet</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm calcium/vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm calcium/vitamin d/mine</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp calcium 600+d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp calcium 600+d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp calcium citrate+d</i>	\$0(3)	NM; *

* - 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>kp mag-oxide magnesium</i> TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
LIQUID CALCI CAP WITH D3	\$0(3)	NM; *
<i>liquid calcium/d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>liquid calcium/vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
MAG-G TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>mag-oxide</i> TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>magdelay</i> TBEC 64mg	\$0(3)	NM; *
MAGDELAY TBEC 70mg	\$0(3)	NM; *
MAGN CHLORID POW	\$0(3)	NM; *
MAGNESIUM CAPS 400mg; TABS 64mg	\$0(3)	NM; *
MAGNESIUM CITRATE TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
MAGNESIUM EXTRA STRENGTH CAPS 400mg	\$0(3)	NM; *
<i>magnesium gluconate</i> TABS 27.5mg, 500mg	\$0(3)	NM; *
MAGNESIUM GLUCONATE TABS 250mg, 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>magnesium lactate</i> TBCR 7meq	\$0(3)	NM; *
MAGNESIUM OXIDE TABS 420mg	\$0(3)	NM; *
MAGNESIUM OXIDE 400 PACK 240mg	\$0(3)	NM; *
<i>magnesium oxide (mg supplement)</i> CAPS 500mg; TABS 250mg, 400mg, 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>magnesium-oxide</i> TABS 400mg	\$0(3)	NM; *
MAGONATE LIQ 1000/5ML	\$0(3)	NM; *
<i>mgo</i> TABS 400mg	\$0(3)	NM; *
NU-MAG TAB 71.5-119	\$0(3)	NM; *
<i>orazinc</i> CAPS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>os-cal</i>	\$0(3)	NM; *
<i>os-cal calcium + d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>os-cal extra d3</i>	\$0(3)	NM; *
OYS SHELL CA TAB 500 + D	\$0(3)	NM; *
OYS SHL CALC PAK VIT D	\$0(3)	NM; *
<i>oysco 500</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>oysco 500+d</i>	\$0(3)	NM; *
OYST SHELL/D TAB 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>oyster shell</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>oyster shell calcium</i> 250+	\$0(3)	NM; *
<i>oyster shell calcium</i> 500+	\$0(3)	NM; *
<i>oyster shell calcium + d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>oyster shell calcium + d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>oyster shell calcium plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>oyster shell calcium+d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>oyster shell calcium/d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>oyster shell calcium/vita</i>	\$0(3)	NM; *
<i>oystercal</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>oystercal-d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>potassium & sodium phosphates powder pack</i> 280-160-250 mg	\$0(3)	NM; *
<i>pronutrients calcium+d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pure calcium carbonate</i> TABS 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>px calcium&d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc calcium fast dissoluti</i> TABS 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc calcium/minerals/vitam</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra calcium 600</i> TABS 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>ra calcium 600 plus vitam</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra calcium 600/vit d/mine</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra calcium citrate plus v</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra calcium citrate/vitami</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra calcium plus vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra calcium/minerals/vitam</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra hi cal</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra magnesium</i> CAPS 500mg	\$0(3)	NM; *
RISACAL-D TAB	\$0(3)	NM; *
<i>sb calcium + d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb oyster shell calcium</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>slow magnesium chloride/</i>	\$0(3)	NM; *
SLOW-MAG TAB	\$0(3)	NM; *
SLOW-MAG TAB 71.5-119	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium 500/vitamin d3</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>sm calcium 600+d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium 600/vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium /vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium citrate w/vita</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium citrate+ w/vit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium citrate+vitami</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium citrate/vitami</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium/vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium/vitamin d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm magnesium TABS 250mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm oyster shell calcium/v</i>	\$0(3)	NM; *
SOD CHLORIDE GRA	\$0(3)	NM; *
<i>super calcium TABS 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super calcium 600 + d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super calcium 600+d3 400</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super calcium 600+d 400</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tgt calcium + vitamin d3</i>	\$0(3)	NM; *
TR MAG COMPL CAP 400MG	\$0(3)	NM; *
UPCAL D POW	\$0(3)	NM; *
VITAMIN D3 TAB CAL/PHOS	\$0(3)	NM; *
ZINC SULFATE CAPS 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>zinc sulfate CAPS 220mg</i>	\$0(3)	NM; *
ZINC SULFATE POW GRANULAR	\$0(3)	NM; *
ZINC SULFATE POW HEPTAHYD	\$0(3)	NM; *
ZINC SULFATE POW MONOHYD	\$0(3)	NM; *
<i>zinc-220 CAPS 220mg</i>	\$0(3)	NM; *
MISCELLANEOUS		
ALPHA LIPOIC ACID CAPS 50mg, 300mg	\$0(3)	NM; *
ALPHA-LIPOIC ACID CAPS 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>alpha-lipoic acid (thioctic acid) CAPS 100mg, 200mg, 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>arginine CAPS 500mg; TABS 1000mg</i>	\$0(3)	NM; *
ARGININE PACK 500mg; TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
ARGININE2000 PACK 2000mg	\$0(3)	NM; *

* - 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
BOOST BREEZE LIQ ASSORTED	\$0(3)	NM; *
BOOST LIQ BREEZE	\$0(3)	NM; *
<i>co q10 maximum strength</i> CAPS 200mg	\$0(3)	NM; *
CO Q-10 CAPS 75mg	\$0(3)	NM; *
<i>coenzyme q10 (ubidecarenone)</i> CAPS 10mg, 30mg, 50mg, 60mg, 75mg, 100mg, 150mg, 200mg, 300mg, 400mg	\$0(3)	NM; *
<i>coq10 maximum strength</i> CAPS 400mg	\$0(3)	NM; *
COROMEGA EMU OMEGA 3	\$0(3)	NM; *
<i>cvs coenzyme q-10</i> CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>cvs coq-10</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg, 400mg	\$0(3)	NM; *
<i>cvs fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs fish oil half-the-siz</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs gummy fish childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs natural fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs omega-3 gummy fish/dh</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cyto arg</i>	\$0(3)	NM; *
CYTO-Q LIQD 80mg/10ml	\$0(3)	NM; *
CYTO-Q MAX LIQD 100mg/ml	\$0(3)	NM; *
CYTO-Q T/F LIQD 80mg/10ml	\$0(3)	NM; *
ENSURE CLEAR LIQ APPLE	\$0(3)	NM; *
ENSURE CLEAR LIQ BBRY/POM	\$0(3)	NM; *
ENSURE CLEAR LIQ MIX BERY	\$0(3)	NM; *
ENSURE CLEAR LIQ MIX FRUT	\$0(3)	NM; *
ENSURE CLEAR LIQ PEACH	\$0(3)	NM; *
<i>eql coq10</i> CAPS 100mg, 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>eql fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql omega 3 fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql omega-3 fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fish oil adult gummies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fish oil burp-less</i>	\$0(3)	NM; *
FISH OIL CAP 150MG	\$0(3)	NM; *
FISH OIL CAP 180MG	\$0(3)	NM; *
FISH OIL CAP 183.33MG	\$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
FISH OIL CAP 1000MG	\$0(3)	NM; *
FISH OIL CAP 1360MG	\$0(3)	NM; *
FISH OIL CAP 1400MG	\$0(3)	NM; *
FISH OIL CHW 875MG	\$0(3)	NM; *
<i>fish oil concentrate</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fish oil double strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fish oil extra strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fish oil maximum strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fish oil omega-3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fish oil pearls</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fish oil/super potent/no</i>	\$0(3)	NM; *
FRUCTOSE GRA	\$0(3)	NM; *
<i>glutamine powder</i>	\$0(3)	NM; *
GLUTATHIONE POW	\$0(3)	NM; *
<i>gnp co q10 CAPS 60mg, 100mg, 200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
GNP FISH OIL CAP 840MG	\$0(3)	NM; *
<i>gnp fish oil maximum stre</i>	\$0(3)	NM; *
<i>h2q CAPS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>healthy kids gummies omeg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm coq10 CAPS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
HM FISH OIL CAP 554MG	\$0(3)	NM; *
<i>kp fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp omega-3 fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>l-arginine maximum streng TABS 1000mg</i>	\$0(3)	NM; *
L-ARGININE POW	\$0(3)	NM; *
L-GLUTAMINE POW	\$0(3)	NM; *
L-GLUTATHION CRY	\$0(3)	NM; *
L-ISOLEUCINE POW	\$0(3)	NM; *
L-VALINE POW	\$0(3)	NM; *
LIPOIC ACID CAPS 150mg	\$0(3)	NM; *
LIQ-10 SYP	\$0(3)	NM; *
LIQ-10 SYP 50-15/5	\$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>maximum epa</i>	\$0(3)	NM; *
MEGARED KIDS CHW	\$0(3)	NM; *
NEOQ10 CAPS 125mg	\$0(3)	NM; *
<i>norwegian salmon oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>odorless coated fish oil/</i>	\$0(3)	NM; *
OMEGA BABY EMU PRENATAL	\$0(3)	NM; *
<i>omega essentials basic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>omega iii epa+dha</i>	\$0(3)	NM; *
OMEGA-3 2100 CAP 1050MG	\$0(3)	NM; *
OMEGA-3 CAP 350MG	\$0(3)	NM; *
OMEGA-3 CAP 1400MG	\$0(3)	NM; *
OMEGA-3 CAP FISH OIL	\$0(3)	NM; *
<i>omega-3 fatty acids CAPS 500mg, 1000mg, 1200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*omega-3 fatty acids cap 300 mg**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*omega-3 fatty acids cap 435 mg**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*omega-3 fatty acids cap 500 mg**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*omega-3 fatty acids cap 1000 mg**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*omega-3 fatty acids cap 1200 mg**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*omega-3 fatty acids cap delayed release 1000 mg**</i>	\$0(3)	NM; *
OMEGAPURE CAP 780 EC	\$0(3)	NM; *
OMEGAPURE CAP 900 EC	\$0(3)	NM; *
<i>omera</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ovega-3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pure l-arginine hcl CAPS 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
PURE L-CITRULLINE CAPS 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>px fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
Q-GEL CAPS 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>q-gel forte CAPS 30mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>q-gel mega CAPS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>q-gel ultra CAPS 60mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>q-sorb CAPS 30mg, 50mg, 75mg, 150mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>q-sorb co q-10 CAPS 100mg, 200mg</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>ra coenzyme q-10 CAPS 100mg, 200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra l-arginine TABS 1000mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sam-e.p.a.</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb omega-3 fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sea-omega</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sea-omega 30</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm co q-10 CAPS 100mg, 200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm coenzyme q-10 CAPS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm coq-10 CAPS 50mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
SM FISH OIL CAP 554MG	\$0(3)	NM; *
<i>sm omega-3 fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super dha gems</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super omega-3</i>	\$0(3)	NM; *
SUPER TWIN CAP EPA/DHA	\$0(3)	NM; *
<i>the very finest fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>theragran-m fish oil conc</i>	\$0(3)	NM; *
<i>theromega</i>	\$0(3)	NM; *
ULTRA OMEGA3 CAP 1400MG	\$0(3)	NM; *
<i>ultra omega-3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>yl coenzyme q10 CAPS 30mg</i>	\$0(3)	NM; *
VITAMINS		
<i>a thru z advanced</i>	\$0(3)	NM; *
<i>a thru z high potency</i>	\$0(3)	NM; *
<i>a thru z select</i>	\$0(3)	NM; *
<i>a thru z select 50+ advan</i>	\$0(3)	NM; *
<i>a thru z select 50+ mens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>a thru z select advanced</i>	\$0(3)	NM; *
<i>a thru z select ultimate</i>	\$0(3)	NM; *
<i>a thru z ultimate mens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>a-25 CAPS 25000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>a-10000 CAPS 10000unit</i>	\$0(3)	NM; *
ABC COMPLETE TAB WOMEN	\$0(3)	NM; *

* - 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>abc plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>abc plus senior adults 50</i>	\$0(3)	NM; *
<i>abdek pediatric</i>	\$0(3)	NM; *
<i>actical</i>	\$0(3)	NM; *
<i>activite</i>	\$0(3)	NM; *
ADEK CHW PLUS ZN	\$0(3)	NM; *
ADLT ONE DLY CHW GUMMIES	\$0(3)	NM; *
ADULT 50+ CAP OCUVITE	\$0(3)	NM; *
<i>50+ adult eye health</i>	\$0(3)	NM; *
<i>advanced multi ea</i>	\$0(3)	NM; *
<i>advanced stress formula/z</i>	\$0(3)	NM; *
<i>airborne</i>	\$0(3)	NM; *
AIRBORNE CHW	\$0(3)	NM; *
AIRBORNE CHW KIDS	\$0(3)	NM; *
<i>airborne gummies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>airborne immune system</i>	\$0(3)	NM; *
<i>airborne kids</i>	\$0(3)	NM; *
AIRBORNE POW	\$0(3)	NM; *
AIRBORNE+ CHW PROBIOTI	\$0(3)	NM; *
AIRBORNE+ CHW REST	\$0(3)	NM; *
AIRBORNE+ POW STRESS	\$0(3)	NM; *
AIRBORNE+NAT LIQ ENERGY	\$0(3)	NM; *
AIRSHIELD CHW IMMUNITY	\$0(3)	NM; *
ALGAE BASED TAB CALCIUM	\$0(3)	NM; *
ALIVE 50+ TAB WOMENS	\$0(3)	NM; *
ALIVE ENERGY TAB WOMENS	\$0(3)	NM; *
ALIVE WOMENS CHW 50+	\$0(3)	NM; *
ALIVE WOMENS CHW GUMMY	\$0(3)	NM; *
<i>allbee plus vitamin c</i>	\$0(3)	NM; *
AMLADDEX TAB	\$0(3)	NM; *
<i>animal chews</i>	\$0(3)	NM; *
ANIMAL SHAPE CHW IRON	\$0(3)	NM; *
<i>animal shapes</i>	\$0(3)	NM; *
<i>anti-oxidant</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>antioxidant</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antioxidant formula</i>	\$0(3)	NM; *
ANTIOXIDANT TAB FORMULA	\$0(3)	NM; *
<i>antioxidant vitamins</i>	\$0(3)	NM; *
APETIGEN TAB PLUS	\$0(3)	NM; *
AQUA-E LIQD 75unit/ml	\$0(3)	NM; *
AQUADEKS CHW	\$0(3)	NM; *
AQUADEKS DRO	\$0(3)	NM; *
<i>aqueous vitamin d infants</i> LIQD 10mcg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>aqueous vitamin e</i> SOLN 15mg/0.67ml	\$0(3)	NM; *
ASCOR SOLN 25000mg/50ml	\$0(3)	NM; *
<i>ascorbic acid</i> TABS 250mg, 500mg, 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>ascorbic acid tab 500 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ascorbic acid tab 1000 mg</i>	\$0(3)	NM; *
AZO HORMONAL TAB HEALTH	\$0(3)	NM; *
<i>b6 natural</i> TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>b-complex balanced</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*b-complex w/ c & calcium tab***</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*b-complex w/ c & folic acid tab***</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*b-complex w/ c cap**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*b-complex w/ c tab**</i>	\$0(3)	NM; *
B-COMPLEX/FA TAB /VIT C	\$0(3)	NM; *
<i>baby super daily d3</i> LIQD 400ut/0.028ml	\$0(3)	NM; *
<i>baby vitamin d3 drops</i> LIQD 400ut/0.028ml	\$0(3)	NM; *
BACMIN TAB	\$0(3)	NM; *
BARIATRIC CAP MULTIVIT	\$0(3)	NM; *
<i>bec/zinc</i>	\$0(3)	NM; *
<i>berocca</i>	\$0(3)	NM; *
<i>beta carotene</i> CAPS 25000unit	\$0(3)	NM; *
<i>beta carotene provitamin</i> CAPS 25000unit	\$0(3)	NM; *
<i>better b complex</i>	\$0(3)	NM; *
BIO-35 GLUTE CAP FREE	\$0(3)	NM; *

* - 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
BIO-D-MULSION LIQD 400unt/0.04ml	\$0(3)	NM; *
BIO-D-MULSION FORTE LIQD 2000unt/0.04ml	\$0(3)	NM; *
BIOCAL CAP	\$0(3)	NM; *
BIOSUPP LIQ	\$0(3)	NM; *
BIOTECT PLUS LIQ	\$0(3)	NM; *
BIOTIN CAPS 1mg	\$0(3)	NM; *
<i>biotin</i> CAPS 5mg, 10mg, 2500mcg, 5000mcg	\$0(3)	NM; *
<i>biotin 5000</i> CAPS 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>biotin plus/calcium/vit d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>biotin/maximum strength</i> CAPS 5000mcg	\$0(3)	NM; *
BIOVOL SYP	\$0(3)	NM; *
<i>body/hair/skin/nails</i>	\$0(3)	NM; *
BP VIT 3 CAP	\$0(3)	NM; *
<i>bprotected multi-vite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>bprotected pedia d-vite</i> LIQD 400unit/ml	\$0(3)	NM; *
BPROTECTED PEDIA TRI-VITE	\$0(3)	NM; *
<i>c 500</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>c 1000</i> TABS 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>c-250</i> TABS 250mg	\$0(3)	NM; *
<i>c-500</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>c-500/rose hips</i>	\$0(3)	NM; *
<i>c-1000</i> TABS 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>c-1000/rose hips</i>	\$0(3)	NM; *
C-BUFF POW	\$0(3)	NM; *
<i>calcidol</i> SOLN 200mcg/ml	\$0(3)	NM; *
CENT MATURE TAB ADLT 50+	\$0(3)	NM; *
<i>centamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>centavite a-z complete mu</i>	\$0(3)	NM; *
CENTRAL-VITE TAB	\$0(3)	NM; *
<i>centravites</i>	\$0(3)	NM; *
<i>centravites 50 plus</i>	\$0(3)	NM; *
CENTRAVITES TAB 50 PLUS	\$0(3)	NM; *

* - 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
CENTRAVITES TAB ADULTS	\$0(3)	NM; *
CENTRUM 50+ CHW FRSH/FRU	\$0(3)	NM; *
CENTRUM CHW	\$0(3)	NM; *
CENTRUM CHW ADULTS	\$0(3)	NM; *
CENTRUM CHW FLAV BST	\$0(3)	NM; *
CENTRUM CHW MULTI	\$0(3)	NM; *
CENTRUM CHW SILVER	\$0(3)	NM; *
CENTRUM KIDS CHW	\$0(3)	NM; *
CENTRUM KIDS CHW FLAV BST	\$0(3)	NM; *
CENTRUM SPEC TAB HEART	\$0(3)	NM; *
CENTRUM SPEC TAB VISION	\$0(3)	NM; *
CENTRUM TAB CARDIO	\$0(3)	NM; *
CENTRUM TAB SILVER	\$0(3)	NM; *
CENTRUM TAB ULTRA	\$0(3)	NM; *
<i>century</i>	\$0(3)	NM; *
<i>century mature</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cerovite advanced formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cerovite jr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cerovite senior</i>	\$0(3)	NM; *
<i>certa plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>certa-vite</i>	\$0(3)	NM; *
CERTAVIRE TAB SENIOR	\$0(3)	NM; *
CERTAVITE TAB SENIOR	\$0(3)	NM; *
CERTAVITE/ TAB ANTIOXID	\$0(3)	NM; *
<i>certavite/antioxidants</i>	\$0(3)	NM; *
<i>chewable vite childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>chewable vite with iron/c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>childrens animal shapes c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>childrens chewable multiv</i>	\$0(3)	NM; *
<i>childrens chewable vitami</i>	\$0(3)	NM; *
CHILDRENS CHW COMPLETE	\$0(3)	NM; *
<i>childrens gummies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>childrens multivitamin</i>	\$0(3)	NM; *
CHLORELLA CAP	\$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>chlorocaps</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cholecalciferol</i> CAPS 1.25mg, 25mcg, 50mcg, 125mcg, 250mcg, 400unit, 1000unit, 2000unit, 5000unit, 10000unit, 50000unit; CHEW 25mcg, 400unit, 1000unit, 2000unit; LIQD 400unit/ml; TABS 25mcg, 50mcg, 125mcg, 400unit, 1000unit, 2000unit, 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>cholecalciferol cap 1.25 mg (50000 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cholecalciferol cap 250 mcg (10000 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
CITRACAL TAB MAX PLUS	\$0(3)	NM; *
<i>companion</i>	\$0(3)	NM; *
<i>compete</i>	\$0(3)	NM; *
<i>complete</i>	\$0(3)	NM; *
COMPLETE 50+ TAB MENS	\$0(3)	NM; *
COMPLETE 50+ TAB WOMENS	\$0(3)	NM; *
<i>complete multivitamin/mul</i>	\$0(3)	NM; *
<i>complete senior</i>	\$0(3)	NM; *
CONCEPTIONXR MIS MOTILITY	\$0(3)	NM; *
<i>corvita</i>	\$0(3)	NM; *
CULTURELLE CHW MULTIVIT	\$0(3)	NM; *
<i>culturelle kids complete</i>	\$0(3)	NM; *
<i>culturelle kids probiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs airshield</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs airshield effervescen</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs b6 TABS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs b complex plus c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs biotin</i> CAPS 10mg, 5000mcg	\$0(3)	NM; *
<i>cvs chewable childrens vi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs childrens chewable co</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs d3</i> CAPS 400unit, 1000unit, 2000unit, 5000unit; CHEW 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>cvs daily gummies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs daily gummies adult</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs daily multiple for me</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>cv</i> s daily multiple for wo	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s e CAPS 200unit	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s e oil OIL 45mg/0.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s eye health & lutein	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s folic acid TABS 800mcg	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s gummy dinos	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s gummy dinos childrens	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s gummy multivitamin ki	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s mens daily gummies	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s one daily essential	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s one daily mens health	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s one daily womens form	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s spectravite advanced	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s spectravite men	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s spectravite men 50+	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s spectravite senior	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s spectravite ultra hea	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s spectravite ultra wom	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s spectravite women	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s spectravite women 50+	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s stress formula/zinc	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s super b complex/c	\$0(3)	NM; *
CVS VISION CAP HEALTH	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s vitamin a CAPS 8000unit	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s vitamin c TABS 250mg, 500mg, 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s vitamin c/rose hips TABS 500mg, 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s vitamin d3 CAPS 10000unit; CHEW 25mcg, 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s vitamin d childrens g CHEW 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s vitamin e CAPS 180mg, 400unit, 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s womens active daily	\$0(3)	NM; *
<i>cv</i> s womens daily gummies	\$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>cyanocobalamin SOLN 1000mcg/ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d3 CHEW 400unit; TABS 50mcg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d3 adult CHEW 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d3 adult gummy CHEW 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>D3 BABY DROPS LIQD 400ut/0.025ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d3 high potency CAPS 25mcg, 50mcg, 1000unit, 2000unit, 5000unit; TABS 400unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d3 kids CHEW 400unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d3 maximum strength CAPS 5000unit; LIQD 5000unit/ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d3 super strength CAPS 2000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d3 vitamin LIQD 400unit/ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d3-50 CAPS 50000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d3-1000 CAPS 1000unit; TABS 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d2000 ultra strength CAPS 2000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d 400 TABS 400unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d 1000 CAPS 1000unit; CHEW 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d 2000 TABS 2000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d 5000 CAPS 5000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d 10000 CAPS 10000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d-3-5 CAPS 5000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d-400 TABS 400unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d-1000 extra strength TABS 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>d-5000 TABS 5000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily combo multi vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily multi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily multiple vitamins</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily multiple vitamins w</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily multivitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily value multivitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily vitamin formula+ir</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily vitamin formula+iro</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily vitamin formula+min</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>daily vitamins</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily vite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily vite multivitamin/i</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily-vite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily-vite multivitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily-vite/iron/beta-carotene</i>	\$0(3)	NM; *
DDROPS LIQD 1000ut/0.028ml, 2000ut/0.028ml	\$0(3)	NM; *
DECARA CAPS 25000unit	\$0(3)	NM; *
<i>decara</i> CAPS 50000unit	\$0(3)	NM; *
DECARA K CAP	\$0(3)	NM; *
DECUBI-VITE CAP	\$0(3)	NM; *
DEKAS CAP ESSENTIA	\$0(3)	NM; *
DEKAS CHW BARIATRI	\$0(3)	NM; *
DEKAS LIQ ESSENTIA	\$0(3)	NM; *
DEKAS PLUS CAP	\$0(3)	NM; *
DEKAS PLUS CAP OCEAN	\$0(3)	NM; *
DEKAS PLUS CHW	\$0(3)	NM; *
DEKAS PLUS LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>delta d3</i> TABS 400unit	\$0(3)	NM; *
DERMACINRX TAB RIBOT-E	\$0(3)	NM; *
DIABET HLTH PAK SUPPORT	\$0(3)	NM; *
<i>diabetes health formula</i>	\$0(3)	NM; *
DIABETES PAK HEALTH	\$0(3)	NM; *
<i>dialyvite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dialyvite 800</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dialyvite 800/ultra d</i>	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE TAB 3000	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE TAB 5000	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE TAB SUPREM D	\$0(3)	NM; *
<i>dialyvite vitamin d3 max</i> TABS 50000unit	\$0(3)	NM; *
<i>dialyvite vitamin d 5000</i> CAPS 5000unit	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE WAF 800	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE/ TAB ZINC	\$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>dino-life</i>	\$0(3)	NM; *
DINO-LIFE CHW IRON-ZIN	\$0(3)	NM; *
<i>dino-life w extra c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>disney cars gummies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>disney princess gummies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dry eye formula</i>	\$0(3)	NM; *
e200 CAPS 200unit	\$0(3)	NM; *
e400 CAPS 400unit	\$0(3)	NM; *
e1000 CAPS 1000unit	\$0(3)	NM; *
e 1000 CAPS 1000unit	\$0(3)	NM; *
e-200 CAPS 200unit	\$0(3)	NM; *
e-400 CAPS 400unit	\$0(3)	NM; *
e-400-clear CAPS 400unit	\$0(3)	NM; *
e-oil OIL 100unt/0.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>eldertonic</i>	\$0(3)	NM; *
EMERGEN-C CHW VITA C	\$0(3)	NM; *
EMERGEN-C PAK BLUE	\$0(3)	NM; *
EMERGEN-C PAK HEART	\$0(3)	NM; *
EMERGEN-C PAK IMMUNE	\$0(3)	NM; *
EMERGEN-C PAK KIDZ	\$0(3)	NM; *
EMERGEN-C PAK MSM LITE	\$0(3)	NM; *
EMERGEN-C PAK PINK	\$0(3)	NM; *
EMERGEN-C PAK VIT D/CA	\$0(3)	NM; *
EMERGEN-C PAK VITA C	\$0(3)	NM; *
<i>endur-acin</i> TBCR 250mg, 500mg, 750mg	\$0(3)	NM; *
ENDUR-VM TAB	\$0(3)	NM; *
ENDUR-VM TAB IRON	\$0(3)	NM; *
<i>eq complete chewable mult</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eq complete multivitamin</i>	\$0(3)	NM; *
EQ COMPLETE TAB ADULT	\$0(3)	NM; *
<i>eq multivitamin gummies c</i>	\$0(3)	NM; *
EQ ONE DAILY TAB MENS	\$0(3)	NM; *
EQ ONE DAILY TAB WOMENS	\$0(3)	NM; *
<i>eq one daily womens healt</i>	\$0(3)	NM; *

* - 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>eql b-6</i> TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>eql century</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql century mature</i>	\$0(3)	NM; *
EQL CENTURY TAB MENS	\$0(3)	NM; *
<i>eql childrens multivitami</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql one daily mens 50+ ad</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql one daily mens health</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql one daily womens 50+</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql stress b-complex/vita</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql super b complex/vitam</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql vision formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql vitamin c</i> TABS 500mg, 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>eql vitamin c/rose hips</i> TABS 500mg, 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>eql vitamin d3</i> CAPS 400unit, 1000unit, 2000unit, 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>eql vitamin e</i> CAPS 400unit, 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>ergocalciferol</i> CAPS 1.25mg, 50000unit; SOLN 8000unit/ml	\$0(3)	NM; *
<i>essentia</i>	\$0(3)	NM; *
<i>essential balance</i>	\$0(3)	NM; *
ESTROVEN MEN TAB SUPPLEM	\$0(3)	NM; *
EYE HEALTH CAP ADLT 50+	\$0(3)	NM; *
EYE HEALTH TAB LUTEIN	\$0(3)	NM; *
EYE MULTIVIT TAB LUTEIN	\$0(3)	NM; *
EYE MULTIVIT TAB SODIUM	\$0(3)	NM; *
<i>eyeprotect</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fa-8</i> CAPS .8mg	\$0(3)	NM; *
<i>fabb</i>	\$0(3)	NM; *
FLINTSTONES CHW COMPLETE	\$0(3)	NM; *
<i>flintstones complete</i>	\$0(3)	NM; *
<i>flintstones gummies plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>flintstones plus calcium</i>	\$0(3)	NM; *
<i>flintstones plus extra c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>flintstones w/iron</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>flintstones/my first</i>	\$0(3)	NM; *
FLORIVA DRO PLUS	\$0(3)	NM; *
<i>folate</i> TABS 400mcg	\$0(3)	NM; *
FOLDITAM TAB	\$0(3)	NM; *
FOLIC ACID CAPS 5mg, 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>folic acid</i> CAPS 800mcg; SOLN 5mg/ml; TABS 1mg, 400mcg, 800mcg	\$0(3)	NM; *
FOLIC ACID POW	\$0(3)	NM; *
FOLIFLEX TAB	\$0(3)	NM; *
FOLIKA-MG TAB	\$0(3)	NM; *
FOLITE TAB	\$0(3)	NM; *
FOLITIN-Z TAB	\$0(3)	NM; *
FOLIXAPURE TAB 1-5000	\$0(3)	NM; *
FOLTAMIN TAB 1-5000	\$0(3)	NM; *
FOLTRATE TAB	\$0(3)	NM; *
FOLTREXYL TAB	\$0(3)	NM; *
FREEDAVITE TAB	\$0(3)	NM; *
<i>fruity chews</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fruity chews/iron</i>	\$0(3)	NM; *
<i>full spectrum b/vitamin c</i>	\$0(3)	NM; *
GENADEK CAP STEP 1	\$0(3)	NM; *
GENADEK CAP STEP 2	\$0(3)	NM; *
GENADEK DRO	\$0(3)	NM; *
<i>gerber grow mighty</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gerber lil' brainies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gerivite complete</i>	\$0(3)	NM; *
<i>glucoten</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp b-complex plus vitamini</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp biotin</i> CAPS 5000mcg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp century</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp century adults 50+ se</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp century cardio health</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp century mature</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp century ultimate mens</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>gnp century ultimate wome</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp childrens chewables w</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp childrens chewables/e</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp childrens chewables/i</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp d 1000 CAPS 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp diabetic support form</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp essential one daily</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp folic acid TABS 400mcg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp hair/skin/nails</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp healthy eyes</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp healthy eyes supervis</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp little ones childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mega multi for men</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mega multi for women</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp niacin TABS 250mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp one daily maximum</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp one daily mens health</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp one daily plus iron</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp one daily womens heal</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp one daily womens meta</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp therapeutic-m</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin a CAPS 10000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin b-6 TABS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin c TABS 250mg, 500mg, 1000mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin c w/rose hips</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin c/rose hips</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin d CHEW 400unit; TABS 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin d3 TABS 400unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin d3 extra stre TABS 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin d maximum str TABS 2000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin d super stren TABS 5000unit</i>	\$0(3)	NM; *

* - 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 vitamin e</i> CAPS 200unit, 400unit, 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin e water dispe</i> CAPS 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>gummi bear multivitamin/m</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hair formula extra streng</i>	\$0(3)	NM; *
HAIR SKIN & TAB NAILS AD	\$0(3)	NM; *
HAIR/SKIN/ CAP NAILS	\$0(3)	NM; *
<i>hair/skin/nails</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hair/skin/nails/biotin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>healthy eyes</i>	\$0(3)	NM; *
HEALTHY EYES CAP SUPERVIS	\$0(3)	NM; *
<i>healthy eyes/lutein</i>	\$0(3)	NM; *
<i>healthy eyes/lutein & zea</i>	\$0(3)	NM; *
<i>healthy eyes/lutein/zeaxa</i>	\$0(3)	NM; *
<i>healthy hair skin & nails</i>	\$0(3)	NM; *
HEALTHY KIDS CHW GUMMIES	\$0(3)	NM; *
<i>healthy kids vitamin d3</i> CHEW 400unit	\$0(3)	NM; *
HI POT MV/ TAB BETA-CAR	\$0(3)	NM; *
HIGH POTENCY TAB MULTIVIT	\$0(3)	NM; *
HIGH POTENCY TAB MV/FA	\$0(3)	NM; *
<i>hm animal shapes</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm antioxidant vitamins</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm biotin</i> CAPS 5000mcg	\$0(3)	NM; *
<i>hm complete 50+</i>	\$0(3)	NM; *
HM COMPLETE TAB	\$0(3)	NM; *
HM COMPLETE TAB MEN	\$0(3)	NM; *
<i>hm complete women</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm e vitamin</i> CAPS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm folic acid</i> TABS 400mcg	\$0(3)	NM; *
HM HAIR/SKIN TAB /NAILS	\$0(3)	NM; *
<i>hm mens 50+ advanced one</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm niacin</i> TBCR 250mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm niacin tr</i> TBCR 250mg	\$0(3)	NM; *
HM ONE DAILY TAB MENS	\$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>hm super vitamin b comple</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm vitamin b6 TABS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm vitamin c/rose hips</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm vitamin d TABS 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm vitamin d3 CAPS 2000unit, 4000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm vitamin e CAPS 200unit, 400unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm womens 50+ advanced on</i>	\$0(3)	NM; *
HONEY BEARS CHW	\$0(3)	NM; *
HONEY BEARS CHW IRON-ZIN	\$0(3)	NM; *
<i>hydroxocobalamin acetate SOLN 1000mcg/ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>i-vite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>i-vite protect</i>	\$0(3)	NM; *
<i>icaps</i>	\$0(3)	NM; *
ICAPS AREDS TAB FORMULA	\$0(3)	NM; *
<i>icaps lutein & omega-3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>icaps mv</i>	\$0(3)	NM; *
IMMUNE CHW SUPPORT	\$0(3)	NM; *
IMMUNE SUPP POW VIT C	\$0(3)	NM; *
INFUVITE INJ PEDIATRI	\$0(3)	NM; *
<i>is-d 10,000 CAPS 10000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>just d LIQD 400unit/ml</i>	\$0(3)	NM; *
K-PAX TAB PROF ST	\$0(3)	NM; *
<i>kids first vitamin d3 gum CHEW 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
KIDZ MULTVIT CHW PROBIOTI	\$0(3)	NM; *
<i>kp adults 50+ daily formu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp adults daily formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp b complex/c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp folic acid TABS 1mg, 800mcg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp mens 50+ daily formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp mens daily formula</i>	\$0(3)	NM; *
KP MENS MIS DAILY PK	\$0(3)	NM; *
<i>kp niacin TABS 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp vision formula</i>	\$0(3)	NM; *

* - 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>kp vision formula w/lutei</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp vitamin b-6 TABS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp vitamin d CAPS 1000unit; CHEW 400unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp vitamin d3 CAPS 1000unit, 2000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp vitamin e CAPS 100unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp womens 50+ daily formu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp womens daily formula</i>	\$0(3)	NM; *
KP WOMENS PAK DAILY	\$0(3)	NM; *
<i>land before time multivit</i>	\$0(3)	NM; *
LIFE PACK MIS MENS	\$0(3)	NM; *
LIFE PACK MIS WOMENS	\$0(3)	NM; *
<i>little animals plus iron</i>	\$0(3)	NM; *
LYSIPLEX PLUS	\$0(3)	NM; *
<i>macular health formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>macuvite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>macuvite eye care</i>	\$0(3)	NM; *
<i>macuvite/lutein</i>	\$0(3)	NM; *
MAXIMIN PAK	\$0(3)	NM; *
MAXIMUM D3 CAPS 325mcg	\$0(3)	NM; *
<i>maximum daily green</i>	\$0(3)	NM; *
MEGA MULTI TAB MEN	\$0(3)	NM; *
<i>mega vm-80</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mega-marathon 100 tr</i>	\$0(3)	NM; *
MEGAVITE TAB FRT/VEG	\$0(3)	NM; *
MEGAVITE TAB GOLD 55+	\$0(3)	NM; *
<i>meijer advanced formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>meijer advanced formula f</i>	\$0(3)	NM; *
<i>meijer c TABS 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
MENS 50+ CAP ADVANCED	\$0(3)	NM; *
<i>mens daily formula/lycope</i>	\$0(3)	NM; *
MENS MULTI CHW	\$0(3)	NM; *
MENS MULTI TAB VIT/MIN	\$0(3)	NM; *
MENS PAK	\$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>meribin</i> CAPS 5mg	\$0(3)	NM; *
MH MACULAR MIS HEALTH	\$0(3)	NM; *
<i>milltrium senior</i>	\$0(3)	NM; *
MULT VITAM DRO	\$0(3)	NM; *
<i>multi + omega-3 adult gum</i>	\$0(3)	NM; *
MULTI ADULT CHW EXTRA C	\$0(3)	NM; *
<i>multi adult gummies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi complete/iron</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi for her</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi for her 50+</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi for him</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi for him 50+</i>	\$0(3)	NM; *
MULTI FOR POW HIM	\$0(3)	NM; *
MULTI VITAMI TAB	\$0(3)	NM; *
MULTI VITAMI TAB D-3	\$0(3)	NM; *
<i>multi vitamin daily</i>	\$0(3)	NM; *
MULTI VITAMN TAB MINERALS	\$0(3)	NM; *
MULTI-BETIC TAB DIABETES	\$0(3)	NM; *
<i>multi-day</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi-day plus iron</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi-day plus minerals</i>	\$0(3)	NM; *
MULTI-DELYN LIQ /IRON	\$0(3)	NM; *
MULTI-VITAMI TAB MONOCAPS	\$0(3)	NM; *
<i>multi-vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi-vitamin daily</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi-vitamin gummies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi-vitamin/minerals</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi-vitamin/multi-miner</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi-vitamins</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi-vitamins/iron</i>	\$0(3)	NM; *
MULTI-VITE LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>multilex</i>	\$0(3)	NM; *
MULTILEX T&M TAB	\$0(3)	NM; *
MULTILEX 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>multilex-t&m</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*multiple vitamin tab**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multiple vitamin/minerals</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multiple vitamins essenti</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*multiple vitamins w/ iron tab**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*multiple vitamins w/ minerals tab**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multiple vitamins/womens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin & mineral</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin adult one da</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin adults</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin adults 50+</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin childrens</i>	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN CHW ADULT	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN CHW CHILD	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN CHW CHILDREN	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN CHW IRON	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN DRO /IRON	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin gummies adul</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin gummies chil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin gummies mens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin gummies wome</i>	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin men 50+</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin men 50+ one</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin mens</i>	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN TAB	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN TAB ADULT	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN TAB ADULTS	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN TAB ZINC STR	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin women</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin women 50+</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin women 50+ ad</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin womens</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>multivitamin/extra vitamini</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamins</i>	\$0(3)	NM; *
MVW COMPLETE CAP D3000	\$0(3)	NM; *
MVW COMPLETE CAP D5000	\$0(3)	NM; *
MVW COMPLETE CAP FORMULAT	\$0(3)	NM; *
MVW COMPLETE CAP MINIS	\$0(3)	NM; *
MVW COMPLETE CHW GRAPE	\$0(3)	NM; *
MVW COMPLETE DRO PEDIATRI	\$0(3)	NM; *
<i>mvw complete formulation</i>	\$0(3)	NM; *
<i>my-vitalife</i>	\$0(3)	NM; *
<i>myamulti</i>	\$0(3)	NM; *
NANOVM POW 1-3 YRS	\$0(3)	NM; *
NANOVM POW 4-8YEARS	\$0(3)	NM; *
NANOVM POW 9-18 YRS	\$0(3)	NM; *
NANOVM T/F POW	\$0(3)	NM; *
NASCOBAL SOLN 500mcg/0.1ml	\$0(3)	NM; *
<i>natural c/rose hips TABS 1000mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>natural vitamin d-3 TABS 5000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>natural vitamin e CAPS 400unit, 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
NATURAL VITAMIN E TABS 200unit	\$0(3)	NM; *
NEPHPLEX RX TAB	\$0(3)	NM; *
NEPHRONEX LIQ 0.9/5ML	\$0(3)	NM; *
<i>niacin CPCR 250mg, 500mg; TABS 50mg, 100mg, 250mg, 500mg; TBCR 250mg, 500mg, 750mg</i>	\$0(3)	NM; *
NIACIN TR TBCR 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>*niacinamide w/ zn-cu-methylfol-se-cr tab 750-27-2-0.5 mg***</i>	\$0(3)	NM; *
<i>novaferrum pediatric mult</i>	\$0(3)	NM; *
NOVAMV PED DRO 10MG/ML	\$0(3)	NM; *
OCULAR TAB VITAMINS	\$0(3)	NM; *
<i>ocutabs</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ocutabs vision formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ocutabs/lutein</i>	\$0(3)	NM; *
OCUVITE CAP ADULT	\$0(3)	NM; *

* - 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>ocuvite extra</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ocuvite eye + multi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ocuvite eye health gummie</i>	\$0(3)	NM; *
OCUVITE LUTE CAP	\$0(3)	NM; *
<i>ocuvite/lutein</i>	\$0(3)	NM; *
OMNICAP TAB	\$0(3)	NM; *
<i>once daily</i>	\$0(3)	NM; *
<i>once daily/iron</i>	\$0(3)	NM; *
ONCOVITE TAB	\$0(3)	NM; *
<i>one daily adults 50+</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily complete</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily for men 50+ adv</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily for men/lycopen</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily for women</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily for women 50+a</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily healthy weight</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily maximum</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily mens 50+ multiv</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily mens health/lyc</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily multivitamin ad</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily multivitamin/ir</i>	\$0(3)	NM; *
ONE DAILY TAB ESSENTL	\$0(3)	NM; *
ONE DAILY TAB MENS 50+	\$0(3)	NM; *
ONE DAILY TAB WMNS 50+	\$0(3)	NM; *
ONE DAILY TAB WOMANS	\$0(3)	NM; *
<i>one daily womens 50 plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily womens 50+</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily/iron/calcium</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily/minerals</i>	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY CHW IMMUNITY	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY CHW VITACRAV	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY TAB 50+ ADV	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY TAB 65+	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY TAB ENERGY	\$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
ONE-A-DAY TAB MENOPAUS	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY TAB MENS	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY TAB TEEN/HIM	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY TAB WOMENS	\$0(3)	NM; *
<i>one-a-day teen advantage</i>	\$0(3)	NM; *
ONE-DAILY CAP MULTI	\$0(3)	NM; *
<i>one-daily multi vitamins</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one-daily multi-vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one-daily multi-vitamin/i</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one-daily multi-vitamin/m</i>	\$0(3)	NM; *
ONE-DAILY PAK MULT-VIT	\$0(3)	NM; *
ONE-DAILY PAK VIT/MIN	\$0(3)	NM; *
<i>one-daily/iron</i>	\$0(3)	NM; *
<i>optic-vites</i>	\$0(3)	NM; *
OPTIFAST POS CHW BARIATRI	\$0(3)	NM; *
<i>optimal d3 CAPS 50000unit</i>	\$0(3)	NM; *
OPTIMAL D3 M CAPS 14000unit	\$0(3)	NM; *
OPTIMAL D3 M CAP	\$0(3)	NM; *
<i>optimal d3 pack CAPS 50000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>optimum pms</i>	\$0(3)	NM; *
OPTISOURCE CHW BARIATRC	\$0(3)	NM; *
OPURITY CHW BYPASS	\$0(3)	NM; *
PARVLEX TAB	\$0(3)	NM; *
<i>pc pediatric tri-vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
PED POLY-VIT DRO	\$0(3)	NM; *
PED POLY-VIT DRO /IRON	\$0(3)	NM; *
<i>*pediatric multiple vitamins w/ iron chew tab 15 mg**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pharmacist choice d-vitam LIQD 400unit/ml</i>	\$0(3)	NM; *
PHLEXY-VITS POW	\$0(3)	NM; *
PHYTOMULTI TAB	\$0(3)	NM; *
<i>phytonadione SOLN 10mg/ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>phytonadione TABS 5mg</i>	\$0(3)	NM, PA; *

* - 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>poly vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
POLY-VI-SOL DRO 50MG/ML	\$0(3)	NM; *
POLY-VI-SOL SOL 50MG/ML	\$0(3)	NM; *
POLY-VI-SOL SOL IRON	\$0(3)	NM; *
POLY-VITA DRO	\$0(3)	NM; *
POLY-VITA/FE DRO	\$0(3)	NM; *
POLY-VITE DRO	\$0(3)	NM; *
POLY-VITE SOL /IRON	\$0(3)	NM; *
<i>polyvitamin/iron</i>	\$0(3)	NM; *
PORENAL+D CAP OMEGA 3	\$0(3)	NM; *
PRESERVISION CAP AREDS	\$0(3)	NM; *
PRESERVISION CAP AREDS 2	\$0(3)	NM; *
PRESERVISION CAP LUTEIN	\$0(3)	NM; *
PRESERVISION CHW AREDS 2	\$0(3)	NM; *
PRESERVISION TAB AREDS	\$0(3)	NM; *
<i>prevent</i>	\$0(3)	NM; *
PRO-CAL TAB	\$0(3)	NM; *
PROCERV HP TAB	\$0(3)	NM; *
PRORENAL +D TAB	\$0(3)	NM; *
PRORENAL+D CAP OMEGA-3	\$0(3)	NM; *
PRORENAL+D TAB	\$0(3)	NM; *
<i>prosght</i>	\$0(3)	NM; *
<i>prosght w/lutein</i>	\$0(3)	NM; *
PROTECT CAP CARDIO	\$0(3)	NM; *
PROTECT CAP PLUS SO	\$0(3)	NM; *
PROTECT IRON LIQ	\$0(3)	NM; *
PROTEGRA CAP	\$0(3)	NM; *
PROXEED PLUS PAK	\$0(3)	NM; *
<i>pureway-c TABS 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>px advanced formula multi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>px b complex/vitamin c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>px childrens vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>px complete senior multiv</i>	\$0(3)	NM; *
<i>px folic acid TABS 400mcg</i>	\$0(3)	NM; *

* - 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>px mens multivitamins</i>	\$0(3)	NM; *
<i>px niacin</i> TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>px vitamin a</i> CAPS 8000unit	\$0(3)	NM; *
<i>px vitamin c</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>px vitamin e</i> CAPS 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>pyridoxine hcl</i> SOLN 100mg/ml; TABS 50mg, 100mg	\$0(3)	NM; *
PYRIDOXINE POW HCL	\$0(3)	NM; *
<i>qc childrens chewable com</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc childrens chewable vit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc daily multivitamins/ir</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc maximum daily multivit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc mens daily multivitami</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc multi-vite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc multi-vite 50 & over</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc therin-m</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc womens daily multivita</i>	\$0(3)	NM; *
QUIN B TAB STRONG	\$0(3)	NM; *
QUINTABS TAB	\$0(3)	NM; *
<i>quintabs-m</i>	\$0(3)	NM; *
QUINTABS-M TAB	\$0(3)	NM; *
RA B-COMPLEX TAB VIT C TR	\$0(3)	NM; *
<i>ra biotin</i> CAPS 2500mcg	\$0(3)	NM; *
<i>ra central-vite womens ma</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra chewable vitamins comp</i>	\$0(3)	NM; *
RA ESSENCE-C POW ORANGE	\$0(3)	NM; *
RA ESSENCE-C POW RASPBRY	\$0(3)	NM; *
RA ESSENCE-C POW TNGERINE	\$0(3)	NM; *
<i>ra folic acid</i> TABS 400mcg, 800mcg	\$0(3)	NM; *
<i>ra niacin</i> TABS 100mg, 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>ra no flush niacin 500</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>ra one daily energy formu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra one daily essential</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra one daily maximum</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>ra one daily mens 50+ wit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra one daily mens/vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra one daily womens/vitam</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra vitamin a CAPS 10000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra vitamin b-6 TABS 50mg, 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra vitamin c TABS 250mg, 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra vitamin c/rose hips TABS 500mg, 1000mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra vitamin d-3 CAPS 2000unit, 5000unit; TABS 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra vitamin e CAPS 400unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>radiance platinum vitamin TABS 5000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>rena-vite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>rena-vite rx</i>	\$0(3)	NM; *
<i>renal caps</i>	\$0(3)	NM; *
<i>renal multivitamin formul</i>	\$0(3)	NM; *
<i>renal vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>renal-vite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>renaplex</i>	\$0(3)	NM; *
RENAPLEX-D TAB	\$0(3)	NM; *
<i>reno caps</i>	\$0(3)	NM; *
REPLESTA WAFR 50000unit	\$0(3)	NM; *
REPLESTA NX WAFR 14000unit	\$0(3)	NM; *
<i>savision</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb vitamin c TABS 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
SCOOBY-DOO CHW	\$0(3)	NM; *
<i>senior tabs</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sentry</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sentry senior</i>	\$0(3)	NM; *
SENTRY TAB	\$0(3)	NM; *
SENTRY TAB SENIOR	\$0(3)	NM; *
<i>sm animal shapes complete</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm animal shapes kids fir</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm antioxidant vitamins</i>	\$0(3)	NM; *

* - 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 b super vitamin comple</i>	\$0(3)	NM; *
SM B-COMPLEX TAB /VIT C	\$0(3)	NM; *
<i>sm biotin CAPS 5000mcg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm complete</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm complete 50+</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm complete 50+ ultimate</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm complete advanced form</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm complete senior formul</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm folic acid TABS 400mcg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm hair/skin/nails</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm multiple vitamins esse</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm multiple vitamins/iron</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm niacin cr TBCR 250mg</i>	\$0(3)	NM; *
SM ONE DAILY TAB MENS	\$0(3)	NM; *
SM ONE DAILY TAB WOMENS	\$0(3)	NM; *
<i>sm opti-vitamins</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm super b complex-vitami</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm vit c/rose hips TABS 1000mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin b6 TABS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin b complex with</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin b-6 TABS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin c TABS 250mg, 500mg, 1000mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin c/rose hips TABS 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin d TABS 400unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin d3 CAPS 50mcg, 2000unit; TABS 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
SM VITAMIN D3 MAXIMUM STR CAPS 4000unit	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin e CAPS 200unit, 400unit, 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin e blended CAPS 400unit</i>	\$0(3)	NM; *
SOLO TAB	\$0(3)	NM; *
<i>soluvita e SOLN 15.8mg/0.7ml</i>	\$0(3)	NM; *
SPECTRAVITE CHW ADLT 50+	\$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
SPECTRAVITE TAB	\$0(3)	NM; *
SPECTRAVITE TAB ADLT 50+	\$0(3)	NM; *
SPECTRAVITE TAB ADULTS	\$0(3)	NM; *
SPECTRAVITE TAB MEN 50+	\$0(3)	NM; *
SPECTRAVITE TAB SENIOR	\$0(3)	NM; *
SPECTRAVITE TAB ULT MEN	\$0(3)	NM; *
SPECTRAVITE TAB ULT WMN	\$0(3)	NM; *
<i>stress b-complex/vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stress b/zinc</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stress formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stress formula w/iron</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stress formula/iron</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stress formula/zinc</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stresstabs advanced</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stresstabs energy</i>	\$0(3)	NM; *
STROVITE ONE TAB	\$0(3)	NM; *
<i>sunvite advanced</i>	\$0(3)	NM; *
SUPER ANTIOX CAP	\$0(3)	NM; *
<i>super antioxidant/a/c/e/s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super aytinal 50 plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super aytinal for active</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super b with c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super b-complex/folic aci</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super b-complex/vitamin c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super biotin CAPS 5000mcg</i>	\$0(3)	NM; *
SUPER DAILY D3 LIQD 1000ut/0.028ml, 2000ut/0.028ml	\$0(3)	NM; *
<i>super multiple</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super nu-thera</i>	\$0(3)	NM; *
SUPER POW NU-THERA	\$0(3)	NM; *
<i>super thera vite m</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super vita-mins</i>	\$0(3)	NM; *
<i>superplex-t</i>	\$0(3)	NM; *
SYSTANE ICAP CHW AREDS2	\$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
SYSTANE ICAP TAB AREDS2	\$0(3)	NM; *
<i>systane icaps areds2</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tab-a-vite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tab-a-vite multivitamin/i</i>	\$0(3)	NM; *
TAB-A-VITE TAB IRON/BET	\$0(3)	NM; *
<i>tab-a-vite w/beta caroten</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tab-a-vite/iron</i>	\$0(3)	NM; *
<i>thera</i>	\$0(3)	NM; *
THERA M PLUS TAB	\$0(3)	NM; *
THERA TAB	\$0(3)	NM; *
<i>thera vital m</i>	\$0(3)	NM; *
<i>thera-d 2000 TABS 2000unit</i>	\$0(3)	NM; *
THERA-D 4000 TABS 4000unit	\$0(3)	NM; *
<i>thera-d rapid repletion TABS 2000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>thera-m</i>	\$0(3)	NM; *
THERA-M TAB	\$0(3)	NM; *
<i>thera-tabs</i>	\$0(3)	NM; *
THERA-TABS M TAB	\$0(3)	NM; *
<i>therabasic-m</i>	\$0(3)	NM; *
THERAGRAN-M TAB	\$0(3)	NM; *
THERAGRAN-M TAB 50 PLUS	\$0(3)	NM; *
THERAGRAN-M TAB ADVANCED	\$0(3)	NM; *
THERAGRAN-M TAB PREMIER	\$0(3)	NM; *
THERAMILL CAP FORTE	\$0(3)	NM; *
<i>therapeutic formula/hemat</i>	\$0(3)	NM; *
<i>therapeutic multi vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>therapeutic-m</i>	\$0(3)	NM; *
<i>therapeutic-m/lutein</i>	\$0(3)	NM; *
<i>theratrum complete</i>	\$0(3)	NM; *
<i>theratrum complete 50 plu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>theravim -m</i>	\$0(3)	NM; *
<i>therems</i>	\$0(3)	NM; *
THEREMS TAB MULTIVIT	\$0(3)	NM; *
THEREMS-H 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
THEREMS-M TAB	\$0(3)	NM; *
<i>thiamine hcl</i> SOLN 100mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>total b/c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>totalday multiple</i>	\$0(3)	NM; *
TRI-VI-SOL SOL A/C/D	\$0(3)	NM; *
TRI-VITAMIN DRO	\$0(3)	NM; *
<i>triphrocaps</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tropical liquid nutrition</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ultra choice multivitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ultra freeda</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ultra freeda/iron</i>	\$0(3)	NM; *
ULTRA MEGA G TAB 75MG CR	\$0(3)	NM; *
ULTRA MEGA G TAB 100MG	\$0(3)	NM; *
ULTRA MEGA TAB 75MG CR	\$0(3)	NM; *
ULTRA MEGA TAB TWO	\$0(3)	NM; *
ULTRA MENS MIS PACK	\$0(3)	NM; *
ULTRA POTENC TAB WOMEN 50	\$0(3)	NM; *
<i>ultrachoice advanced form</i>	\$0(3)	NM; *
UNICOMPLEX-M TAB	\$0(3)	NM; *
UPSPRING BABY VITAMIN D LIQD 400ut/0.025ml	\$0(3)	NM; *
UPSPRINGBABY DRO MV/IRON	\$0(3)	NM; *
VENEXA FE TAB	\$0(3)	NM; *
VENEXA TAB	\$0(3)	NM; *
VENTRIXYL FE TAB	\$0(3)	NM; *
VENTRIXYL TAB	\$0(3)	NM; *
<i>virt-caps</i>	\$0(3)	NM; *
<i>virt-gard</i>	\$0(3)	NM; *
<i>vision formula 2</i>	\$0(3)	NM; *
<i>vision formula eye health</i>	\$0(3)	NM; *
<i>vision formula/lutein</i>	\$0(3)	NM; *
<i>vision vitamins</i>	\$0(3)	NM; *
VISTA ADVAN CAP AREDS2	\$0(3)	NM; *
VISTA ADVAN CAP DRY EYE	\$0(3)	NM; *

* - 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>vita hair</i>	\$0(3)	NM; *
<i>vita-bee/c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>vitabasic complete</i>	\$0(3)	NM; *
<i>vitabasic senior</i>	\$0(3)	NM; *
VITABEX PLUS CAP	\$0(3)	NM; *
<i>vitachew multiple vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
VITACRAVES CHW GUMMIES	\$0(3)	NM; *
VITACRAVES CHW IMMUNITY	\$0(3)	NM; *
VITACRAVES CHW MENS	\$0(3)	NM; *
VITACRAVES CHW SOUR GUM	\$0(3)	NM; *
VITACRAVES CHW WOMENS	\$0(3)	NM; *
<i>vitafol</i>	\$0(3)	NM; *
<i>vitajoy daily d gummies</i> CHEW 1000unit	\$0(3)	NM; *
VITAL-D RX TAB	\$0(3)	NM; *
<i>vitalee</i>	\$0(3)	NM; *
VITALETS CHW CHILD	\$0(3)	NM; *
VITAMENT PAK	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin a</i> CAPS 8000unit, 10000unit; TABS 10000unit	\$0(3)	NM; *
VITAMIN A PALMITATE TABS 15000unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin b complex-c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin b complex/vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
VITAMIN C TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
VITAMIN D2 CAPS 2000unit; TABS 400unit, 2000unit	\$0(3)	NM; *
VITAMIN D3 LIQD 1000unit/spray, 1200unit/15ml, 5000unit/0.5ml, 5000unit/ml; TABS 3000unit, 10000unit; TBDP 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin d3</i> TABS 2000unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin d3 adult gummies</i> CHEW 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin d3 extra strength</i> CHEW 25mcg	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin d3 gummies</i> CHEW 25mcg	\$0(3)	NM; *

* - 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>vitamin d3 gummies adult</i> CHEW 1000unit	\$0(3)	NM; *
VITAMIN D3 IMMUNE HEALTH LIQD 25mcg/10ml	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin d3 maximum streng</i> CAPS 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin d3 super strength</i> CAPS 2000unit; TABS 2000unit	\$0(3)	NM; *
VITAMIN D3 TAB COMPLETE	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin d3 ultra strength</i> CAPS 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin d high potency</i> CAPS 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin d infant</i> LIQD 400unit/ml	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin d-400</i> TABS 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin d-1000 maximum st</i> TABS 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin e</i> CAPS 45mg, 90mg, 100unit, 180mg, 200unit, 268mg, 400unit, 450mg, 1000unit; OIL 100unt/0.25ml; SOLN 15mg/0.67ml, 15unit/0.3ml	\$0(3)	NM; *
VITAMIN E CHEW 400unit; TABS 100unit, 200unit, 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin e blend</i> CAPS 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin e high potency</i> CAPS 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin e-200</i> CAPS 200unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin e-400</i> CAPS 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin e/d-alpha natural</i> CAPS 268mg	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin supplement e-400</i> CAPS 400unit	\$0(3)	NM; *
VITASANA TAB	\$0(3)	NM; *
<i>vitatrum</i>	\$0(3)	NM; *
<i>vitatrum complete</i>	\$0(3)	NM; *
VITATRUM TAB	\$0(3)	NM; *
VITRAMYN TAB	\$0(3)	NM; *
VITRANOL FE TAB	\$0(3)	NM; *
VITRANOL TAB	\$0(3)	NM; *
VITREXATE FE TAB	\$0(3)	NM; *

* - 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
VITREXATE TAB	\$0(3)	NM; *
VITREXYL TAB	\$0(3)	NM; *
VITREXYL TAB IRON	\$0(3)	NM; *
<i>vitrum senior</i>	\$0(3)	NM; *
VITRUM TAB SENIOR	\$0(3)	NM; *
<i>vp-vite rx</i>	\$0(3)	NM; *
<i>weekly-d</i> CAPS 1.25mg	\$0(3)	NM; *
WEST-VITE TAB W/FA	\$0(3)	NM; *
<i>westab mini</i>	\$0(3)	NM; *
<i>westab one</i>	\$0(3)	NM; *
<i>womens 50+ advanced</i>	\$0(3)	NM; *
<i>womens daily formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>womens daily formula/fofi</i>	\$0(3)	NM; *
WOMENS MULT CHW GUMMIES	\$0(3)	NM; *
<i>womens multi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>womens multivitamin</i>	\$0(3)	NM; *
WOMENS PAK	\$0(3)	NM; *
YELETS TEEN TAB FORMULA	\$0(3)	NM; *
<i>yl beta carotene</i> CAPS 25000unit	\$0(3)	NM; *
<i>yl folic acid</i> TABS 400mcg	\$0(3)	NM; *
<i>yl vitamin b-6</i> TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>yl vitamin c</i> TABS 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>yl vitamin c/rose hips</i> TABS 500mg, 1000mg	\$0(3)	NM; *
YOUR LIFE CHW GUMMIES	\$0(3)	NM; *
ZINC LOZ	\$0(3)	NM; *
ZINTREXYL-C TAB	\$0(3)	NM; *
ZOO FRIENDS CHW COMPLETE	\$0(3)	NM; *
<i>zoo friends/extra c</i>	\$0(3)	NM; *
OPHTHALMIC - DRUGS TO TREAT EYE CONDITIONS		
ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY - DRUGS TO TREAT INFECTIONS AND INFLAMMATION		
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	\$0(1)	
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	\$0(1)	

* - 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>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)	
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)	

* - 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>sulfacetamide sodium (ophth)</i> OINT 10%; SOLN 10%	\$0(1)	
<i>tobramycin (ophth)</i> SOLN .3%	\$0(1)	
<i>trifluridine</i> SOLN 1%	\$0(1)	
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)</i> SOLN .1%	\$0(1)	
<i>diclofenac sodium (ophth)</i> SOLN .1%	\$0(1)	
<i>difluprednate</i> EMUL .05%	\$0(1)	
EYSUVIS SUSP .25%	\$0(2)	
FLAREX SUSP .1%	\$0(2)	
<i>fluorometholone (ophth)</i> SUSP .1%	\$0(1)	
<i>flurbiprofen sodium</i> SOLN .03%	\$0(1)	
ILEVRO SUSP .3%	\$0(2)	
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> SOLN .4%, .5%	\$0(1)	
LOTEMAX OINT .5%	\$0(2)	
<i>prednisolone acetate (ophth)</i> SUSP 1%	\$0(1)	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	\$0(2)	
PROLENSA SOLN .07%	\$0(2)	
ANTIALLERGICS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
<i>alaway</i> SOLN .035%	\$0(3)	NM; *
<i>alaway childrens allergy</i> SOLN .035%	\$0(3)	NM; *
<i>azelastine hcl (ophth)</i> SOLN .05%	\$0(1)	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> SOLN 4%	\$0(1)	
<i>eye itch relief</i> SOLN .035%	\$0(3)	NM; *
<i>ketotifen fumarate (ophth)</i> SOLN .035%	\$0(3)	NM; *
<i>olopatadine hcl</i> SOLN .1%	\$0(1)	
<i>sm eye itch relief</i> SOLN .035%	\$0(3)	NM; *
ZERVIAE SOLN .24%	\$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
ANTIGLAUCOMA - DRUGS TO TREAT GLAUCOMA		
ALPHAGAN P SOLN .1%	\$0(2)	
<i>betaxolol hcl (ophth)</i> SOLN .5%	\$0(1)	
BETOPTIC-S SUSP .25%	\$0(2)	
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .1%, .15%, .2%	\$0(1)	
<i>brinzolamide</i> SUSP 1%	\$0(1)	
<i>carteolol hcl (ophth)</i> SOLN 1%	\$0(1)	
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	\$0(2)	
<i>dorzolamide hcl</i> SOLN 2%	\$0(1)	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln</i> 2-0.5%	\$0(1)	
<i>latanoprost</i> SOLN .005%	\$0(1)	
<i>levobunolol hcl</i> SOLN .5%	\$0(1)	
LUMIGAN SOLN .01%	\$0(2)	
<i>pilocarpine hcl</i> SOLN 1%, 2%, 4%	\$0(1)	
RHOPRESSA SOLN .02%	\$0(2)	
ROCKLATAN DRO	\$0(2)	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	\$0(2)	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLG .25%, .5%; SOLN .25%, .5%	\$0(1)	
VYZULTA SOLN .024%	\$0(2)	
MISCELLANEOUS		
<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> SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
CYSTADROPS SOLN .37%	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
CYSTARAN SOLN .44%	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>dry eye relief drops</i>	\$0(3)	NM; *
FRESHKOTE PF SOL 2.7-2%	\$0(3)	NM; *
FRESHKOTE SOL 2.7-2%	\$0(3)	NM; *
GENTEAL SEVERE TEARS GEL .3%	\$0(3)	NM; *
GENTEAL TEAR GEL SEV D/N	\$0(3)	NM; *
GENTEAL TEAR SOL MOD PF	\$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
GENTEAL TEAR SOL PF	\$0(3)	NM; *
<i>genteal tears liquid drop</i>	\$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 SOLN .5%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense lubricating plu SOLN .5%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm dry eye relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm lubricating plus SOLN .5%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm lubricating tears</i>	\$0(3)	NM; *
ISOPTO TEARS SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
<i>lubricant eye drops SOLN .5%, .6%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lubricant eye nighttime</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lubricating eye drops</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lubricating plus eye drop SOLN .5%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lubricating tears eye dro</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lubrifresh p.m.</i>	\$0(3)	NM; *
MURO 128 SOLN 2%	\$0(3)	NM; *
<i>proparacaine hcl SOLN .5%</i>	\$0(1)	
<i>refresh celluvisc GEL 1%</i>	\$0(3)	NM; *
REFRESH DRO OP	\$0(3)	NM; *
REFRESH DRO RELIEVA	\$0(3)	NM; *
REFRESH GEL OPTIVE	\$0(3)	NM; *
<i>refresh lacri-lube</i>	\$0(3)	NM; *
REFRESH LIQUIGEL GEL 1%	\$0(3)	NM; *
REFRESH OPT SOL MEGA-3	\$0(3)	NM; *
REFRESH OPTI DRO 0.5-0.9%	\$0(3)	NM; *
<i>refresh p.m.</i>	\$0(3)	NM; *
REFRESH RELI DRO 0.5-0.9%	\$0(3)	NM; *
REFRESH SOL DIGITAL	\$0(3)	NM; *
REFRESH SOL OPTIVE	\$0(3)	NM; *
RESTASIS EMUL .05%	\$0(2)	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	\$0(2)	
<i>sm dry eye relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm lubricant eye drops</i>	\$0(3)	NM; *

* - 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 lubricating plus</i> SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
<i>sm lubricating tears</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sodium chloride hypertonic</i> OINT 5%; SOLN 5%	\$0(3)	NM; *
SYSTANE GEL DRO 0.4-0.3%	\$0(3)	NM; *
<i>systane nighttime</i>	\$0(3)	NM; *
SYSTANE OVERNIGHT THERAPY GEL .3%	\$0(3)	NM; *
TYRVAYA SOLN .03mg/act	\$0(2)	
<i>ultra lubricating eye dro</i>	\$0(3)	NM; *
XIIDRA SOLN 5%	\$0(2)	
OTIC - DRUGS TO TREAT CONDITIONS OF THE EAR		
OTIC AGENTS		
<i>acetic acid (otic)</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)

* - 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
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh	\$0(2)	QL (30 blisters / 30 days)
<i>ipratropium bromide</i> SOLN .02%	\$0(1)	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal)</i> SOLN .03%, .06%	\$0(1)	
ANTIHISTAMINES - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
ALA-HIST IR TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>all day allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>all day allergy childrens</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>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 24-hr</i> TABS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>allergy childrens</i> LIQD 12.5mg/5ml; SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief</i> CAPS 10mg, 25mg; TABS 4mg, 10mg, 25mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief 24hr</i> TABS 5mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief childrens</i> LIQD 12.5mg/5ml; SOLN 1mg/ml, 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief/indoor/out</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>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; TBCR 12mg	\$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>complete allergy medicine</i> CAPS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>cyproheptadine 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 all day allergy relie</i> CAPS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy</i> TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy childrens</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy relief</i> CAPS 25mg; CHEW 12.5mg; TABS 4mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy relief 24 hou</i> TABS 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy relief maximu</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp childrens allergy</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp loratadine</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 10mg; TBDP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp loratadine childrens</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense all day allergy</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense aller-ease</i> TABS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense allergy relief</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
HISTEX SYRP 2.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm all day allergy childr</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm allergy relief</i> CAPS 25mg; TABS 4mg, 10mg, 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; *

* - 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>hm fexofenadine hydrochlo</i> TABS 60mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm loratadine</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm loratadine childrens</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>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>levocetirizine dihydrochloride</i> TABS 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>loratadine</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>loratadine childrens</i> CHEW 5mg; SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>m-dryl</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>MICLARA LQ</i> LIQD 1.25mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>PEDIACLEAR PD CHILDRENS</i> LIQD .625mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>PEDIAVENT</i> SYRP 2mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>pharbedryl</i> CAPS 25mg, 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc all day allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc allergy childrens</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc allergy relief</i> TBDP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc childrens allergy</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc fexofenadine hydrochlo</i> TABS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc loratadine allergy rel</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sb allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sb loratadine</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>siladryl allergy</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm all day allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm all day allergy childr</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy 4 hour</i> TABS 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy 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>sm allergy relief</i> LIQD 12.5mg/5ml; TABS 25mg, 60mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm childrens loratadine</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm fexofenadine hydrochlo</i> TABS 60mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm loratadine</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm loratadine allergy rel</i> TBDP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>triprolidine hcl</i> LIQD .938mg/ml	\$0(3)	NM; *
BETA AGONISTS - DRUGS TO TREAT ASTHMA AND COPD		
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proair HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proventil HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Ventolin HFA)
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .083%, .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	\$0(1)	B/D
<i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 2mg, 4mg	\$0(1)	
<i>levalbuterol hcl</i> NEBU .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	\$0(1)	B/D
<i>levalbuterol tartrate</i> AERO 45mcg/act	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days), ST
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose	\$0(2)	QL (60 inhalations / 30 days)
<i>terbutaline sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg	\$0(1)	
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act	\$0(2)	QL (2 inhalers / 30 days)
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act	\$0(2)	QL (6 inhalers / 30 days)
COUGH AND COLD		
ALAHIST CF TAB 10-2-20	\$0(3)	NM; *
ALAHIST D TAB	\$0(3)	NM; *
ALAHIST DM LIQ 7.5-2-15	\$0(3)	NM; *
ALAHIST PE TAB 2-7.5MG	\$0(3)	NM; *
<i>all day allergy-d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>all-nite cold & flu night</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>allergy & congestion reli</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy multi-symptom</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief d-12</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief d-24</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief-d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief/nasal deco</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antihistamine/nasal decon</i>	\$0(3)	NM; *
<i>aprodine</i>	\$0(3)	NM; *
AQUANAZ PSE TAB	\$0(3)	NM; *
AQUANAZ TAB	\$0(3)	NM; *
BENZEDREX INH	\$0(3)	NM; *
<i>benzonatate CAPS 100mg, 150mg, 200mg</i>	\$0(3)	NM; *
BROTAPP DM LIQ 15-1-5/5	\$0(3)	NM; *
CAPCOF SYP 5-2-10MG	\$0(3)	NM; *
CAPMIST DM TAB	\$0(3)	NM; *
CAPRON DM LIQ	\$0(3)	NM; *
CAPRON DMT TAB 30-30MG	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine-pseudoephedrine tab er 12hr 5-120 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>chest congestion relief LIQD 100mg/5ml; TABS 400mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>chest congestion relief d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>chest congestion relief p</i>	\$0(3)	NM; *
<i>childrens mucus relief co</i>	\$0(3)	NM; *
<i>childrens pain relief plu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>childrens silfedrine LIQD 15mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
CHLO HIST SOL	\$0(3)	NM; *
CHLO TUSS LIQ	\$0(3)	NM; *
CHLOR/DEXCH LIQ PSE	\$0(3)	NM; *
COLD & ALLER LIQ CHILDREN	\$0(3)	NM; *
<i>cold & cough childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cold & flu nightttime reli</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cold & flu relief daytime</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>cold & flu relief nightti</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cold relief plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cold/cough childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cold/flu daytime relief</i>	\$0(3)	NM; *
CONEX SOL CLD/ALRG	\$0(3)	NM; *
CONEX TAB 2-60MG	\$0(3)	NM; *
<i>cough & chest congestion</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cough & cold</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cough & cold hbp</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cough dm</i> SUER 30mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>cough dm childrens</i> SUER 30mg/5ml	\$0(3)	NM; *
DAY CLEAR CHW ALGY/CGH	\$0(3)	NM; *
DAYCLEAR TAB 25-50MG	\$0(3)	NM; *
<i>daytime cold & flu relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daytime severe cold & flu</i>	\$0(3)	NM; *
DECONEX DMX TAB	\$0(3)	NM; *
DECONEX IR TAB 10-385MG	\$0(3)	NM; *
DELSYM CGH LIQ SR THRT	\$0(3)	NM; *
DELSYM CHILD LIQ CGH/ST	\$0(3)	NM; *
DELSYM CHILD MIS DAY/NGHT	\$0(3)	NM; *
<i>delsym cough + chest cong</i>	\$0(3)	NM; *
<i>delsym cough + cold night</i>	\$0(3)	NM; *
DELSYM MIS DAY/NGHT	\$0(3)	NM; *
DELSYM NIGHT SOL CGH/MAX	\$0(3)	NM; *
<i>dexbrompheniramine-phenylephrine tab 2-10 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dextromethorphan hbr</i> CAPS 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>dextromethorphan polistirex</i> SUER 30mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>dextromethorphan-guaifenesin liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dextromethorphan-guaifenesin syrup 10-100 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dimaphen dm cold & cough</i>	\$0(3)	NM; *
<i>doxylamine-phenylephrine tab 7.5-10 mg</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
DURAFLU TAB	\$0(3)	NM; *
<i>ed a-hist</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ed a-hist dm</i>	\$0(3)	NM; *
ED A-HIST DM TAB 10-4-10	\$0(3)	NM; *
ED BRON GP LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>endacof-dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fexofenadine-pseudoephedrine tab er 12hr 60-120 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fexofenadine-pseudoephedrine tab er 24hr 180-240 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>flu hbp</i>	\$0(3)	NM; *
<i>flu/severe cold & cough d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp all day allergy-d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy & congestion</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy multi-symptom</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp cold & cough children</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp cough dm er SUER 30mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp cough gels CAPS 15mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp day time cold/flu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp day time cold/flu rel</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mucus dm maximum stre</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mucus er TB12 600mg, 1200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mucus relief TABS 400mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mucus relief dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mucus relief dm max</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mucus relief maximum</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mucus relief pe</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal decongestant TABS 30mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal decongestant pe TABS 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal decongestant/ma TABS 30mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal four spray SOLN 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal spray SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal spray extra moi SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal spray fast acti SOLN 1%</i>	\$0(3)	NM; *

* - 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 night time cold & flu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp night time cough</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp no drip nasal spray SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nose drops extra stre SOLN 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pseudoephedrine hcl 1 TB12 120mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pseudoephedrine hcl e TB12 120mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp sinus + headache for</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp sinus pressure/pain</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tab tussin TABS 400mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tab tussin dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tussin cf cough & col</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tussin cough long act SYRP 15mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tussin dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tussin dm cough</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tussin dm max</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tussin mucus & chest LIQD 100mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense cough dm SUER 30mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense cough dm childr SUER 30mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense day time cold &</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense daytime cold &</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense mucus relief ch</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense nighttime cold</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense nighttime cough</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense tussin cf</i>	\$0(3)	NM; *
<i>guaiatussin ac</i>	\$0(3)	NM; *
<i>guaifenesin LIQD 100mg/5ml; TABS 200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>guaifenesin ac</i>	\$0(3)	NM; *
<i>guaifenesin-codeine soln 100-10 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
HISTEX-AC SYP	\$0(3)	NM; *
HISTEX-DM SYP	\$0(3)	NM; *
<i>hm adult tussin cough & c</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>hm allergy & congestion</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm allergy complete-d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm allergy relief & nasal</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm chest congestion relie TABS 400mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm childrens mucus relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm cold & cough childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm cold & sinus relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm cough dm SUER 30mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm daytime cold & flu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm daytime severe cold/fl</i>	\$0(3)	NM; *
HM DIBROMM LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>hm mucus relief TB12 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm mucus relief dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm mucus relief maximum s TB12 1200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm nasal decongestant TABS 30mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm nasal decongestant 12 TB12 120mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm nasal decongestant pe TABS 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm nasal spray SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm night time cold & flu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm nighttime cold & flu r</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm nose drops extra stren SOLN 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm severe cold & flu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm sinus nasal spray SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm tussin adult LIQD 100mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm tussin adult cough & c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm tussin adult multi-sym</i>	\$0(3)	NM; *
<i>12 hour decongestant TB12 120mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>12 hour nasal decongestan TB12 120mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>12 hour nasal spray SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>12hr allergy/congestion r</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocod polst-chlorphen polst er susp 10-8 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocodone bitart-homatropine methylbrom soln 5-1.5 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *

* - 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>hydrocodone bitart-homatropine methylbromide tab 5-1.5 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hydromet</i>	\$0(3)	NM; *
LOHIST-D LIQ	\$0(3)	NM; *
LOHIST-DM SYP 5-2-10MG	\$0(3)	NM; *
<i>loratadine-d 12hr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>loratadine-d 24hr</i>	\$0(3)	NM; *
LORTUSS LQ LIQ	\$0(3)	NM; *
M-CLEAR WC LIQ 100-6.33	\$0(3)	NM; *
M-END DMX LIQ	\$0(3)	NM; *
M-END PE LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>mapap cold formula multi-</i>	\$0(3)	NM; *
MAR-COF BP LIQ 30-2-7.5	\$0(3)	NM; *
MAR-COF CG LIQ 225-7.5	\$0(3)	NM; *
<i>maxi-tuss ac</i>	\$0(3)	NM; *
<i>maxi-tuss g</i>	\$0(3)	NM; *
<i>maxi-tuss gmx</i>	\$0(3)	NM; *
MAXI-TUSS JR LIQ	\$0(3)	NM; *
MAXI-TUSS LIQ CD	\$0(3)	NM; *
MAXI-TUSS PE LIQ	\$0(3)	NM; *
MAXI-TUSS PE LIQ JR	\$0(3)	NM; *
MAXI-TUSS PE LIQ MAX	\$0(3)	NM; *
MAXI-TUSS TR LIQ 1.25-30	\$0(3)	NM; *
MAXICHLOR TAB PEH DM	\$0(3)	NM; *
MAXIFED TAB 60-360MG	\$0(3)	NM; *
MAXIFED TR TAB 1.25-30	\$0(3)	NM; *
MICLARA DM LIQ	\$0(3)	NM; *
MUCINEX CAP DAY/NGHT	\$0(3)	NM; *
MUCINEX CAP FAST-MAX	\$0(3)	NM; *
MUCINEX CGH GRA 5-100MG	\$0(3)	NM; *
MUCINEX CHIL LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex childrens freefor</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex childrens stuffy SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
MUCINEX CHLD MIS DAY/NITE	\$0(3)	NM; *

* - 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>mucinex cough childrens</i>	\$0(3)	NM; *
MUCINEX D/N CAP CLD/FLU	\$0(3)	NM; *
MUCINEX D/N PAK FAST/MAX	\$0(3)	NM; *
MUCINEX FAST CAP COLD/FLU	\$0(3)	NM; *
MUCINEX FAST MIS DAY/NGHT	\$0(3)	NM; *
MUCINEX FAST TAB 5-10-200	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex fast-max chest co LIQD 400mg/20ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex fast-max cold & s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex fast-max cold/flu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex fast-max congesti</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex fast-max day time</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex fast-max dm max</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex fast-max dm max m</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex fast-max night ti</i>	\$0(3)	NM; *
MUCINEX FOR KIDS PACK 100mg	\$0(3)	NM; *
MUCINEX FREE LIQ CLD/FLU	\$0(3)	NM; *
MUCINEX FREE LIQ CLG/FLU	\$0(3)	NM; *
MUCINEX FREE LIQ DAY/NIGH	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex freefrom cold, fl</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex freefrom severe c</i>	\$0(3)	NM; *
MUCINEX JUNI TAB COLD/FLU	\$0(3)	NM; *
MUCINEX JUNI TAB COUGH	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex multi-symptom col</i>	\$0(3)	NM; *
MUCINEX NIGH SOL CLEAR	\$0(3)	NM; *
MUCINEX NIGH SOL COLD/FLU	\$0(3)	NM; *
MUCINEX NIGH SOL SV CD/FL	\$0(3)	NM; *
MUCINEX SINS CAP PR/PN/CG	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex sinus-max</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex sinus-max clear & SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex sinus-max night t</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex sinus-max severe</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex sinus-max sinus/a SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
MUCINEX SOL NIGHT	\$0(3)	NM; *

* - 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>mucosa</i> TABS 400mg	\$0(3)	NM; *
<i>mucosa dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus & cough relief chil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief</i> TB12 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief cough childr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief dm cough</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief dm maximum s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief er</i> TB12 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief maximum stre</i> TB12 1200mg	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief pe sinus con</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus-dm maximum strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi symptom flu & sever</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nasal decongestant</i> TABS 30mg	\$0(3)	NM; *
<i>nasal decongestant maximu</i> TABS 30mg	\$0(3)	NM; *
<i>nasal decongestant pe</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>nasal decongestant pe max</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>nasal decongestant spray</i> SOLN .05%	\$0(3)	NM; *
<i>nasal four</i> SOLN 1%	\$0(3)	NM; *
<i>nasal relief</i> SOLN .05%	\$0(3)	NM; *
<i>nasal spray 12 hour</i> SOLN .05%	\$0(3)	NM; *
<i>nasal spray extra moistur</i> SOLN .05%	\$0(3)	NM; *
<i>nasal spray no drip</i> SOLN .05%	\$0(3)	NM; *
NASOPEN PE LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>nighttime cold/flu relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nighttime cold/flu/maximu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nighttime cough</i>	\$0(3)	NM; *
NINJACOF LIQ	\$0(3)	NM; *
NINJACOF-A LIQ	\$0(3)	NM; *
NINJACOF-XG LIQ 200-8/5	\$0(3)	NM; *
NIVANEX DMX TAB	\$0(3)	NM; *
<i>no drip nasal spray</i> SOLN .05%	\$0(3)	NM; *

* - 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>nohist-dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nohist-lq</i>	\$0(3)	NM; *
NOREL AD TAB 4-10-325	\$0(3)	NM; *
PEDIATRIC LIQ CGH/COLD	\$0(3)	NM; *
<i>phenylephrine hcl (oral) TABS 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>phenylephrine w/ dm-gg liqd 10-18-200 mg/15ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>phenylephrine w/ dm-gg tab 10-17.5-385 mg</i>	\$0(3)	NM; *
POLY HIST FO TAB 10.5-10	\$0(3)	NM; *
POLY-HIST DM LIQ 5-25-10	\$0(3)	NM; *
POLY-TUSSIN LIQ 10-4-10	\$0(3)	NM; *
POLY-VENT DM TAB	\$0(3)	NM; *
POLY-VENT IR TAB 60-380MG	\$0(3)	NM; *
POLYTUSSIN SYP 5-10-1MG	\$0(3)	NM; *
PRO-RED AC SYP 5-1-9/5	\$0(3)	NM; *
<i>promethazine vc/codeine</i>	\$0(3)	NM; *
<i>promethazine w/ codeine syrup 6.25-10 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>promethazine-dm syrup 6.25-15 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>promethazine-phenylephrine-codeine syrup 6.25-5-10 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
PSE-GUAIFEN TAB 60-375MG	\$0(3)	NM; *
<i>pseudoephed-bromphen-dm syrup 30-2-10 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pseudoephedrine hcl TABS 30mg, 60mg; TB12 120mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pseudoephedrine-guaifenesin tab er 12hr 60-600 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pseudoephedrine-guaifenesin tab er 12hr 120-1200 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc allergy/sinus headache</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc ibuprofen cold/sinus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc loratadine-d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc medifin 400 TABS 400mg</i>	\$0(3)	NM; *

* - 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>qc medifin dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc mucus relief TB12 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc mucus relief er 12 hou TB12 1200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc suphedrine maximum str TB12 120mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc tussin cf</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc tussin dm cough & ches</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc tussin mucus + chest c LIQD 100mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
RESCON TAB 2-60MG	\$0(3)	NM; *
<i>robafen cf multi-symptom</i>	\$0(3)	NM; *
<i>robafen dm cough</i>	\$0(3)	NM; *
<i>robafen dm cough/chest co</i>	\$0(3)	NM; *
<i>robafen mucus/chest conge LIQD 200mg/10ml</i>	\$0(3)	NM; *
RU-HIST D TAB 4-10MG	\$0(3)	NM; *
RYDEX LIQ	\$0(3)	NM; *
RYMED TAB 2-10MG	\$0(3)	NM; *
<i>rynex dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>rynex pe</i>	\$0(3)	NM; *
<i>rynex pse</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb 12hr nasal spray SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb cough control LIQD 100mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb coughtab TABS 200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb mucus relief dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb mucus relief pe</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb tab tussin dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>severe cold & flu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>severe cold/cough</i>	\$0(3)	NM; *
<i>siltussin dm das</i>	\$0(3)	NM; *
<i>siltussin sa LIQD 100mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>siltussin-dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sinus 12 hour TB12 120mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sinus + headache</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sinus congestion & pain s</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>sinus congestion/pain</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sinus nasal spray SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sinus pressure/pain/adult</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sinus relief extra streng SOLN 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sinus relief severe conge</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm 12 hour sinus deconges TB12 120mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm all day allergy-d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm chest congestion relie TABS 400mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm cold & cough dm childr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm cold & flu severe</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm cold & sinus relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm cough dm SUER 30mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm day time cold & flu re</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm daytime liquid caps</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm lorata-dine d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm loratadine d 12hr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm mucus relief TB12 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm mucus relief cough chi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm mucus relief maximum s TB12 1200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm mucus relief/12 hour TB12 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal decongestant max TABS 30mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal decongestant pe TABS 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal spray SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal spray 12 hour SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal spray moisturizi SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal spray sinus SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm nite time cold & flu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm nose drops nasal decon SOLN 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm tussin cf</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm tussin dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm tussin dm cough/chest</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm tussin dm max/cough +</i>	\$0(3)	NM; *

* - 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 tussin mucus + chest c</i> LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sodium chloride (inhalant)</i> AERS .9%	\$0(3)	NM; *
<i>soothing - 12 hour nasal</i> SOLN .05%	\$0(3)	NM; *
STAHIST AD TAB 25-60MG	\$0(3)	NM; *
<i>sudogest</i> TABS 30mg, 60mg	\$0(3)	NM; *
<i>sudogest 12 hour</i> TB12 120mg	\$0(3)	NM; *
<i>sudogest maximum strength</i> TABS 30mg	\$0(3)	NM; *
<i>sudogest sinus & allergy</i>	\$0(3)	NM; *
<i>suphedrine 12hour maximum</i> TB12 120mg	\$0(3)	NM; *
<i>theraflu expressmax sever</i>	\$0(3)	NM; *
THERAFLU FLU PAK SORE THR	\$0(3)	NM; *
<i>triaminic fever & cold mu</i>	\$0(3)	NM; *
TRIAMINIC SOL COLD/CGH	\$0(3)	NM; *
TRIAMINIC SYP COLD/CGH	\$0(3)	NM; *
TUSNEL C SYP	\$0(3)	NM; *
<i>tusnel diabetic</i>	\$0(3)	NM; *
TUSNEL LIQ	\$0(3)	NM; *
TUSNEL PED DRO 7.5-50	\$0(3)	NM; *
TUSNEL PEDI LIQ 15-5-50	\$0(3)	NM; *
TUSNEL TAB	\$0(3)	NM; *
TUSNEL-DM DRO PEDIATRC	\$0(3)	NM; *
<i>tussin cf</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin cf multi-symptom c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin cf severe multi-sy</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin cough</i> SYRP 15mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>tussin dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin dm cough + chest c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin dm maximum strengt</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin mucus & chest cong</i> LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>tussin mucus + chest cong</i> LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>tussin multi-symptom cold</i>	\$0(3)	NM; *
VANACOF DMX LIQ	\$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
VANACOF LIQ	\$0(3)	NM; *
VANATAB DM TAB 5-9-198	\$0(3)	NM; *
<i>4-way fast acting</i> SOLN 1%	\$0(3)	NM; *
WESTUSSIN DM SYP	\$0(3)	NM; *
LEUKOTRIENE MODULATORS		
<i>montelukast sodium</i> CHEW 4mg, 5mg; PACK 4mg; TABS 10mg	\$0(1)	
<i>zafirlukast</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	
MISCELLANEOUS		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	\$0(1)	B/D
AERCHMBR PLS MIS FLOW-VU	\$0(3)	NM; *
AERCHMBR PLS MIS LRG MASK	\$0(3)	NM; *
AERCHMBR PLS MIS MED MASK	\$0(3)	NM; *
AERCHMBR PLS MIS SM MASK	\$0(3)	NM; *
AERCHMBR Z- MIS STAT PLS	\$0(3)	NM; *
AEROCHAMBER MIS CHAMBER	\$0(3)	NM; *
AEROCHAMBER MIS MV	\$0(3)	NM; *
AEROCHAMBER MIS PLUS	\$0(3)	NM; *
AEROVENT MIS PLUS	\$0(3)	NM; *
<i>afrin saline nasal mist</i>	\$0(3)	NM; *
AIRZONE PEAK MIS FLOW MTR	\$0(3)	NM; *
<i>altamist</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ASSESS METER MIS FULL	\$0(3)	NM; *
ASSESS METER MIS LOW	\$0(3)	NM; *
ASTHMA CHECK MIS SYSTEM	\$0(3)	NM; *
ASTHMAPACK KIT CHILD	\$0(3)	NM; *
<i>ayr</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
AYR NASAL DROPS SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
AYR NASAL MIST ALLERGY & SOLN 2.65%	\$0(3)	NM; *
<i>ayr saline nasal</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ayr saline nasal no-drip</i>	\$0(3)	NM; *
<i>baby ayr saline</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *

* - 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
COMPACT SPAC MIS CHAMBER	\$0(3)	NM; *
COMPACT SPAC MIS LG MASK	\$0(3)	NM; *
COMPACT SPAC MIS MD MASK	\$0(3)	NM; *
COMPACT SPAC MIS SM MASK	\$0(3)	NM; *
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	\$0(1)	B/D
<i>cromolyn sodium (nasal)</i> AERS 5.2mg/act	\$0(3)	NM; *
CVS NASAL MIST AERS .9%	\$0(3)	NM; *
<i>cvs saline nasal spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
<i>deep sea nasal spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
EASIVENT MIS	\$0(3)	NM; *
EASIVENT MIS MASK LG	\$0(3)	NM; *
EASIVENT MIS MASK MED	\$0(3)	NM; *
EASIVENT MIS MASK SM	\$0(3)	NM; *
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	\$0(1)	(generic of EpiPen)
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml	\$0(1)	(generic of Adrenaclick)
<i>eq saline nasal spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
<i>eql saline nasal spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
FASENRA SOSY 30mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
FLEXICHAMBER MIS	\$0(3)	NM; *
FLEXICHAMBER MIS MASK LRG	\$0(3)	NM; *
FLEXICHAMBER MIS MASK SM	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal moisturizing</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
<i>hm saline nasal spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
HOLD CHAMBER MIS ADLT LG	\$0(3)	NM; *
HOLD CHAMBER MIS MEDIUM	\$0(3)	NM; *
HOLD CHAMBER MIS SMALL	\$0(3)	NM; *
INSPIRACHAMB MIS LARGE	\$0(3)	NM; *
INSPIRACHAMB MIS MEDIUM	\$0(3)	NM; *
INSPIRACHAMB MIS MOUTHPC	\$0(3)	NM; *
INSPIRACHAMB MIS SMALL	\$0(3)	NM; *
INSPIREASE MIS DD SYST	\$0(3)	NM; *

* - 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
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
LITTLE REMED AER MIST	\$0(3)	NM; *
LITTLE REMEDIES SALINE SP	\$0(3)	NM; *
<i>meijer saline nasal spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
MICROCHAMBER MIS	\$0(3)	NM; *
MICROLIFE MIS PEAK FLO	\$0(3)	NM; *
MINI WRIGHT MIS PFM	\$0(3)	NM; *
MINI WRIGHT MIS PFM LOW	\$0(3)	NM; *
NASADROPS SALINE ON THE G SOLN .9%	\$0(3)	NM; *
<i>nasal moist</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
<i>nasal moisturizing spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
<i>nasogel</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ocean for kids</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
OFEV CAPS 100mg, 150mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
OPTICHAMBER MIS DIA LG	\$0(3)	NM; *
OPTICHAMBER MIS DIA MD	\$0(3)	NM; *
OPTICHAMBER MIS DIA SM	\$0(3)	NM; *
OPTICHAMBER MIS DIAMOND	\$0(3)	NM; *
ORKAMBI GRA 75-94MG	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI GRA 100-125	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI GRA 150-188	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI TAB 100-125	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI TAB 200-125	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
PANDA MASK MIS LARGE	\$0(3)	NM; *
PANDA MASK MIS MEDIUM	\$0(3)	NM; *

* - 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
PANDA MASK MIS PEDIATRI	\$0(3)	NM; *
PANDA MASK MIS SMALL	\$0(3)	NM; *
PEAK AIR FLO MIS ADLT/PED	\$0(3)	NM; *
PEAK FLOW MIS METER	\$0(3)	NM; *
PEAK FLW MTR MIS ADULT	\$0(3)	NM; *
PEAK FLW MTR MIS CHILD	\$0(3)	NM; *
PERSONAL BES MIS FULL RNG	\$0(3)	NM; *
PERSONAL BES MIS LOW RANG	\$0(3)	NM; *
PIKO 1 MIS ELECTRON	\$0(3)	NM; *
<i>pirfenidone</i> CAPS 267mg	\$0(2)	NDS, QL (270 caps / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 267mg	\$0(2)	NDS, QL (270 tabs / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 534mg, 801mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
POCKET CHAMB MIS	\$0(3)	NM; *
POCKET PEAK MIS METER	\$0(3)	NM; *
POCKET SPACE MIS	\$0(3)	NM; *
POCKETPEAK MIS MTR LOW	\$0(3)	NM; *
PROCARE MIS ADULT	\$0(3)	NM; *
PROCARE MIS CHILD	\$0(3)	NM; *
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>px saline nasal spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
<i>ra saline nasal spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
RA STERILE SALINE NASAL M SOLN .9%	\$0(3)	NM; *
RITEFLO MIS	\$0(3)	NM; *
<i>roflumilast</i> TABS 250mcg, 500mcg	\$0(1)	
<i>saline</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
<i>saline mist</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
<i>*saline nasal gel**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb saline nose</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
SIMPLY SALINE AERS .9%	\$0(3)	NM; *
SINUS WASH CRY SALT	\$0(3)	NM; *

* - 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 nasal spray saline</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
SOOTH SALINE AER NASAL	\$0(3)	NM; *
SPACE CHAMBR MIS ANTI-STA	\$0(3)	NM; *
SPACE CHAMBR MIS LARGE	\$0(3)	NM; *
SPACE CHAMBR MIS MEDIUM	\$0(3)	NM; *
SPACE CHAMBR MIS SMALL	\$0(3)	NM; *
SPACER CHAMB MIS ADULT	\$0(3)	NM; *
SPACER CHAMB MIS CHILD	\$0(3)	NM; *
SYMDEKO TAB 50-75MG	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
SYMDEKO TAB 100-150	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
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
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
TRUZONE PEAK MIS FLOW MTR	\$0(3)	NM; *
VORTEX VALVE MIS CHAMBER	\$0(3)	NM; *
VORTEX/MASK MIS CHILDS	\$0(3)	NM; *
XOLAIR 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>flunisolide (nasal)</i> SOLN .025%	\$0(1)	QL (3 bottles / 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>fluticasone propionate (nasal) SUSP</i> 50mcg/act	\$0(1)	QL (1 bottle / 30 days)
<i>fluticasone propionate (nasal) SUSP</i> 50mcg/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
STEROID INHALANTS - DRUGS TO TREAT ASTHMA		
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act	\$0(2)	QL (30 inhalations / 30 days)
<i>budesonide (inhalation) SUSP</i> .25mg/2ml, .5mg/2ml	\$0(1)	B/D
FLOVENT DISKUS AEPB 50mcg/blist	\$0(2)	QL (180 inhalations / 30 days)
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)
STEROID/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)

* - 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
SYMBICORT AER 160-4.5	\$0(2)	QL (3 inhalers / 30 days)
TOPICAL - DRUGS TO TREAT EAR AND SKIN CONDITIONS		
DERMATOLOGY, ACNE		
<i>accutane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(1)	PA
<i>acne medication 2.5</i> GEL 2.5%	\$0(3)	NM; *
<i>acne medication 5</i> GEL 5%	\$0(3)	NM; *
ACNE MEDICATION 5 LOTN 5%	\$0(3)	NM; *
<i>acne medication 10</i> GEL 10%	\$0(3)	NM; *
ACNE MEDICATION 10 LOTN 10%	\$0(3)	NM; *
<i>adapalene</i> GEL .1%	\$0(3)	NM; *
<i>amnestem</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	PA
<i>benzefoam</i> FOAM 5.3%	\$0(3)	NM; *
<i>benzoyl peroxide</i> GEL 2.5%, 5%, 10%	\$0(3)	NM; *
BENZOYL PEROXIDE CLEANSER LIQD 6%	\$0(3)	NM; *
<i>benzoyl peroxide wash</i> LIQD 5%, 10%	\$0(3)	NM; *
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel</i> 5-3%	\$0(1)	QL (46.6 gm / 30 days)
<i>bpo foaming cloths</i> MISC 6%	\$0(3)	NM; *
<i>claravis</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(1)	PA
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> GEL 1%	\$0(1)	QL (75 gm / 30 days)
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> LOTN 1%; SOLN 1%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>ery</i> PADS 2%	\$0(1)	QL (60 pledgets / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid)</i> 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>bacitracin (topical)</i> OINT 500unit/gm	\$0(3)	NM; *
<i>bacitracin zinc</i> OINT 500unit/gm	\$0(3)	NM; *
<i>first aid antibiotic</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>gentamicin sulfate (topical) CREA .1%; OINT .1%</i>	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
<i>gnp bacitracin zinc OINT 500unit/gm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp triple antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp triple antibiotic plu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm bacitracin OINT 500unit/gm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm double antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm triple antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm triple antibiotic plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mupirocin OINT 2%</i>	\$0(1)	QL (220 gm / 30 days)
<i>poly bacitracin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc triple antibiotic maxi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>silver sulfadiazine CREA 1%</i>	\$0(1)	
<i>sm antibiotic OINT 500unit/gm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm antibiotic plus pain r</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm double antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm triple antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm triple antibiotic orig</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm triple antibiotic plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ssd CREA 1%</i>	\$0(1)	
SULFAMYLON CREA 85mg/gm	\$0(2)	QL (453.6 gm / 30 days)
<i>triple antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>triple antibiotic + pain</i>	\$0(3)	NM; *
<i>triple antibiotic plus</i>	\$0(3)	NM; *
DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS		
<i>ALEVAZOL OINT 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antifungal CREA 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antifungal powder POWD 2%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>athletes foot CREA 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>athletes foot antifungal AERP 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>athletes foot powder spra AERP 2%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>athletes foot spray AERO 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>baza antifungal CREA 2%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>butenafine hcl 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>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%; SOLN 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; *
<i>clotrimazole athletes foo</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i> 1-0.05%	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
<i>critic-aid clear af</i> OINT 2%	\$0(3)	NM; *
<i>cvs jock itch</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
FUNGOID TINCTURE SOLN 2%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp athletes foot</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp miconazorb af</i> POWD 2%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp terbinafine hydrochlo</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tolnaftate</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>ketoconazole (topical)</i> CREA 2%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>miconazole nitrate (topical)</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>micotrin ac</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>micotrin al</i> SOLN 1%	\$0(3)	NM; *
<i>micro guard</i> POWD 2%	\$0(3)	NM; *
<i>nyamyc</i> POWD 100000unit/gm	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> POWD 100000unit/gm	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystop</i> POWD 100000unit/gm	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>qc tolnaftate</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>remedy antifungal</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>sm antifungal clotrimazol</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm antifungal miconazole</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>sm antifungal tolnaftate</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm athletes foot</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>soothe & cool inzo antifu</i> CREA 2%	\$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>terbinafine hcl (topical)</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>tolnaftate</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>tolnaftate antifungal</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS		
<i>acitretin</i> CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg	\$0(1)	PA
<i>calcipotriene</i> OINT .005%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>calcipotriene</i> SOLN .005%	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days), PA
<i>calcitrene</i> OINT .005%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>tazarotene</i> CREA .1%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days), PA
TAZORAC CREA .05%	\$0(2)	QL (60 gm / 30 days), PA
DERMATOLOGY, ANTISEBORRHEICS		
<i>ketconazole (topical)</i> SHAM 2%	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days)
<i>selenium sulfide</i> LOTN 2.5%	\$0(1)	
DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS		
<i>ala-cort</i> CREA 1%, 2.5%	\$0(1)	
<i>alclometasone dipropionate</i> CREA .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>anti-itch maximum strengt</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> CREA .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> LOTN .05%	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> LOTN .05%	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone valerate</i> CREA .1%; OINT .1%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone valerate</i> LOTN .1%	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<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)

* - 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>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/alo</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/alo</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 1%, 2.5%; LOTN 2.5%; OINT 2.5%	\$0(1)	
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA .5%, 1%; OINT 1%	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocortisone acetate (topical)</i> CREA 1%; OINT 1%	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocortisone maximum st</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocortisone/alo</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)

* - 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>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		
ALOE VESTA PROTECTIVE OINT 43%	\$0(3)	NM; *
<i>americerin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>anti-dandruff shampoo</i> SHAM 1%	\$0(3)	NM; *
<i>anti-itch</i>	\$0(3)	NM; *
AQUA GLYCOL CRE FACE	\$0(3)	NM; *
AQUAPHILIC OIN	\$0(3)	NM; *
AQUAPHOR ADVANCED THERAPY OINT 41%	\$0(3)	NM; *
AQUAPHOR OIN	\$0(3)	NM; *
<i>arthritis pain relieving</i> CREA .075%	\$0(3)	NM; *
<i>atrix medicated formula</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
ATRIX SYSTEM 1 KIT 2%	\$0(3)	NM; *
<i>banophen</i>	\$0(3)	NM; *
BASLE CRE	\$0(3)	NM; *
<i>benzoin compound tincture</i>	\$0(3)	NM; *
BENZOIN TIN	\$0(3)	NM; *
BENZOIN TIN PLAIN	\$0(3)	NM; *
BETA CARE CRE	\$0(3)	NM; *
BETA XMA CRE	\$0(3)	NM; *
BETADINE SOLN 5%	\$0(3)	NM; *
BETADINE ANTISEPTIC CREA 5%	\$0(3)	NM; *
BETADINE SURGICAL SCRUB SOLN 7.5%	\$0(3)	NM; *
BETADINE SWABSTICKS SWAB 10%	\$0(3)	NM; *
<i>bexarotene (topical)</i> GEL 1%	\$0(2)	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA

* - 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
BULL FROG SPR MOSQUITO	\$0(3)	NM; *
<i>capsaicin</i> CREA .025%, .1%	\$0(3)	NM; *
<i>capsaicin heat patch</i> PTCH .025%	\$0(3)	NM; *
CARRINGTON CRE /ZINC	\$0(3)	NM; *
CARRINGTON MOISTURE BARRI CREA 61%	\$0(3)	NM; *
CERAVE CRE	\$0(3)	NM; *
CERAVE CRE MOISTURI	\$0(3)	NM; *
CERAVE HEALING OINT 46.5%	\$0(3)	NM; *
CERAVE SA CRE RGH/BMP	\$0(3)	NM; *
CETAPHIL CRE HAND	\$0(3)	NM; *
COCONUT OIL CRE BEAUTY	\$0(3)	NM; *
COLEMAN 100 MAX INSECT RE AERO 98.11%; LIQD 98.11%	\$0(3)	NM; *
COLEMAN INSECT REPELLENT/ AERO 25%, 40%	\$0(3)	NM; *
COLEMN BOTAN LIQ INSECT	\$0(3)	NM; *
COLEMN INSEC LIQ SKINSMAR	\$0(3)	NM; *
COLEMN INSEC SPR SKINSMAR	\$0(3)	NM; *
<i>corn and callus remover</i> LIQD 17%	\$0(3)	NM; *
CRITIC-AID CLEAR MOISTURE OINT 71.5%	\$0(3)	NM; *
CUTTER AERO 10%	\$0(3)	NM; *
CUTTER AER NATURAL	\$0(3)	NM; *
CUTTER ALL FAMILY AERO 7%; LIQD 7%	\$0(3)	NM; *
CUTTER ALL FAMILY MOSQUIT SHEE 7.15%	\$0(3)	NM; *
CUTTER BACKWOODS AERO 25%; LIQD 25%	\$0(3)	NM; *
CUTTER BACKWOODS DRY AERO 25%	\$0(3)	NM; *
CUTTER DRY AERO 10%	\$0(3)	NM; *
CUTTER LEMON LIQ EUCALYPT	\$0(3)	NM; *
CUTTER LIQ NATURAL	\$0(3)	NM; *
CUTTER SKINSATIONS AERO 7%; LIQD 7%	\$0(3)	NM; *

* - 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
CUTTER SPORT AERO 15%	\$0(3)	NM; *
<i>cvs advanced healing oint</i> OINT 41%	\$0(3)	NM; *
CVS INSECT REPELLENT AERO 15%	\$0(3)	NM; *
CVS MOISTURE CRE	\$0(3)	NM; *
<i>cvs moisturizing extra dr</i>	\$0(3)	NM; *
CVS TOTAL HOME INSECT REP AERO 30%	\$0(3)	NM; *
<i>dandruff shampoo</i> LOTN 1%; SHAM 1%	\$0(3)	NM; *
DERMABASE CRE	\$0(3)	NM; *
<i>dermacerin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dermacinrx atrix antibact</i> LIQD 2%	\$0(3)	NM; *
<i>dermacinrx atrix clarifyi</i> LIQD 2%	\$0(3)	NM; *
<i>dermacinrx skin repair</i> CREA 5%	\$0(3)	NM; *
<i>dermamed</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dermaphor</i>	\$0(3)	NM; *
DHS ZINC SHAM 2%	\$0(3)	NM; *
DIABETIDERM CRE	\$0(3)	NM; *
DIABETIDERM CRE FOOT	\$0(3)	NM; *
<i>diclofenac sodium (topical)</i> GEL 1%	\$0(1)	QL (1000 gm / 30 days)
<i>diphenhydramine-zinc acetate cream</i> 2-0.1%	\$0(3)	NM; *
DML FORTE CRE	\$0(3)	NM; *
<i>dry skin treatment</i> OINT 41%	\$0(3)	NM; *
<i>e-ointment</i>	\$0(3)	NM; *
EAGLE WATCH MOSQUITO ELIM LIQD 25%	\$0(3)	NM; *
EMOLLIA-CREM CRE	\$0(3)	NM; *
EQ THERAPEUT CRE MOISTURI	\$0(3)	NM; *
EUCERIN HAND CRE ADV REPA	\$0(3)	NM; *
EUCERIN PLUS CRE	\$0(3)	NM; *
FIRST AID ANTISEPTIC OINT OINT 10%	\$0(3)	NM; *
<i>flanders buttocks</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fluorouracil (topical)</i> CREA 5%	\$0(1)	QL (40 gm / 30 days)
<i>fluorouracil (topical)</i> SOLN 2%, 5%	\$0(1)	QL (10 mL / 30 days)
<i>gnp anti-itch</i>	\$0(3)	NM; *

* - 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
GNP CAPSAICIN LIQD .15%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp itch relief extra str</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp scalp relief LIQD 3%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp wart remover LIQD 17%</i>	\$0(3)	NM; *
GOLD BOND CRE HEALING	\$0(3)	NM; *
GOLD BOND OIN HEALING	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense hemorrhoidal oi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm povidone-iodine SOLN 10%</i>	\$0(3)	NM; *
HYDRASYN25 CRE	\$0(3)	NM; *
HYDRO-LAN CRE	\$0(3)	NM; *
HYDROCERIN CRE	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocortisone (rectal) CREA 1%, 2.5%</i>	\$0(1)	
<i>hydrolatum</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hydrophor OINT 42%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>imiquimod CREA 5%</i>	\$0(1)	QL (24 packets / 30 days)
<i>itch relief extra strengt</i>	\$0(3)	NM; *
KERADAN CRE	\$0(3)	NM; *
<i>lactic acid (ammonium lactate) CREA 12%; LOTN 12%</i>	\$0(1)	
<i>lactic acid (ammonium lactate) CREA 12%; LOTN 12%</i>	\$0(3)	NM; *
LACTINOL HX CRE	\$0(3)	NM; *
LANAPHILIC OIN	\$0(3)	NM; *
LANOLOR CRE	\$0(3)	NM; *
LEADER FINGE CRE	\$0(3)	NM; *
<i>lidocaine CREA 4%</i>	\$0(3)	QL (120 gm / 30 days), NM; *
MAXI DEET LIQD 98.11%	\$0(3)	NM; *
<i>medela tender care lanoli</i>	\$0(3)	NM; *
<i>medicated callus removers PADS 40%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>medicated corn removers PADS 40%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>metronidazole (topical) CREA .75%; GEL .75%</i>	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
<i>metronidazole (topical) LOTN .75%</i>	\$0(1)	QL (59 mL / 30 days)
<i>minerin creme</i>	\$0(3)	NM; *
MOISTURIZING CRE	\$0(3)	NM; *

* - 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>moisturizing cream</i>	\$0(3)	NM; *
NATRAPEL LIQD 20%	\$0(3)	NM; *
NATRAPEL 12-HOUR TICK & I AERO 20%	\$0(3)	NM; *
NEUTROGENA CRE HAND	\$0(3)	NM; *
NIVEA CRE	\$0(3)	NM; *
NIVEA SOFT CRE	\$0(3)	NM; *
NUTRADERM CRE	\$0(3)	NM; *
OFF ACTIVE AERO 15%	\$0(3)	NM; *
OFF DEEP WOODS AERO 25%; LIQD 25%	\$0(3)	NM; *
OFF DEEP WOODS DRY AERO 25%	\$0(3)	NM; *
OFF DEEP WOODS SPORTSMEN AERO 30%; LIQD 25%, 98.25%	\$0(3)	NM; *
OFF DEEP WOODS TOWELETTES SHEE 25%	\$0(3)	NM; *
OFF FAMILYCARE CLEAN FEEL LIQD 5%	\$0(3)	NM; *
OFF FAMILYCARE SMOOTH & D AERO 15%	\$0(3)	NM; *
OFF FAMILYCARE TROPICAL F LIQD 5%	\$0(3)	NM; *
OFF FAMILYCARE UNSCENTED LIQD 7%	\$0(3)	NM; *
OFF SMOOTH & DRY AERO 15%	\$0(3)	NM; *
OINTMENT OIN BASE	\$0(3)	NM; *
PANRETIN GEL .1%	\$0(2)	NDS, QL (60 gm / 30 days), PA
PEN-KERA CRE	\$0(3)	NM; *
PENTRAVAN CRE	\$0(3)	NM; *
PENTRAVAN CRE PLUS	\$0(3)	NM; *
PETROLATUM OIN	\$0(3)	NM; *
<i>podofilox</i> SOLN .5%	\$0(1)	QL (7 mL / 28 days)
<i>povidone-iodine</i> SOLN 10%	\$0(3)	NM; *
PRETTY FEET CRE & HANDS	\$0(3)	NM; *
<i>procto-med hc</i> CREA 2.5%	\$0(1)	
<i>proctosol hc</i> CREA 2.5%	\$0(1)	
<i>proctozone-hc</i> CREA 2.5%	\$0(1)	
<i>qc anti-itch extra streng</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc povidone iodine</i> SOLN 10%	\$0(3)	NM; *

* - 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
RA ADVANCED HEALING OINT 41%	\$0(3)	NM; *
RANGER READY REPELLENT LIQD 20%	\$0(3)	NM; *
RECTIV OINT .4%	\$0(2)	QL (30 gm / 30 days)
REMEDY DIMETHICONE MOISTU CREA 5%	\$0(3)	NM; *
REMEDY NUTRASHIELD CREA 1%	\$0(3)	NM; *
REMEDY SKIN REPAIR CREA 1.5%	\$0(3)	NM; *
REPEL 100 LIQD 98.11%	\$0(3)	NM; *
REPEL FAMILY AERO 15%	\$0(3)	NM; *
REPEL FAMILY DRY AERO 10%	\$0(3)	NM; *
REPEL HUNTERS FORMULA AERO 25%	\$0(3)	NM; *
REPEL LEMON SPR INSECT	\$0(3)	NM; *
REPEL MOSQUITO WIPES SHEE 30%	\$0(3)	NM; *
REPEL SPORTSMEN AERO 25%	\$0(3)	NM; *
REPEL SPORTSMEN DRY AERO 25%	\$0(3)	NM; *
REPEL SPORTSMEN MAX AERO 40%; LIQD 40%; LOTN 40%	\$0(3)	NM; *
REPEL TICK DEFENSE AERO 15%	\$0(3)	NM; *
RISABAL-PH CRE	\$0(3)	NM; *
SAWYER INSECT REPELLENT AERO 30%	\$0(3)	NM; *
SAWYER INSECT REPELLENT C LOTN 20%	\$0(3)	NM; *
SAWYER PREMIUM INSECT REP LIQD 20%	\$0(3)	NM; *
<i>sb povidone-iodine</i> SOLN 10%	\$0(3)	NM; *
SEBEX SHA	\$0(3)	NM; *
SENSI-CARE CRE MOISTURI	\$0(3)	NM; *
<i>sm anti-itch extra streng</i>	\$0(3)	NM; *
SM BENZOIN TIN	\$0(3)	NM; *
<i>sm povidone-iodine</i> SOLN 10%	\$0(3)	NM; *
SOOTHE & COOL FREE MEDSEP OINT 50%	\$0(3)	NM; *
SOOTHE & COOL FREE MOISTU OINT 98.3%	\$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
SOOTHE & COOL PROTECT MOI OINT 98.3%	\$0(3)	NM; *
SORBIDON CRE HYDRATE	\$0(3)	NM; *
SORBOLENE CRE	\$0(3)	NM; *
STUDIO 35 CRE MOIST	\$0(3)	NM; *
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1%	\$0(1)	QL (100 gm / 30 days)
THERAPEUTIC CRE MOISTUR	\$0(3)	NM; *
THERAPEUTIC DANDRUFF SHAM 3%	\$0(3)	NM; *
TOTAL HOME SPR INSECT	\$0(3)	NM; *
ULTRATHON INSECT REPELLEN AERO 25%; LOTN 34.34%	\$0(3)	NM; *
VALCHLOR GEL .016%	\$0(2)	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, LA, PA
VANICREAM CRE	\$0(3)	NM; *
VELVACHOL CRE	\$0(3)	NM; *
<i>wart remover maximum stre</i> LIQD 17%; STRP 40%	\$0(3)	NM; *
XERAC AC SOLN 6.25%	\$0(3)	NM; *
ZIKS ARTHRIT CRE RELIEF	\$0(3)	NM; *
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; *
VANALICE GEL 0.3-3.5%	\$0(3)	NM; *
DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS		
REGRANEX GEL .01%	\$0(2)	NDS, QL (30 gm / 30 days), PA
SANTYL OINT 250unit/gm	\$0(2)	QL (180 gm / 30 days)

* - 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>sodium chloride (gu irrigant) SOLN .9%</i>	\$0(1)	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	\$0(1)	
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS		
<i>cevimeline hcl CAPS 30mg</i>	\$0(1)	
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat) SOLN .12%</i>	\$0(1)	
<i>clotrimazole TROC 10mg</i>	\$0(1)	QL (150 lozenges / 30 days)
<i>lidocaine hcl (mouth-throat) SOLN 2%</i>	\$0(1)	
<i>nystatin (mouth-throat) SUSP 100000unit/ml</i>	\$0(1)	
<i>periogard SOLN .12%</i>	\$0(1)	
<i>pilocarpine hcl (oral) TABS 5mg, 7.5mg</i>	\$0(1)	
<i>triamcinolone acetonide (mouth) PSTE .1%</i>	\$0(1)	
OTIC - DRUGS TO TREAT CONDITIONS OF THE EAR		
<i>ear drops SOLN 6.5%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>earwax removal SOLN 6.5%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>earwax removal kit SOLN 6.5%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm ear drops SOLN 6.5%</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

D. Índice de medicamentos cubiertos

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
*		5	
*b-complex w/ c & calcium tab***	121	50+ adult eye health	120
*b-complex w/ c & folic acid tab***	121	8	
*b-complex w/ c cap**	121	8 hour arthritis pain rel	3
*b-complex w/ c tab**	121	8hr muscle aches & pain	3
*calcium carb-vit d w/ minerals chew tab		A	
600 mg-400 unit***	110	a-25	119
*lactobacillus - packet**	79	a-10000	119
*lactobacillus acidophilus-pectin cap**	79	abacavir sulfate	12
*lactobacillus cap**	79	abacavir sulfate-lamivudine tab 600-	
*lactobacillus tab**	79	300 mg	13
*multiple vitamin tab**	136	abatine	78
*multiple vitamins w/ iron tab**	136	ABC COMPLETE TAB WOMEN	119
*multiple vitamins w/ minerals tab**	136	abc plus	120
*niacinamide w/ zn-cu-methylfol-se-cr tab		abc plus senior adults 50	120
750-27-2-0.5 mg***	137	abdek pediatric	120
*omega-3 fatty acids cap 1000 mg**	118	ABELCET	11
*omega-3 fatty acids cap 1200 mg**	118	ABILIFY MAINTENA	48
*omega-3 fatty acids cap 300 mg**	118	abiraterone acetate	21
*omega-3 fatty acids cap 435 mg**	118	ABRYSVO	100
*omega-3 fatty acids cap 500 mg**	118	acamprosate calcium	56
*omega-3 fatty acids cap delayed release		acarbose	58
1000 mg**	118	ACCRUFER	92
*oral electrolyte solution***	105	accutane	177
*pediatric multiple vitamins w/ iron chew		acebutolol hcl	37
tab 15 mg**	139	acetaminophen	1
*saline nasal gel**	174	acetaminophen extra stren	1
*sodium phosphates - enema***	86	acetaminophen w/ codeine soln 120-	
1		12 mg/5ml	6
12 hour decongestant	163	acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg	6
12 hour nasal decongestan	163	acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg	6
12 hour nasal spray	163	acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg	7
12hr allergy/congestion r	163	ACETAMIN POW	102
1ST BASE CRE	102	acetazolamide	38
2		acetic acid	90
24hr allergy relief	157	acetic acid (otic)	154
3		acetylcysteine	171
3 day vaginal	91	acid gone	76
4		ACIDOPHILUS	78
4-way fast acting	171	acidophilus extra strengt	78
		acidophilus probiotic	78

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>acidophilus probiotic for</i>	78	AEROVENT MIS PLUS	171
ACIDOPHILUS/ TAB CIT PECT	78	<i>afirmelle</i>	62
ACIDOPHILUS WAF	78	<i>afirin saline nasal mist</i>	171
ACIDOPHILUS/ WAF BIFIDUS	78	<i>aftera</i>	62
<i>acid reducer</i>	81, 88	AIMOVIG	53
<i>acid reducer maximum stre</i>	81	AIMSCO MIS LUBRICAT	62
<i>acid reducer original str</i>	81	<i>airborne</i>	120
<i>acitretin</i>	180	AIRBORNE+ CHW PROBIOTI	120
<i>acne medication 2.5</i>	177	AIRBORNE+ CHW REST	120
<i>acne medication 5</i>	177	AIRBORNE+NAT LIQ ENERGY	120
ACNE MEDICATION 5	177	AIRBORNE+ POW STRESS	120
<i>acne medication 10</i>	177	AIRBORNE CHW	120
ACNE MEDICATION 10	177	AIRBORNE CHW KIDS	120
ACTHIB INJ	100	<i>airborne gummies</i>	120
<i>actical</i>	120	<i>airborne immune system</i>	120
ACTIMMUNE	99	<i>airborne kids</i>	120
ACTIVE FE TAB 75-1.25	92	AIRBORNE POW	120
<i>activite</i>	120	AIRSHIELD CHW IMMUNITY	120
<i>acyclovir</i>	15	AIRZONE PEAK MIS FLOW MTR	171
<i>acyclovir sodium</i>	15	<i>ala-cort</i>	180
ADACEL INJ	100	ALAHIST CF TAB 10-2-20	158
<i>adapalene</i>	177	ALAHIST DM LIQ 7.5-2-15	158
<i>adefovir dipivoxil</i>	15	ALAHIST D TAB	158
ADEK CHW PLUS ZN	120	ALA-HIST IR	155
ADEMPAS	40	ALAHIST PE TAB 2-7.5MG	158
ADLT ONE DLY CHW GUMMIES	120	<i>alaway</i>	151
ADRENALIN	39	<i>alaway childrens allergy</i>	151
ADULT 50+ CAP OCUVITE	120	<i>albendazole</i>	8
<i>adult aspirin regimen</i>	1	<i>albuterol sulfate</i>	158
ADVAIR DISKU AER 100/50	176	<i>alclometasone dipropionate</i>	180
ADVAIR DISKU AER 250/50	176	ALDURAZYME	73
ADVAIR DISKU AER 500/50	176	ALECENSA	23
ADVAIR HFA AER 45/21	176	<i>alendronate sodium</i>	61
ADVAIR HFA AER 115/21	176	ALEVAZOL	178
ADVAIR HFA AER 230/21	176	<i>alfuzosin hcl</i>	89
<i>advanced multi ea</i>	120	ALGAE BASED TAB CALCIUM	120
<i>advanced stress formula/z</i>	120	<i>aliskiren fumarate</i>	39
<i>advantage care oral elect</i>	105	ALIVE 50+ TAB WOMENS	120
AERCHMBR PLS MIS FLOW-VU	171	ALIVE ENERGY TAB WOMENS	120
AERCHMBR PLS MIS LRG MASK	171	ALIVE WOMENS CHW 50+	120
AERCHMBR PLS MIS MED MASK	171	ALIVE WOMENS CHW GUMMY	120
AERCHMBR PLS MIS SM MASK	171	<i>allbee plus vitamin c</i>	120
AERCHMBR Z- MIS STAT PLS	171	<i>all day allergy</i>	155
AEROCHAMBER MIS CHAMBER	171	<i>all day allergy childrens</i>	155
AEROCHAMBER MIS MV	171	<i>all-day allergy childrens</i>	155
AEROCHAMBER MIS PLUS	171	<i>all day allergy-d</i>	158

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>all day pain relief</i>	4	<i>amethia</i>	62
<i>all day relief</i>	4	<i>amikacin sulfate</i>	8
<i>aller-chlor</i>	155	<i>amiloride hcl</i>	38
<i>aller-ease</i>	155	<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab</i> 5-50 mg	38
<i>allergy</i>	155	<i>amiodarone hcl</i>	34
<i>allergy 24-hr</i>	155	<i>amitriptyline hcl</i>	45
<i>allergy childrens</i>	155	AMLADEX TAB	120
<i>allergy & congestion reli</i>	159	<i>amlodipine besylate</i>	37
<i>allergy multi-symptom</i>	159	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-</i> 10 mg	30
<i>allergy relief</i>	155, 175	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i> 5-10 mg	30
<i>allergy relief 24hr</i>	155	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i> 5-20 mg	30
<i>allergy relief childrens</i>	155	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i> 5-40 mg	30
<i>allergy relief d</i>	159	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-</i> 20 mg	30
<i>allergy relief-d</i>	159	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-</i> 40 mg	30
<i>allergy relief d-12</i>	159	<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> tab 5-20 mg	32
<i>allergy relief d-24</i>	159	<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> tab 5-40 mg	32
<i>allergy relief/indoor/out</i>	155	<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> tab 10-20 mg	32
<i>allergy relief/nasal deco</i>	159	<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> tab 10-40 mg	32
<i>allergy-time</i>	155	<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i>	32
<i>all-nite cold & flu night</i>	158	<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i> 5-320 mg	32
<i>allopurinol</i>	1	<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-</i> 160 mg	32
<i>almacone double strength</i>	76	<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-</i> 320 mg	32
ALOE VESTA PROTECTIVE	182	<i>amnesteem</i>	177
<i>alosetron hcl</i>	87	<i>amoxapine</i>	45
ALPHAGAN P	152	<i>amoxicillin</i>	18
ALPHA LIPOIC ACID	115	<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-</i> 28.5 mg	18
ALPHA-LIPOIC ACID	115	<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-</i> 57 mg	18
<i>alpha-lipoic acid (thioctic acid)</i>	115	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-</i> 28.5 mg/5ml	18
<i>alprazolam</i>	40		
ALREX	151		
<i>altamist</i>	171		
<i>altavera</i>	62		
<i>alumina/magnesia/simethic</i>	76		
ALUMINUM HYDROXIDE	76		
<i>alum & mag hydroxide-simethicone susp</i> 200-200-20 mg/5ml	76		
<i>alum & mag hydroxide-simethicone susp</i> 400-400-40 mg/5ml	76		
ALUNBRIG	23		
ALUNBRIG PAK	23		
<i>alyacen 1/35</i>	62		
<i>alyacen 7/7/7</i>	62		
<i>amabelz</i>	70		
<i>amantadine hcl</i>	47		
<i>ambrisentan</i>	40		
<i>americerin</i>	182		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	18	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	19
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	18	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	19
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	18	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	19
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i> ..	18	<i>anagrelide hcl</i>	95
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i> ..	18	<i>anastrozole</i>	21
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i> ..	18	<i>animal chews</i>	120
<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	18	<i>ANIMAL SHAPE CHW IRON</i>	120
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	51	<i>animal shapes</i>	120
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	51	<i>ANORO ELLIPT AER 62.5-25</i>	154
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	51	<i>antacid</i>	76
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	51	<i>antacid/antigas liquid</i>	76
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	51	<i>antacid anti-gas maximum</i>	76
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	52	<i>antacid calcium regular s</i>	76
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	52	<i>antacid extra strength</i>	76
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	52	<i>antacid maximum strength</i>	76
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	52	<i>antacid plus anti-gas rel</i>	76
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	52	<i>antacid regular strength</i>	76
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	52	<i>antacid ultra strength</i>	76
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	52	<i>anti-dandruff shampoo</i>	182
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	52	<i>anti-diarrheal</i>	78
<i>amphotericin b</i>	11	<i>antifungal</i>	178
<i>amphotericin b liposome</i>	11	<i>antifungal powder</i>	178
<i>ampicillin</i>	18	<i>anti-gas/ and gnp antacid</i>	77
<i>ampicillin sodium</i>	19	<i>antihistamine/nasal decon</i>	159
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	18	<i>anti-itch</i>	182
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	19	<i>anti-itch maximum strengt</i>	180
		<i>anti-oxidant</i>	120
		<i>antioxidant</i>	121
		<i>antioxidant formula</i>	121
		<i>ANTIOXIDANT TAB FORMULA</i>	121
		<i>antioxidant vitamins</i>	121
		<i>APETIGEN TAB PLUS</i>	121
		<i>aprepitant</i>	80
		<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	80
		<i>apri</i>	62
		<i>aprodine</i>	159
		<i>APTIOM</i>	40
		<i>APTIVUS</i>	12
		<i>AQUABASE OIN</i>	102
		<i>AQUADEKS CHW</i>	121
		<i>AQUADEKS DRO</i>	121
		<i>AQUA-E</i>	121

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
AQUA GLYCOL CRE FACE.....	182	<i>athletes foot powder spra</i>	178
AQUANAZ PSE TAB	159	<i>athletes foot spray</i>	178
AQUANAZ TAB	159	<i>a thru z advanced</i>	119
AQUAPHILIC OIN	182	<i>a thru z high potency</i>	119
AQUAPHOR ADVANCED THERAPY	182	<i>a thru z select</i>	119
AQUAPHOR OIN.....	182	<i>a thru z select 50+ advan</i>	119
<i>aqueous vitamin d infants</i>	121	<i>a thru z select 50+ mens</i>	119
<i>aqueous vitamin e</i>	121	<i>a thru z select advanced</i>	119
ARALAST NP	171	<i>a thru z select ultimate</i>	119
<i>aranelle</i>	62	<i>a thru z ultimate mens</i>	119
ARCALYST	99	<i>atomoxetine hcl</i>	52
AREXVY	100	<i>atorvastatin calcium</i>	35
<i>arginine</i>	115	<i>atovaquone</i>	8
ARGININE.....	115	<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i>	11
ARGININE2000	115	<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i> ...	11
<i>aripiprazole</i>	48	<i>atrix medicated formula</i>	182
ARISTADA	48	ATRIX SYSTEM 1.....	182
ARISTADA INITIO	49	ATROPINE SULFATE	152
<i>armodafinil</i>	55	<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i>	152
ARNUITY ELLIPTA.....	176	ATROVENT HFA	154
<i>arthritis pain relief</i>	1	<i>aubra eq</i>	62
<i>arthritis pain relieving</i>	182	<i>aurovela 1/20</i>	62
<i>artificial tears</i>	152	<i>aurovela 24 fe</i>	62
ASCOR	121	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	62
<i>ascorbic acid</i>	121	<i>aurovela fe 1/20</i>	63
<i>ascorbic acid tab 500 mg</i>	121	AUSTEDO	54
<i>ascorbic acid tab 1000 mg</i>	121	AUSTEDO XR.....	54
<i>asenapine maleate</i>	49	AUSTEDO XR TAB TITR KIT	54
<i>ashlyna</i>	62	AUVELITY TAB 45-105MG	45
<i>aspirin</i>	1	<i>aviane</i>	63
ASPIRIN.....	1	<i>ayr</i>	171
<i>aspirin adult low dose</i>	1	AYR NASAL DROPS	171
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-</i> <i>200 mg</i>	96	AYR NASAL MIST ALLERGY &	171
<i>aspirin low dose</i>	1	<i>ayr saline nasal</i>	171
<i>aspirin low strength</i>	1	<i>ayr saline nasal no-drip</i>	171
ASSESS METER MIS FULL	171	<i>ayuna</i>	63
ASSESS METER MIS LOW	171	AYVAKIT	23
ASTHMA CHECK MIS SYSTEM	171	<i>azacitidine</i>	21
ASTHMAPACK KIT CHILD	171	<i>azathioprine</i>	99
<i>atazanavir sulfate</i>	12	AZ CREAM CRE.....	102
<i>atenolol</i>	37	<i>azelastine hcl</i>	155
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	36	<i>azelastine hcl (ophth)</i>	151
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	36	<i>azithromycin</i>	17
<i>athletes foot</i>	178	<i>azo complete feminine bal</i>	78
<i>athletes foot antifungal</i>	178	AZO DUAL CAP PROTECT	78
		AZO HORMONAL TAB HEALTH	121

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
aztreonam.....	8	<i>benzoin compound tincture</i>	182
azurette	63	BENZOIN TIN	182
B		BENZOIN TIN PLAIN	182
<i>b6 natural</i>	121	<i>benzonatate</i>	159
<i>baby ayr saline</i>	171	<i>benzoyl peroxide</i>	177
<i>baby super daily d3</i>	121	BENZOYL PEROXIDE CLEANSER.....	177
<i>baby vitamin d3 drops</i>	121	<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i> ..	177
<i>bacitracin (ophthalmic)</i>	150	<i>benzoyl peroxide wash</i>	177
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	150	<i>benztropine mesylate</i>	47
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	149	BENZYL ALC LIQ.....	102
<i>bacitracin (topical)</i>	177	BENZYL BENZO LIQ.....	102
<i>bacitracin zinc</i>	177	BERINERT	95
<i>baclofen</i>	55	<i>berocca</i>	121
BACMIN TAB	121	BESIVANCE.....	150
BAFIERTAM.....	55	BESREMI	22
<i>balsalazide disodium</i>	82	BETA CARE CRE.....	182
BALVERSA	23	<i>beta carotene</i>	121
<i>balziva</i>	63	<i>beta carotene provitamin</i>	121
<i>banophen</i>	155, 182	BETADINE	182
BARACLUDE.....	15	BETADINE ANTISEPTIC.....	182
BARIATRIC CAP MULTIVIT	121	BETADINE SURGICAL SCRUB.....	182
BASAGLAR KWIKPEN	60	BETADINE SWABSTICKS	182
BASLE CRE	182	<i>betaine powder for oral solution</i>	73
<i>baza antifungal</i>	178	<i>betamethasone dipropionate augmented</i> ..	180
BCG VACCINE	100	<i>betamethasone dipropionate (topical)</i>	180
<i>b-complex balanced</i>	121	<i>betamethasone valerate</i>	180
B-COMPLEX/FA TAB /VIT C	121	BETASERON	55
BD ALCOHOL SWABS.....	60	BETA XMA CRE	182
BD GLUCOSE.....	71	<i>betaxolol hcl</i>	37
<i>bec/zinc</i>	121	<i>betaxolol hcl (ophth)</i>	152
BELSOMRA.....	52	<i>bethanechol chloride</i>	90
<i>benazepril hcl</i>	31	BETOPTIC-S	152
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>	30	<i>better b complex</i>	121
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	30	BEVESPI AER 9-4.8MCG	154
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	30	<i>bexarotene</i>	22
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	30	<i>bexarotene (topical)</i>	182
BENDEKA.....	20	BEXSERO INJ	100
BENLYSTA.....	99	<i>bicalutamide</i>	21
BENZEDREX INH.....	159	BICILLIN L-A	19
<i>benzefoam</i>	177	BIKTARVY TAB 30-120-15 MG.....	14
		BIKTARVY TAB 50-200-25 MG.....	14
		BIO-35 GLUTE CAP FREE	121
		BIOCAL CAP	122
		BIO-D-MULSION.....	122
		BIO-D-MULSION FORTE.....	122
		BIO-K PLUS CAP STRONG	78

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
BIOLYTE SOL CITRUS.....	105	BREZTRI AERO AER SPHERE	154
BIOMEPRO CAP	78	BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	154
BIOMEPRO LIQ.....	78	<i>briellyn</i>	63
BIOSUPP LIQ	122	BRILINTA.....	96
BIOTECT PLUS LIQ	122	<i>brimonidine tartrate</i>	152
<i>biotin</i>	122	<i>brinzolamide</i>	152
BIOTIN	122	BRIVIACT	41
<i>biotin 5000</i>	122	<i>bromocriptine mesylate</i>	47
BIOTIN-D POW.....	102	BROMSITE	151
<i>biotin/maximum strength</i>	122	BROTAPP DM LIQ 15-1-5/5.....	159
<i>biotin plus/calcium/vit d</i>	122	BRUKINSA	24
BIOTIN POW	102	<i>budesonide</i>	82
BIOVOL SYP.....	122	<i>budesonide (inhalation)</i>	176
<i>bisacodyl</i>	82	BULL FROG SPR MOSQUITO	183
<i>bisacodyl ec</i>	82	<i>bumetanide</i>	38
<i>bismatrol</i>	78	<i>buprenorphine</i>	6
<i>bismuth subsalicylate</i>	78	<i>buprenorphine hcl</i>	56
<i>bisoprolol fumarate</i>	37	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 2-0.5 mg (base equiv)	56
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-</i> 6.25 mg	36	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 4-1 mg (base equiv).....	56
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> 5-6.25 mg	36	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 8-2 mg (base equiv).....	56
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-</i> 6.25 mg	36	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 12-3 mg (base equiv)	56
BIVIGAM	98	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i> 2-0.5 mg (base equiv)	56
BLENDED SUSP SUS COMPOUND	102	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i> 8-2 mg (base equiv).....	56
<i>blisovi 24 fe</i>	63	<i>bupropion hcl</i>	45
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	63	<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i>	56
<i>body/hair/skin/nails</i>	122	<i>bupirone hcl</i>	40
BOOST BREEZE LIQ ASSORTED	116	<i>butenafine hcl</i>	178
BOOST LIQ BREEZE.....	116	<i>butorphanol tartrate</i>	7
BOOSTRIX INJ.....	100	BYDUREON BCISE	58
<i>bortezomib</i>	24	BYETTA	58
BORTEZOMIB	24	C	
<i>bosentan</i>	40	<i>c-250</i>	122
BOSULIF	24	<i>c 500</i>	122
<i>bpo foaming cloths</i>	177	<i>c-500</i>	122
<i>bprotected multi-vite</i>	122	<i>c-500/rose hips</i>	122
<i>bprotected pedia d-vite</i>	122	<i>c 1000</i>	122
<i>bprotected pedia iron</i>	92	<i>c-1000</i>	122
BPROTECTED PEDIA TRI-VITE.....	122	<i>c-1000/rose hips</i>	122
BP VIT 3 CAP	122		
BRAFTOVI.....	24		
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG.....	176		
BREO ELLIPTA INH 100-25	176		
BREO ELLIPTA INH 200-25	176		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>cabergoline</i>	73	<i>calcium carb-cholecalciferol tab 250 mg-3.125 mcg (125 unit)</i>	109
CABOMETYX.....	24	<i>calcium carb-cholecalciferol tab 500 mg-10 mcg (400 unit)</i>	109
CAFFEINE POW ANHYDROU	102	<i>calcium carb-cholecalciferol tab 600 mg-10 mcg (400 unit)</i>	110
CALC CITRATE LIQ VIT D3.....	109	<i>calcium carb-cholecalciferol tab 600 mg-20 mcg (800 unit)</i>	110
CALCI-CHEW	109	<i>calcium carbonate</i>	110
<i>calcidol</i>	122	CALCIUM CARBONATE.....	77, 110
<i>calcipotriene</i>	180	<i>calcium carbonate (antacid)</i>	77
<i>calcitonin (salmon) spray</i>	61	<i>calcium carbonate-cholecalciferol tab 500 mg-5 mcg(200 unit)</i>	110
<i>calcitrate</i>	109	<i>calcium carbonate-cholecalciferol tab 600 mg-5 mcg(200 unit)</i>	110
CAL-CITRATE	108	<i>calcium carbonate-vitamin d cap 600 mg-5 mcg (200 unit)</i>	110
CAL-CITRATE TAB PLUS D	108	<i>calcium carbonate-vitamin d tab 250 mg-3.125 mcg (125 unit)</i>	110
<i>calcitrene</i>	180	<i>calcium carbonate-vitamin d tab 500 mg-5 mcg (200 unit)</i>	110
<i>calcitriol</i>	76	<i>calcium carbonate-vitamin d tab 600 mg-5 mcg (200 unit)</i>	110
<i>calcitriol (oral)</i>	76	CALCIUM CHW 500-10.....	110
CALCIUM	109	CALCIUM CHW 500MG.....	110
<i>calcium+d3</i>	111	<i>calcium citrate</i>	110
<i>calcium 500 + d</i>	109	CALCIUM CITRATE.....	110
<i>calcium 500 +d</i>	109	<i>calcium citrate + d</i>	110
<i>calcium 500+d</i>	109	<i>calcium citrate +d</i>	111
<i>calcium 500 +d3</i>	109	CALCIUM CITRATE+ D	111
<i>calcium 500+d3</i>	109	<i>calcium citrate + d3</i>	110
<i>calcium 500+d high potenc</i>	109	<i>calcium citrate+d3</i>	111
<i>calcium 500/d</i>	109	<i>calcium citrate + d3 max</i>	111
<i>calcium 500/vitamin d</i>	109	<i>calcium citrate + d3 maxi</i>	111
<i>calcium 600</i>	109	<i>calcium citrate+d3 petite</i>	111
<i>calcium 600 + d</i>	109	<i>calcium citrate/d3</i>	111
<i>calcium 600+d</i>	109	CALCIUM CIT/ TAB VIT D	110
<i>calcium 600+d3</i>	109	<i>calcium cit-vitamin d tab 315 mg-5 mcg(200 unit) (elem ca)</i>	110
<i>calcium 600+d3 plus miner</i>	109	<i>calcium cit-vit d tab 200 mg-6.25 mcg(250 unit) (elem ca)</i>	110
<i>calcium 600+d high potenc</i>	109	<i>calcium cit-vit d tab 315 mg-6.25 mcg(250 unit) (elem ca)</i>	110
<i>calcium 600+d plus minera</i>	109	<i>calcium creamies</i>	111
<i>calcium 600-d</i>	109	CALCIUM/D3 CAP 600-2500.....	111
<i>calcium 600 high potency</i>	109	<i>calcium extra d3</i>	111
CALCIUM 600 TAB +D	109		
<i>calcium 600/vitamin d</i>	109		
<i>calcium 600/vitamin d3</i>	109		
<i>calcium 600 with vitamin</i>	109		
CALCIUM 1000 TAB + D.....	109		
CALCIUM 1200 CHW.....	109		
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i>	74, 75		
<i>calcium antacid</i>	76		
<i>calcium antacid extra str</i>	77		
CALCIUM CARB CAP VIT D3.....	109		
<i>calcium carb-cholecalcif chew tab 500 mg-2.5mcg (100 unit)</i>	109		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>calcium gummies</i>	111	<i>carbamazepine</i>	41
<i>calcium high potency</i>	111	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	47
<i>calcium high potency + vi</i>	111	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	48
CALCIUM LACTATE	111	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	48
CALCIUM PLUS CAP VIT D	111	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	48
<i>calcium plus vitamin d</i>	111	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	48
<i>calcium plus vitamin d3</i>	111	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	48
<i>calcium polycarbophil</i>	82	<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	47
<i>calcium/vitamin d-3</i>	111	<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	47
<i>calcium/vitamin d3</i>	111	<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	47
CALCIUM/VITD CAP 600-400	111	<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	47
CALC/VIT D3 CHW DISNEY	109	<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	47
<i>cal-gest antacid</i>	76	<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg</i>	47
<i>callus remover and corn</i>	183	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i>	47
CAL-MINT	108	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i>	47
CALQUENCE	24	<i>carboplatin</i>	20
CAL-QUICK LIQ 500-400	108	<i>carboxymethylcellulose sodium (ophth)</i>	152
CALTRATE + D TAB 300-800	111	<i>carglumic acid</i>	73
CALTRATE 600 CHW 600-800	111	<i>carisoprodol</i>	55
<i>camila</i>	63	<i>carrington antifungal</i>	179
<i>camrese</i>	63	CARRINGTON CRE /ZINC	183
<i>camrese lo</i>	63	CARRINGTON MOISTURE BARRI	183
<i>candesartan cilexetil</i>	34	<i>carteolol hcl (ophth)</i>	152
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg</i>	32	<i>cartia xt</i>	37
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg</i>	33	<i>carvedilol</i>	37
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-25 mg</i>	33	<i>casprofungin acetate</i>	11
CAPCOF SYP 5-2-10MG	159	<i>castor oil</i>	82
CAPLYTA	49	CASTOR OIL	102
CAPMIST DM TAB	159	<i>castor oil stimulant laxa</i>	82
CAPRELSA	24	CAYSTON	8
CAPRON DM LIQ	159	C-BUFF POW	122
CAPRON DMT TAB 30-30MG	159	<i>cefaclor</i>	16
<i>capsaicin</i>	183	CEFAZOLIN ER	16
<i>capsaicin heat patch</i>	183	<i>cefadroxil</i>	16
<i>captopril</i>	31	CEFAZOLIN	16
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg</i>	30	CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	16
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	30	<i>cefazolin sodium</i>	16
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</i>	30		
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	31		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%.....	16	CEREZYME	73
<i>cefdinir</i>	16	<i>cerovite advanced formula</i>	123
<i>cefepime hcl</i>	16	<i>cerovite jr</i>	123
<i>cefixime</i>	16	<i>cerovite senior</i>	123
<i>cefoxitin sodium</i>	17	<i>certa plus</i>	123
<i>cefpodoxime proxetil</i>	17	CERTAVIRE TAB SENIOR.....	123
<i>cefprozil</i>	17	<i>certa-vite</i>	123
<i>ceftazidime</i>	17	<i>certavite/antioxidants</i>	123
<i>ceftriaxone sodium</i>	17	CERTAVITE/ TAB ANTIOXID	123
<i>cefuroxime axetil</i>	17	CERTAVITE TAB SENIOR	123
<i>cefuroxime sodium</i>	17	CETAPHIL CRE HAND	183
<i>celecoxib</i>	4	<i>cetirizine hcl</i>	155
CELONTIN.....	41	<i>cetirizine hcl allergy ch</i>	155
<i>centamin</i>	122	<i>cetirizine hcl childrens</i>	155
<i>centavite a-z complete mu</i>	122	<i>cetirizine hydrochloride</i>	155
CENT MATURE TAB ADLT 50+	122	<i>cetirizine-pseudoephedrine tab er 12hr</i>	
CENTRAL-VITE TAB	122	5-120 mg	159
CENTRATEX CAP	92	<i>cevimeline hcl</i>	189
<i>centravites</i>	122	<i>chateal</i>	63
<i>centravites 50 plus</i>	122	CHEMET	62
CENTRAVITES TAB 50 PLUS	122	CHEMSTRIP 5 TES OB	73
CENTRAVITES TAB ADULTS.....	123	CHEMSTRIP 7 TES.....	73
CENTRUM 50+ CHW FRSH/FRU.....	123	CHEMSTRIP 10 TES MD	73
CENTRUM CHW.....	123	<i>chest congestion relief</i>	159
CENTRUM CHW ADULTS	123	<i>chest congestion relief d</i>	159
CENTRUM CHW FLAV BST	123	<i>chest congestion relief p</i>	159
CENTRUM CHW MULTI	123	CHEWABLE CALCIUM	111
CENTRUM CHW SILVER	123	<i>chewable vite childrens</i>	123
CENTRUM KIDS CHW	123	<i>chewable vite with iron/c</i>	123
CENTRUM KIDS CHW FLAV BST.....	123	<i>childrens acetaminophen</i>	1
CENTRUM SPEC TAB HEART.....	123	<i>childrens animal shapes c</i>	123
CENTRUM SPEC TAB VISION.....	123	<i>childrens chewable multiv</i>	123
CENTRUM TAB CARDIO	123	<i>childrens chewable vitami</i>	123
CENTRUM TAB SILVER	123	CHILDRENS CHW COMPLETE.....	123
CENTRUM TAB ULTRA.....	123	<i>childrens gummies</i>	123
<i>century</i>	123	<i>childrens ibuprofen</i>	4
<i>century mature</i>	123	<i>childrens loratadine</i>	155
<i>cephalexin</i>	17	<i>childrens mucus relief co</i>	159
<i>ceralyte 70</i>	105	<i>childrens multivitamin</i>	123
CERASPORT SOL.....	105	<i>childrens pain relief plu</i>	159
CERASPORT SOL EX1	105	<i>childrens silapap</i>	1
CERAVE CRE	183	<i>childrens silfedrine</i>	159
CERAVE CRE MOISTURI	183	CHLO HIST SOL	159
CERAVE HEALING	183	CHLOR/DEXCH LIQ PSE.....	159
CERAVE SA CRE RGH/BMP	183	CHLORELLA CAP.....	123
CERDELGA.....	73	<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>	189

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>chlorocaps</i>	124	<i>clindamycin phosphate (topical)</i>	177
<i>chloroquine phosphate</i>	12	<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	90
<i>chlorpheniramine maleate</i>	155	CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML.....	9
<i>chlorpromazine hcl</i>	49	CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML.....	9
<i>chlorthalidone</i>	38	CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML.....	9
CHLO TUSS LIQ	159	CLINIMIX INJ 4.25/D5W	108
<i>chocolated laxative regul</i>	82	CLINIMIX INJ 4.25/D10	108
<i>cholecalciferol</i>	124	CLINIMIX INJ 5%/D15W	108
<i>cholecalciferol cap 1.25 mg (50000 unit) ..</i>	124	CLINIMIX INJ 5%/D20W	108
<i>cholecalciferol cap 250 mcg (10000 unit) ..</i>	124	CLINIMIX INJ 6/5.....	108
CHOLESTEROL POW	102	CLINIMIX INJ 8/10	108
CHOLESTEROL POW ACETATE	102	CLINIMIX INJ 8/14	108
<i>cholestyramine</i>	36	<i>clinisol sf 15%</i>	108
<i>cholestyramine light</i>	36	CLINOLIPID EMU 20%	108
<i>chromagen</i>	92	<i>clobazam</i>	41
<i>ciclopirox olamine</i>	179	<i>clobetasol propionate</i>	180
<i>cilostazol</i>	95	<i>clobetasol propionate e</i>	180
CILOXAN	150	<i>clomipramine hcl</i>	46
CIMDUO TAB 300-300	14	<i>clonazepam</i>	41
<i>cinacalcet hcl</i>	73	<i>clonidine</i>	39
CIPRO	17	<i>clonidine hcl</i>	39
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	17	<i>clopidogrel bisulfate</i>	96
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	18	<i>clorazepate dipotassium</i>	41
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-</i> <i>0.1%</i>	154	<i>clotrimazole</i>	189
<i>ciprofloxacin hcl</i>	18	<i>clotrimazole 3</i>	91
<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i>	150	<i>clotrimazole antifungal</i>	179
<i>cisplatin</i>	20	<i>clotrimazole athletes foo</i>	179
<i>citalopram hydrobromide</i>	46	<i>clotrimazole (topical)</i>	179
CITRACAL+D3 CHW 250-500	111	<i>clotrimazole vaginal</i>	91
CITRACAL CAL CHW GUMMIES	111	<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i> <i>1-0.05%</i>	179
CITRACAL TAB MAX PLUS	124	<i>clozapine</i>	49
CITRULLINE POW (L).....	102	COARTEM TAB 20-120MG.....	12
<i>citrus calcium +d</i>	111	COCONUT OIL CRE BEAUTY	183
<i>claravis</i>	177	COENZYME Q10 POW	102
<i>clarithromycin</i>	17	<i>coenzyme q10 (ubidecarenone)</i>	116
<i>clearlax</i>	82	<i>colace 2-in-1</i>	83
<i>clindamycin hcl</i>	8	COLACE CLEAR	83
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	8	<i>colchicine</i>	1
<i>clindamycin phosphate</i>	8	<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	1
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> <i>300 mg/50ml</i>	8	COLD & ALLER LIQ CHILDREN	159
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> <i>600 mg/50ml</i>	9	<i>cold & cough childrens</i>	159
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> <i>900 mg/50ml</i>	9	<i>cold/cough childrens</i>	160
		<i>cold/flu daytime relief</i>	160
		<i>cold & flu nighttime reli</i>	159
		<i>cold & flu relief daytime</i>	159

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>cold & flu relief nightti</i>	160	<i>cough & chest congestion</i>	160
<i>cold relief plus</i>	160	<i>cough & cold</i>	160
COLEMAN 100 MAX INSECT RE.....	183	<i>cough & cold hbp</i>	160
COLEMAN INSECT REPELLENT/	183	<i>cough dm</i>	160
COLEMN BOTAN LIQ INSECT	183	<i>cough dm childrens</i>	160
COLEMN INSEC LIQ SKINSMAR	183	CREAM BASE CRE	102
COLEMN INSEC SPR SKINSMAR	183	CREON CAP 3000UNIT	88
<i>colesevelam hcl</i>	36	CREON CAP 6000UNIT	88
<i>colestipol hcl</i>	36	CREON CAP 12000UNT	88
<i>colistimethate sodium</i>	9	CREON CAP 24000UNT	88
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%.....	152	CREON CAP 36000UNT	88
COMBIVENT AER 20-100	154	<i>critic-aid clear af</i>	179
COMETRIQ (60MG DOSE).....	24	CRITIC-AID CLEAR MOISTURE	183
COMETRIQ KIT 100MG	24	<i>cromolyn sodium</i>	172
COMETRIQ KIT 140MG	24	<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i>	87
COMPACT SPAC MIS CHAMBER	172	<i>cromolyn sodium (nasal)</i>	172
COMPACT SPAC MIS LG MASK	172	<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	151
COMPACT SPAC MIS MD MASK	172	<i>cryselle-28</i>	63
COMPACT SPAC MIS SM MASK.....	172	CULTURELLE CAP WOMENS	78
<i>companion</i>	124	CULTURELLE CHW MULTIVIT	124
<i>compete</i>	124	<i>culturelle kids complete</i>	124
COMPLERA TAB	14	<i>culturelle kids probiotic</i>	124
<i>complete</i>	124	<i>culturelle prenatal welln</i>	78
COMPLETE 50+ TAB MENS	124	<i>culturelle total balance</i>	78
COMPLETE 50+ TAB WOMENS.....	124	CUTTER.....	183
<i>complete allergy medicine</i>	156	CUTTER AER NATURAL	183
<i>complete multivitamin/mul</i>	124	CUTTER ALL FAMILY	183
<i>complete senior</i>	124	CUTTER ALL FAMILY MOSQUIT	183
<i>compro</i>	80	CUTTER BACKWOODS.....	183
CONCEPTIONXR MIS MOTILITY	124	CUTTER BACKWOODS DRY	183
CONDOMS MIS LUBRICAT	63	CUTTER DRY	183
CONEX SOL CLD/ALRG	160	CUTTER LEMON LIQ EUCALYPT	183
CONEX TAB 2-60MG.....	160	CUTTER LIQ NATURAL	183
<i>constulose</i>	83	CUTTER SKINSATIONS	183
COPIKTRA	24	CUTTER SPORT	184
CO Q-10.....	116	<i>cvs acidophilus</i>	78
<i>co q10 maximum strength</i>	116	<i>cvs acidophilus probiotic</i>	78
<i>coq10 maximum strength</i>	116	<i>cvs advanced healing oint</i>	184
CORLANOR	39	<i>cvs airshield</i>	124
<i>corn and callus remover</i>	183	<i>cvs airshield effervescen</i>	124
COROMEGA EMU OMEGA 3.....	116	<i>cvs b6</i>	124
<i>corvita</i>	124	<i>cvs b complex plus c</i>	124
<i>corvita 150</i>	92	<i>cvs biotin</i>	124
CORVITE 150 TAB	92	<i>cvs calcium 600+d</i>	111
CORVITE FE TAB	92	<i>cvs calcium 600 + d plus</i>	111
COTELLIC	24	<i>cvs calcium 600 & vitamin</i>	111

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>cvs calcium carbonate</i>	111	<i>cvs oyster shell calcium/</i>	112
<i>cvs calcium citrate + d</i>	112	<i>cvs pediatric electrolyte</i>	105
<i>cvs calcium citrate+d3</i>	112	<i>cvs pinworm treatment</i>	9
<i>cvs calcium citrate +d3 m</i>	112	<i>cvs saline nasal spray</i>	172
<i>cvs calcium citrate+d3 pe</i>	112	<i>cvs slow release iron</i>	92
<i>cvs calcium & vitamin d3</i>	111	<i>cvs spectravite advanced</i>	125
<i>cvs castor oil</i>	83	<i>cvs spectravite men</i>	125
<i>cvs chewable childrens vi</i>	124	<i>cvs spectravite men 50+</i>	125
<i>cvs childrens chewable co</i>	124	<i>cvs spectravite senior</i>	125
<i>cvs coenzyme q-10</i>	116	<i>cvs spectravite ultra hea</i>	125
<i>cvs coq-10</i>	116	<i>cvs spectravite ultra wom</i>	125
<i>cvs d3</i>	124	<i>cvs spectravite women</i>	125
<i>cvs daily gummies</i>	124	<i>cvs spectravite women 50+</i>	125
<i>cvs daily gummies adult</i>	124	<i>cvs stress formula/zinc</i>	125
<i>cvs daily multiple for me</i>	124	<i>cvs super b complex/c</i>	125
<i>cvs daily multiple for wo</i>	125	CVS TOTAL HOME INSECT REP	184
<i>cvs e</i>	125	CVS VISION CAP HEALTH	125
<i>cvs electrolyte solution</i>	105	<i>cvs vitamin a</i>	125
<i>cvs e oil</i>	125	<i>cvs vitamin c</i>	125
<i>cvs eye health & lutein</i>	125	<i>cvs vitamin c/rose hips</i>	125
<i>cvs fish oil</i>	116	<i>cvs vitamin d3</i>	125
<i>cvs fish oil half-the-siz</i>	116	<i>cvs vitamin d childrens g</i>	125
<i>cvs folic acid</i>	125	<i>cvs vitamin e</i>	125
<i>cvs glucose</i>	71	<i>cvs womens active daily</i>	125
CVS GLUCOSE CHW FRUIT	71	<i>cvs womens daily gummies</i>	125
CVS GLUCOSE CHW RASPBERRY	71	CYANOCOBALAM CRY	102
<i>cvs gummy dinos</i>	125	<i>cyanocobalamin</i>	126
<i>cvs gummy dinos childrens</i>	125	CYANOCOBAL POW	102
<i>cvs gummy fish childrens</i>	116	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	55
<i>cvs gummy multivitamin ki</i>	125	<i>cyclophosphamide</i>	20
CVS INSECT REPELLENT	184	CYCLOPHOSPHAMIDE	20
<i>cvs iron</i>	92	CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR	20
<i>cvs jock itch</i>	179	<i>cycloserine</i>	15
CVS KETONE TES CARE	73	<i>cyclosporine</i>	99
<i>cvs magnesium</i>	112	<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> ..	99
<i>cvs magnesium oxide</i>	112	<i>cyproheptadine hcl</i>	156
<i>cvs mens daily gummies</i>	125	<i>cyred eq</i>	63
CVS MOISTURE CRE	184	CYSTADROPS	152
<i>cvs moisturizing extra dr</i>	184	CYSTAGON	73
CVS NASAL MIST	172	CYSTARAN	152
<i>cvs natural fish oil</i>	116	<i>cytarabine</i>	21
<i>cvs omega-3 gummy fish/dh</i>	116	<i>cyto arg</i>	116
<i>cvs one daily essential</i>	125	CYTO-Q	116
<i>cvs one daily mens health</i>	125	CYTO-Q MAX	116
<i>cvs one daily womens form</i>	125	CYTO-Q T/F	116
<i>cvs oyster shell calcium</i>	112		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
D		<i>dapsone</i>	9
D2.5W/NAACL INJ 0.45%	106	DAPTACEL INJ	100
<i>d3</i>	126	<i>daptomycin</i>	9
<i>d-3-5</i>	126	DAPTOMYCIN	9
<i>d3-50</i>	126	<i>darunavir</i>	12
<i>d3-1000</i>	126	<i>dasetta 1/35</i>	63
<i>d3 adult</i>	126	<i>dasetta 7/7/7</i>	63
<i>d3 adult gummy</i>	126	DAURISMO	24
D3 BABY DROPS	126	DAY CLEAR CHW ALGY/CGH	160
<i>d3 high potency</i>	126	DAYCLEAR TAB 25-50MG	160
<i>d3 kids</i>	126	<i>daysee</i>	63
<i>d3 maximum strength</i>	126	<i>daytime cold & flu relief</i>	160
<i>d3 super strength</i>	126	<i>daytime severe cold & flu</i>	160
<i>d3 vitamin</i>	126	DAYVIGO	53
D5W/LYTES INJ #48	106	DDROPS	127
D10W/NAACL INJ 0.2%	106	<i>deblitane</i>	63
<i>d 400</i>	126	<i>decara</i>	127
<i>d-400</i>	126	DECARA	127
<i>d 1000</i>	126	DECARA K CAP	127
<i>d-1000 extra strength</i>	126	DECONEX DMX TAB	160
<i>d 2000</i>	126	DECONEX IR TAB 10-385MG	160
<i>d2000 ultra strength</i>	126	DECUBI-VITE CAP	127
<i>d 5000</i>	126	<i>deep sea nasal spray</i>	172
<i>d-5000</i>	126	<i>deferasirox</i>	62
<i>d 10000</i>	126	DEKAS CAP ESSENTIA	127
<i>daily combo multi vitamin</i>	126	DEKAS CHW BARIATRI	127
<i>daily multi</i>	126	DEKAS LIQ ESSENTIA	127
<i>daily multiple vitamins</i>	126	DEKAS PLUS CAP	127
<i>daily multiple vitamins w</i>	126	DEKAS PLUS CAP OCEAN	127
<i>daily multivitamin</i>	126	DEKAS PLUS CHW	127
<i>daily value multivitamin</i>	126	DEKAS PLUS LIQ	127
<i>daily vitamin</i>	126	DELESTROGEN	70
<i>daily vitamin formula+ir</i>	126	DELSTRIGO TAB	14
<i>daily vitamin formula+iro</i>	126	DELSYM CGH LIQ SR THRT	160
<i>daily vitamin formula+min</i>	126	DELSYM CHILD LIQ CGH/ST	160
<i>daily vitamins</i>	127	DELSYM CHILD MIS DAY/NGHT	160
<i>daily vite</i>	127	<i>delsym cough + chest cong</i>	160
<i>daily-vite</i>	127	<i>delsym cough + cold night</i>	160
<i>daily-vite/iron/beta-caro</i>	127	DELSYM MIS DAY/NGHT	160
<i>daily-vite multivitamin</i>	127	DELSYM NIGHT SOL CGH/MAX	160
<i>daily vite multivitamin/i</i>	127	<i>delta d3</i>	127
<i>dalfampridine</i>	55	DENGVAXIA SUS	100
<i>danazol</i>	69	<i>depo-testosterone</i>	57
<i>dandruff shampoo</i>	184	DERMABASE CRE	184
<i>dantrolene sodium</i>	55	<i>dermacerin</i>	184
		<i>dermacinrx atrix antibact</i>	184

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>dermacinrx atrix clarifyi</i>	184	DHS ZINC	184
<i>dermacinrx skin repair</i>	184	<i>diabetes health formula</i>	127
DERMACINRX TAB RIBOT-E	127	DIABETES PAK HEALTH.....	127
<i>dermamed</i>	184	DIABET HLTH PAK SUPPORT.....	127
<i>dermaphor</i>	184	DIABETIDERM CRE.....	184
DESCOVY TAB 120-15MG	14	DIABETIDERM CRE FOOT	184
DESCOVY TAB 200/25MG	14	DIACOMIT	41
<i>desipramine hcl</i>	46	<i>dialyvite</i>	127
<i>desmopressin acetate</i>	73	<i>dialyvite 800</i>	127
<i>desmopressin acetate spray</i>	73	<i>dialyvite 800/ultra d</i>	127
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> ...	73	DIALYVITE TAB 3000	127
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-</i> <i>0.02/0.01 mg(21/5)</i>	63	DIALYVITE TAB 5000	127
<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-</i> <i>30 mcg</i>	63	DIALYVITE TAB SUPREM D.....	127
<i>desvenlafaxine succinate</i>	46	DIALYVITE/ TAB ZINC	127
DEX4 CHW FRUIT	71	<i>dialyvite vitamin d3 max</i>	127
DEX4 CHW GRAPE.....	71	<i>dialyvite vitamin d 5000</i>	127
DEX4 CHW ORANGE	71	DIALYVITE WAF 800	127
DEX4 CHW RASPBERRY	71	<i>diazepam</i>	41
DEX4 CHW SOUR APL.....	71	<i>diazepam (anticonvulsant)</i>	41
DEX4 CHW WATERMLN	71	<i>diazepam inj</i>	41
DEX4 POUCH CHW PACK.....	71	<i>diazoxide</i>	72
DEX4 QUICK DISSOLVE GLUCO	71	<i>diclofenac potassium</i>	4
<i>dexamethasone</i>	70	<i>diclofenac sodium</i>	4
DEXAMETHASONE INTENSOL.....	70	<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	151
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	71	<i>diclofenac sodium (topical)</i>	184
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i> 151		<i>dicloxacillin sodium</i>	19
<i>dexbrompheniramine-phenylephrine tab</i> <i>2-10 mg</i>	160	<i>dicyclomine hcl</i>	81
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	52	DIFICID	17
<i>dextromethorphan-guaifenesin liquid 10-</i> <i>100 mg/5ml</i>	160	<i>diflunisal</i>	4
<i>dextromethorphan-guaifenesin syrup 10-</i> <i>100 mg/5ml</i>	160	<i>difluprednate</i>	151
<i>dextromethorphan hbr</i>	160	<i>digoxin</i>	39
<i>dextromethorphan polistirex</i>	160	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	53
<i>dextrose</i>	108	DILANTIN.....	41
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i> .	106	DILANTIN-125.....	42
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	106	DILANTIN INFATABS	41
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	106	<i>diltiazem hcl</i>	37
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	106	<i>diltiazem hcl coated beads</i>	37
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	106	<i>diltiazem hcl extended release beads</i>	38
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	106	<i>dilt-xr</i>	37
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i> ..	106	<i>dimaphen dm cold & cough</i>	160
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i> ..	106	<i>dino-life</i>	128
		DINO-LIFE CHW IRON-ZIN	128
		<i>dino-life w extra c</i>	128
		<i>diphenhist</i>	156
		<i>diphenhydramine hcl</i>	156

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>diphenhydramine-zinc acetate cream</i> 2-0.1%.....	184	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab</i> 3-0.03 mg	63
<i>diphenoxylate w/ atropine liq</i> 2.5- 0.025 mg/5ml.....	87	<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate</i> tab 3-0.03-0.451 mg	63
<i>diphenoxylate w/ atropine tab</i> 2.5- 0.025 mg	87	DROXIA	95
DIP/TET PED INJ 25-5LFU.....	100	<i>droxidopa</i>	39
<i>dipyridamole</i>	96	<i>dry eye formula</i>	128
<i>disney cars gummies</i>	128	<i>dry eye relief drops</i>	152
<i>disney princess gummies</i>	128	<i>dry skin treatment</i>	184
<i>disopyramide phosphate</i>	35	<i>duloxetine hcl</i>	46
<i>disulfiram</i>	56	DUPIXENT	96
<i>divalproex sodium</i>	42	DURAFLU TAB	161
DML FORTE CRE	184	DUREX MIS REALFEEL	63
<i>docetaxel</i>	23	<i>dutasteride</i>	90
DOCETAXEL	23	<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap</i> 0.5-0.4 mg	90
<i>docu</i>	83	E	
<i>docusate calcium</i>	83	<i>e-200</i>	128
<i>docusate mini</i>	83	<i>e200</i>	128
<i>docusate sodium</i>	83	<i>e-400</i>	128
DOCUSOL KIDS	83	<i>e400</i>	128
<i>docusol mini</i>	83	<i>e-400-clear</i>	128
<i>docusol plus mini-enema</i>	83	<i>e 1000</i>	128
<i>dofetilide</i>	35	<i>e1000</i>	128
<i>dok</i>	83	EAGLE WATCH MOSQUITO ELIM.....	184
<i>donepezil hydrochloride</i>	45	<i>ear drops</i>	189
DOPTLET	95	<i>earwax removal</i>	189
<i>dorzolamide hcl</i>	152	<i>earwax removal kit</i>	189
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln</i> 2-0.5%.....	152	EASIVENT MIS.....	172
<i>dotti</i>	70	EASIVENT MIS MASK LG	172
DOVATO TAB 50-300MG.....	14	EASIVENT MIS MASK MED	172
<i>doxazosin mesylate</i>	32	EASIVENT MIS MASK SM	172
<i>doxepin hcl</i>	46	<i>ec-naproxen</i>	4
<i>doxepin hcl (sleep)</i>	53	<i>econtra ez</i>	63
<i>doxorubicin hcl</i>	21	<i>econtra one-step</i>	63
<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	21	<i>ed a-hist</i>	161
<i>doxy 100</i>	20	<i>ed a-hist dm</i>	161
<i>doxycycline hyclate</i>	20	ED A-HIST DM TAB 10-4-10	161
<i>doxycycline (monohydrate)</i>	20	<i>ed-apap</i>	1
<i>doxylamine-phenylephrine tab</i> 7.5-10 mg ..	160	ED BRON GP LIQ.....	161
<i>driminate</i>	80	<i>ed chlorped jr</i>	156
DRIZALMA SPRINKLE	46	EDURANT.....	12
<i>dronabinol</i>	80	<i>e.e.s. 400</i>	17
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab</i> 3-0.02 mg	63	<i>efavirenz</i>	12
		<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab</i> 600- 200-300 mg	14

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	14	<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	7
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	14	<i>endocet tab 5-325mg</i>	7
<i>eldertonic</i>	128	<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	7
ELIGARD	21	<i>endocet tab 10-325mg</i>	7
<i>elinest</i>	63	<i>endur-acin</i>	128
ELIQUIS	91	ENDUR-VM TAB	128
ELIQUIS STARTER PACK	91	ENDUR-VM TAB IRON	128
ELLENCE	21	<i>enema ready-to-use</i>	83
<i>eluryng</i>	63	<i>enemeez mini</i>	83
EMCYT	21	<i>enemeez plus</i>	83
EMERGEN-C CHW VITA C	128	ENFAMIL SOL ENFALYTE	105
EMERGEN-C PAK BLUE	128	ENGERIX-B	100
EMERGEN-C PAK HEART	128	<i>enilloring</i>	64
EMERGEN-C PAK IMMUNE	128	<i>enoxaparin sodium</i>	91
EMERGEN-C PAK KIDZ	128	<i>enpresse-28</i>	64
EMERGEN-C PAK MSM LITE	128	<i>enskyce</i>	64
EMERGEN-C PAK PINK	128	ENSTILAR AER	180
EMERGEN-C PAK VITA C	128	ENSURE CLEAR LIQ APPLE	116
EMERGEN-C PAK VIT D/CA	128	ENSURE CLEAR LIQ BBRY/POM	116
EMOLLIA-CREM CRE	184	ENSURE CLEAR LIQ MIX BERY	116
EMOLLIENT CRE BASE	102	ENSURE CLEAR LIQ MIX FRUT	116
<i>emoquette</i>	63	ENSURE CLEAR LIQ PEACH	116
EMSAM	46	<i>entacapone</i>	48
<i>emtricitabine</i>	12	<i>entecavir</i>	15
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	14	ENTRESTO TAB 24-26MG	33
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	14	ENTRESTO TAB 49-51MG	33
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	14	ENTRESTO TAB 97-103MG	33
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	14	<i>enulose</i>	83
EMTRIVA	12	<i>e-oil</i>	128
EMVERM	9	<i>e-ointment</i>	184
<i>enalapril maleate</i>	31	EPCLUSA PAK 150-37.5	15
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	31	EPCLUSA PAK 200-50MG	15
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	31	EPCLUSA TAB 200-50MG	15
ENBREL	96	EPCLUSA TAB 400-100	15
ENBREL MINI	96	EPIDIOLEX	42
ENBREL SURECLICK	97	<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	39, 172
<i>endacof-dm</i>	161	<i>epitol</i>	42
ENDARI	95	EPIVIR HBV	15
		<i>eplerenone</i>	32
		EPRONTIA	42
		<i>eq calcium 500+d</i>	112
		<i>eq calcium 600+d</i>	112
		<i>eq calcium 600+d+minerals</i>	112
		<i>eq calcium citrate+d</i>	112
		<i>eq complete chewable mult</i>	128
		<i>eq complete multivitamin</i>	128

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
EQ COMPLETE TAB ADULT	128	ery	177
eql b-6	129	ery-tab	17
eql calcium 600mg/vitamin	112	ERYTHROCIN LACTOBIONATE.....	17
EQL CALCIUM CAP VIT D	112	erythrocin stearate	17
eql calcium citrate/ vita.....	112	erythromycin (acne aid)	177
eql calcium citrate w/vit.....	112	erythromycin base.....	17
eql calcium/vitamin d.....	112	erythromycin ethylsuccinate.....	17
eql carbonyl iron	92	erythromycin lactobionate.....	17
eql castor oil	83	erythromycin (ophth).....	150
eql century	129	escitalopram oxalate	46
eql century mature	129	esomeprazole magnesium	89
EQL CENTURY TAB MENS	129	essentia	129
eql childrens multivitami	129	essential balance	129
eql coq10.....	116	estarylla.....	64
eql digestive probiotic	78	estradiol	70
eql fish oil	116	estradiol & norethindrone acetate tab 0.5- 0.1 mg	70
eql iron supplement thera.....	93	estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg	70
eql omega 3 fish oil.....	116	estradiol vaginal	70
eql omega-3 fish oil	116	estradiol valerate	70
eql one daily mens 50+ ad.....	129	ESTROVEN MEN TAB SUPPLEM.....	129
eql one daily mens health	129	eszopiclone.....	53
eql one daily womens 50+	129	ethambutol hcl	15
eql probiotic acidophilus.....	78	ethosuximide.....	42
eql saline nasal spray	172	ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg.....	64
eql slow release iron.....	93	ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg.....	64
eql stress b-complex/vita	129	etodolac	4
eql super b complex/vitam.....	129	etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.120- 0.015 mg/24hr	64
eql vision formula.....	129	etoposide	23
eql vitamin c	129	etravirine	12
eql vitamin c/rose hips	129	EUCERIN HAND CRE ADV REPA.....	184
eql vitamin d3.....	129	EUCERIN PLUS CRE.....	184
eql vitamin e	129	EULEXIN	21
eq multivitamin gummies c	128	euthyrox	75
EQ ONE DAILY TAB MENS	128	everolimus	24
EQ ONE DAILY TAB WOMENS.....	128	everolimus (immunosuppressant).....	99
eq one daily womens healt	128	EVOTAZ TAB 300-150	14
eq saline nasal spray	172	exemestane	22
eq slow-release iron	92	EXKIVITY	24
EQ THERAPEUT CRE MOISTURI.....	184	EYE HEALTH CAP ADLT 50+	129
ergocalciferol	129	EYE HEALTH TAB LUTEIN	129
ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg	53	eye itch relief	151
ERIVEDGE	24		
ERLEADA.....	21		
erlotinib hcl	24		
errin	64		
ertapenem sodium	9		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
EYE MULTIVIT TAB LUTEIN.....	129	<i>ferrex 150</i>	93
EYE MULTIVIT TAB SODIUM.....	129	<i>ferric x-150</i>	93
<i>eyeprotect</i>	129	<i>ferrous gluconate</i>	93
EYSUVIS	151	FERROUS GLUCONATE.....	93
<i>ezetimibe</i>	36	<i>ferrous sulfate</i>	93
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	36	FERROUS SULFATE.....	93
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	36	<i>ferrous sulfate iron</i>	93
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	36	<i>ferrousul</i>	93
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	36	<i>fesoterodine fumarate</i>	90
EZFE 200.....	93	FE SULFATE POW	93
F		FETZIMA	46
<i>fa-8</i>	129	FETZIMA CAP TITRATIO	46
<i>fabb</i>	129	<i>feverall adults</i>	1
FABRAZYME.....	73	<i>feverall childrens</i>	1
<i>falmina</i>	64	FEVERALL INFANTS	1
<i>famciclovir</i>	15	FEVERALL JUNIOR STRENGTH.....	1
<i>famotidine</i>	81	<i>fexofenadine hcl</i>	156
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i> 81		<i>fexofenadine-pseudoephedrine tab er 12hr</i> 60-120 mg.....	161
<i>famotidine maximum streng</i>	82	<i>fexofenadine-pseudoephedrine tab er 24hr</i> 180-240 mg.....	161
<i>famotidine original stren</i>	82	FIASP FLEX INJ TOUCH	60
FANAPT	49	FIASP INJ 100/ML.....	60
FANAPT PAK	49	FIASP PENFIL INJ U-100	60
FANTASY LUBR MIS COLORS	64	FIASP PMPCRT INJ U-100	60
FANTASY LUBR MIS SPERMICI.....	64	<i>fiber-lax</i>	83
FANTASY MIS LUBRICAT	64	<i>fiber laxative</i>	83
FARXIGA	58	<i>finasteride</i>	90
FASENRA	172	<i>fingolimod hcl</i>	55
FASENRA PEN.....	172	FINTEPLA.....	42
FATTIBASE OIN	102	<i>finzala</i>	64
FC2 FEMALE MIS CONDOM.....	64	<i>first aid antibiotic</i>	177
FC FEMALE MIS CONDOM.....	64	FIRST AID ANTISEPTIC OINT	184
<i>felbamate</i>	42	<i>fish oil adult gummies</i>	116
<i>felodipine</i>	38	<i>fish oil burp-less</i>	116
<i>femynor</i>	64	FISH OIL CAP 150MG	116
<i>fenofibrate</i>	35	FISH OIL CAP 180MG	116
<i>fenofibrate micronized</i>	35	FISH OIL CAP 183.33MG.....	116
<i>fentanyl</i>	6	FISH OIL CAP 1000MG	117
<i>fentanyl citrate</i>	7	FISH OIL CAP 1360MG.....	117
FERAHEME	93	FISH OIL CAP 1400MG.....	117
<i>ferate</i>	93	FISH OIL CHW 875MG	117
<i>fergon</i>	93	<i>fish oil concentrate</i>	117
FERIVAFA CAP 110-1MG	93	<i>fish oil double strength</i>	117
FERIVA TAB 21/7	93	<i>fish oil extra strength</i>	117
<i>ferosul</i>	93	<i>fish oil maximum strength</i>	117
FERRALET 90 TAB	93		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>fish oil omega-3</i>	117	<i>flu/severe cold & cough d</i>	161
<i>fish oil pearls</i>	117	<i>fluticasone propionate</i>	181
<i>fish oil/super potent/no</i>	117	<i>fluticasone propionate (nasal)</i>	176
<i>flac</i>	154	<i>fluvoxamine maleate</i>	40
<i>flanders buttocks</i>	184	<i>folate</i>	130
FLAREX	151	FOLDITAM TAB.....	130
FLAVOR SWEET SYP S/F	102	<i>folic acid</i>	130
FLEBOGAMMA DIF	98	FOLIC ACID.....	130
<i>flecainide acetate</i>	35	FOLIC ACID POW.....	130
FLEET BISACODYL	83	FOLIFLEX TAB	130
FLEET ENE PED	83	FOLIKA-MG TAB	130
FLEXICHAMBER MIS	172	FOLITE TAB	130
FLEXICHAMBER MIS MASK LRG.....	172	FOLITIN-Z TAB.....	130
FLEXICHAMBER MIS MASK SM	172	FOLIVANE-F CAP	93
FLINTSTONES CHW COMPLETE.....	129	FOLIXAPURE TAB 1-5000.....	130
<i>flintstones complete</i>	129	FOLTAMIN TAB 1-5000	130
<i>flintstones gummies plus</i>	129	FOLTRATE TAB	130
<i>flintstones/my first</i>	130	FOLTREXYL TAB	130
<i>flintstones plus calcium</i>	129	<i>fondaparinux sodium</i>	91
<i>flintstones plus extra c</i>	129	FORTEO.....	61
<i>flintstones w/iron</i>	129	<i>fosamprenavir calcium</i>	12
FLORAJEN CAP ACIDOPHI	78	<i>fosinopril sodium</i>	31
FLORAJEN CAP WOMEN	78	<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab</i> <i>10-12.5 mg</i>	31
<i>floranex</i>	78	<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab</i> <i>20-12.5 mg</i>	31
FLORIVA DRO PLUS.....	130	FOTIVDA.....	24
FLOVENT DISKUS	176	FREEDAVITE TAB	130
FLOVENT HFA	176	<i>freeze dried acidophilus</i>	79
<i>fluconazole</i>	11	FRESHKOTE PF SOL 2.7-2%	152
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml.</i> 11		FRESHKOTE SOL 2.7-2%.....	152
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml.</i> 11		FRUCTOSE GRA	117
<i>flucytosine</i>	11	<i>fruity chews</i>	130
<i>fludrocortisone acetate</i>	71	<i>fruity chews/iron</i>	130
<i>flu hbp</i>	161	<i>full spectrum b/vitamin c</i>	130
<i>flunisolide (nasal)</i>	175	<i>fulvestrant</i>	22
<i>fluocinolone acetonide</i>	180, 181	FUNGOID TINCTURE	179
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i>	154	<i>furosemide</i>	38
<i>fluocinonide</i>	181	<i>furosemide inj</i>	38
<i>fluocinonide emulsified base</i>	181	FUSION PLUS CAP.....	93
<i>fluorometholone (ophth)</i>	151	FUZEON.....	12
<i>fluorouracil</i>	21	<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	70
<i>fluorouracil (topical)</i>	184	<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	70
<i>fluoxetine hcl</i>	46	FYCOMPA	42
<i>fluphenazine decanoate</i>	49		
<i>fluphenazine hcl</i>	49		
<i>flurbiprofen</i>	4		
<i>flurbiprofen sodium</i>	151		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
G			
<i>gabapentin</i>	42	<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>	150
<i>galantamine hydrobromide</i>	45	<i>gentamicin sulfate (topical)</i>	178
GALZIN.....	112	GENTEAL SEVERE TEARS	152
GAMASTAN INJ	98	GENTEAL TEAR GEL SEV D/N	152
GAMMAGARD LIQUID	98	<i>genteal tears liquid drop</i>	153
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH.....	99	<i>genteal tears night-time</i>	153
GAMMAKED	99	GENTEAL TEAR SOL MOD PF.....	152
GAMMAPLEX	99	GENTEAL TEAR SOL PF	153
GAMUNEX-C	99	<i>gentle laxative</i>	83
<i>ganciclovir sodium</i>	15	GENVOYA TAB.....	14
GARDASIL 9 INJ.....	100	<i>gerber grow mighty</i>	130
<i>gas relief</i>	87	<i>gerber lil' brainies</i>	130
GAS RELIEF.....	87	<i>gerivite complete</i>	130
<i>gas relief drops infants</i>	87	GILOTRIF	25
<i>gas relief extra strength</i>	87	<i>glatiramer acetate</i>	55
<i>gas relief infants</i>	87	<i>glatopa</i>	55
<i>gas relief ultra strength</i>	87	GLEOSTINE.....	20
<i>gas-x extra strength</i>	87	<i>glimepiride</i>	58
<i>gas-x ultra strength</i>	87	<i>glipizide</i>	58
<i>gatifloxacin (ophth)</i>	150	<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	58
GATTEX.....	87	<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	58
GAUZE PADS 2	60	<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	58
<i>gavilax</i>	83	<i>glipizide xl</i>	58
<i>gavilyte-c</i>	83	<i>gluco burst</i>	72
<i>gavilyte-g</i>	83	GLUCOSE.....	72
GAVRETO	24	GLUCOSE CHW FRUIT	72
<i>gefitinib</i>	25	GLUCOSE CHW GRAPE.....	72
<i>gemcitabine hcl</i>	21	GLUCOSE CHW ORANGE	72
<i>gemfibrozil</i>	35	GLUCOSE CHW RASPBERRY	72
GEMTESA.....	90	GLUCOSE CHW WATERMLN	72
GENADEK CAP STEP 1	130	<i>glucoten</i>	130
GENADEK CAP STEP 2.....	130	<i>glutamine powder</i>	117
GENADEK DRO	130	GLUTATHIONE POW.....	117
<i>generlac</i>	83	GLYCERIN	102
<i>gengraf</i>	100	GLYCERIN LIQ	102
GENOTROPIN.....	73	<i>glycolax</i>	83
GENOTROPIN MINIQUICK.....	73	<i>glycopyrrolate</i>	81
<i>gentak</i>	150	<i>glydo</i>	182
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	9	GLYXAMBI TAB 10-5 MG	58
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	9	GLYXAMBI TAB 25-5 MG.....	58
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	9	<i>gnp 8 hour arthritis reli</i>	1
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	9	<i>gnp 8 hour pain relief</i>	1
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	9	<i>gnp 8 hour pain reliever</i>	1
<i>gentamicin sulfate</i>	9	<i>gnp acetaminophen</i>	2
		<i>gnp acetaminophen extra s</i>	2
		<i>gnp acid reducer</i>	82

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>gnp acid reducer maximum</i>	82	<i>gnp childrens chewables/i</i>	131
<i>gnp adult aspirin low str</i>	2	<i>gnp childrens chewables w</i>	131
<i>gnp all day allergy</i>	156	<i>gnp childrens ibuprofen</i>	4
<i>gnp all day allergy child</i>	156	<i>gnp clearlax</i>	83
<i>gnp all day allergy-d</i>	161	<i>gnp clotrimazole 3</i>	91
<i>gnp all day allergy relie</i>	156	<i>gnp cold & cough children</i>	161
<i>gnp allergy</i>	156	<i>gnp co q10</i>	117
<i>gnp allergy childrens</i>	156	<i>gnp cough dm er</i>	161
<i>gnp allergy & congestion</i>	161	<i>gnp cough gels</i>	161
<i>gnp allergy multi-symptom</i>	161	<i>gnp d 1000</i>	131
<i>gnp allergy relief</i>	156	<i>gnp day time cold/flu</i>	161
<i>gnp allergy relief 24 hou</i>	156	<i>gnp day time cold/flu rel</i>	161
<i>gnp allergy relief maximu</i>	156	<i>gnp diabetic support form</i>	131
<i>gnp antacid and anti-gas/</i>	77	<i>gnp electrolyte solution</i>	105
<i>gnp antacid & anti-gas ma</i>	77	<i>gnp esomeprazole magnesiu</i>	89
<i>gnp antacid anti-gas/maxi</i>	77	<i>gnp essential one daily</i>	131
<i>gnp antacid & anti-gas/re</i>	77	<i>gnp fiber-caps</i>	83
<i>gnp antacid extra strengt</i>	77	<i>gnp fiber powder</i>	83
<i>gnp antacid/regular stren</i>	77	<i>gnp fiber therapy</i>	83
<i>gnp anti-diarrheal</i>	79	<i>gnp fish oil</i>	117
<i>gnp anti-gas ultra streng</i>	87	GNP FISH OIL CAP 840MG	117
<i>gnp anti-itch</i>	184	<i>gnp fish oil maximum stre</i>	117
<i>gnp artificial tears</i>	153	<i>gnp fluticasone propionat</i>	176
<i>gnp aspirin</i>	2	<i>gnp folic acid</i>	131
<i>gnp aspirin low dose</i>	2	<i>gnp gas relief</i>	87
<i>gnp athletes foot</i>	179	<i>gnp gas relief extra stre</i>	87
<i>gnp bacitracin zinc</i>	178	<i>gnp gentle laxative</i>	84
<i>gnp b-complex plus vitamí</i>	130	GNP GLUCOSE CHW GRAPE	72
<i>gnp biotin</i>	130	GNP GLUCOSE CHW ORANGE	72
<i>gnp calcium</i>	112	GNP GLUCOSE CHW RASPBERRY	72
<i>gnp calcium 500 +d3</i>	112	GNP GLUCOSE CHW WATERMLN	72
<i>gnp calcium 600 +d3</i>	112	<i>gnp hair/skin/nails</i>	131
<i>gnp calcium 600 +d3/miner</i>	112	<i>gnp healthy eyes</i>	131
<i>gnp calcium 600 +d/minera</i>	112	<i>gnp healthy eyes supervis</i>	131
<i>gnp calcium citrate +d3</i>	112	<i>gnp hydrocortisone</i>	181
<i>gnp calcium citrate+d3 ma</i>	112	<i>gnp hydrocortisone/aloe</i>	181
GNP CAPSAICIN	185	<i>gnp hydrocortisone maximu</i>	181
<i>gnp castor oil</i>	83	<i>gnp hydrocortisone plus</i>	181
<i>gnp century</i>	130	<i>gnp ibuprofen</i>	4
<i>gnp century adults 50+ se</i>	130	<i>gnp ibuprofen childrens</i>	4
<i>gnp century cardio health</i>	130	<i>gnp ibuprofen infants</i>	4
<i>gnp century mature</i>	130	<i>gnp infants pain/fever</i>	2
<i>gnp century ultimate mens</i>	130	<i>gnp iron</i>	93
<i>gnp century ultimate wome</i>	131	<i>gnp itch relief extra str</i>	185
<i>gnp childrens allergy</i>	156	<i>gnp lansoprazole</i>	89
<i>gnp childrens chewables/e</i>	131	<i>gnp laxative</i>	84

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>gnp lice treatment</i>	188	<i>gnp one daily womens heal</i>	131
<i>gnp little ones childrens</i>	131	<i>gnp one daily womens meta</i>	131
<i>gnp loperamide hydrochlor</i>	79	<i>gnp pain & fever children</i>	2
<i>gnp loratadine</i>	156	<i>gnp pain relief</i>	2
<i>gnp loratadine childrens</i>	156	<i>gnp pain relief extra str</i>	2
<i>gnp lubricating plus eye</i>	153	<i>gnp pediatric electrolyte</i>	105
<i>gnp mega multi for men</i>	131	<i>gnp pink bismuth</i>	79
<i>gnp mega multi for women</i>	131	<i>gnp pseudoephedrine hcl 1</i>	162
<i>gnp miconazole 1 combinat</i>	91	<i>gnp pseudoephedrine hcl e</i>	162
<i>gnp miconazole 3</i>	91	GNP QUICK DISSOLVE GLUCOS	72
<i>gnp miconazole 7</i>	91	<i>gnp scalp relief</i>	185
<i>gnp miconazorb af</i>	179	<i>gnp senna lax</i>	84
<i>gnp milk of magnesia</i>	84	<i>gnp senna plus</i>	84
<i>gnp mineral oil</i>	84	<i>gnp sinus + headache for</i>	162
<i>gnp motion sickness relie</i>	80	<i>gnp sinus pressure/pain</i>	162
<i>gnp mucus dm maximum stre</i>	161	<i>gnp stomach relief</i>	79
<i>gnp mucus er</i>	161	<i>gnp stool softener</i>	84
<i>gnp mucus relief</i>	161	<i>gnp stool softener/stimul</i>	84
<i>gnp mucus relief dm</i>	161	<i>gnp tab tussin</i>	162
<i>gnp mucus relief dm max</i>	161	<i>gnp tab tussin dm</i>	162
<i>gnp mucus relief maximum</i>	161	<i>gnp terbinafine hydrochlo</i>	179
<i>gnp mucus relief pe</i>	161	<i>gnp therapeutic-m</i>	131
<i>gnp naproxen</i>	4	<i>gnp tolnaftate</i>	179
<i>gnp naproxen sodium</i>	4	<i>gnp triple antibiotic</i>	178
<i>gnp nasal decongestant</i>	161	<i>gnp triple antibiotic plu</i>	178
<i>gnp nasal decongestant/ma</i>	161	<i>gnp tussin cf cough & col</i>	162
<i>gnp nasal decongestant pe</i>	161	<i>gnp tussin cough long act</i>	162
<i>gnp nasal four spray</i>	161	<i>gnp tussin dm</i>	162
<i>gnp nasal moisturizing</i>	172	<i>gnp tussin dm cough</i>	162
<i>gnp nasal spray</i>	161	<i>gnp tussin dm max</i>	162
<i>gnp nasal spray extra moi</i>	161	<i>gnp tussin mucus & chest</i>	162
<i>gnp nasal spray fast acti</i>	161	<i>gnp ultra stomach relief</i>	79
<i>gnp niacin</i>	131	<i>gnp urinary pain relief</i>	90
<i>gnp nicotine gum</i>	56	<i>gnp vitamin a</i>	131
<i>gnp nicotine mini lozenge</i>	56	<i>gnp vitamin b-6</i>	131
<i>gnp nicotine polacrilex</i>	56	<i>gnp vitamin c</i>	131
<i>gnp nicotine polacrilex m</i>	56	<i>gnp vitamin c/rose hips</i>	131
<i>gnp nicotine transdermal</i>	56	<i>gnp vitamin c w/rose hips</i>	131
<i>gnp night time cold & flu</i>	162	<i>gnp vitamin d</i>	131
<i>gnp night time cough</i>	162	<i>gnp vitamin d3</i>	131
<i>gnp no drip nasal spray</i>	162	<i>gnp vitamin d3 extra stre</i>	131
<i>gnp nose drops extra stre</i>	162	<i>gnp vitamin d maximum str</i>	131
<i>gnp omeprazole</i>	89	<i>gnp vitamin d super stren</i>	131
<i>gnp one daily maximum</i>	131	<i>gnp vitamin e</i>	132
<i>gnp one daily mens health</i>	131	<i>gnp vitamin e water dispe</i>	132
<i>gnp one daily plus iron</i>	131	<i>gnp wart remover</i>	185

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>gnp womens gentle laxativ</i>	84	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	72
GOLD BOND CRE HEALING	185	GVOKE KIT	72
GOLD BOND OIN HEALING	185	GVOKE PFS	72
GOLYTELY SOL	84	H	
<i>goodsense all day allergy</i>	156	<i>h2q</i>	117
<i>goodsense aller-ease</i>	156	HAEGARDA	95
<i>goodsense allergy relief</i>	156	<i>hailey 1.5/30</i>	64
<i>goodsense anti-diarrheal</i>	79	<i>hailey 24 fe</i>	64
<i>goodsense arthritis pain</i>	2	<i>hair formula extra streng</i>	132
<i>goodsense aspirin</i>	2	HAIR/SKIN/ CAP NAILS	132
<i>goodsense clearlax</i>	84	<i>hair/skin/nails</i>	132
<i>goodsense cough dm</i>	162	<i>hair/skin/nails/biotin</i>	132
<i>goodsense cough dm childr</i>	162	HAIR SKIN & TAB NAILS AD	132
<i>goodsense day time cold &</i>	162	<i>halobetasol propionate</i>	181
<i>goodsense daytime cold &</i>	162	<i>haloette</i>	64
<i>goodsense esomeprazole ma</i>	89	<i>haloperidol</i>	49
<i>goodsense hemorrhoidal oi</i>	185	<i>haloperidol decanoate</i>	49
<i>goodsense ibuprofen</i>	5	<i>haloperidol lactate</i>	49
<i>goodsense ibuprofen child</i>	5	HARVONI PAK 33.75-150MG	15
<i>goodsense ibuprofen infan</i>	5	HARVONI PAK 45-200MG	15
<i>goodsense lansoprazole</i>	89	HARVONI TAB 45-200MG	15
<i>goodsense lubricating plu</i>	153	HARVONI TAB 90-400MG	15
<i>goodsense mucus relief ch</i>	162	HAVRIX	100
<i>goodsense naproxen sodium</i>	5	H-COSMETIC CRE ARBEM	102
<i>goodsense nicotine</i>	56	<i>healthy eyes</i>	132
<i>goodsense nicotine gum</i>	56	HEALTHY EYES CAP SUPERVIS	132
<i>goodsense nicotine polacr</i>	56	<i>healthy eyes/lutein</i>	132
<i>goodsense nightttime cold</i>	162	<i>healthy eyes/lutein & zea</i>	132
<i>goodsense nightttime cough</i>	162	<i>healthy eyes/lutein/zeaxa</i>	132
<i>goodsense pain & fever ch</i>	2	<i>healthy hair skin & nails</i>	132
<i>goodsense pain & fever in</i>	2	HEALTHY KIDS CHW GUMMIES	132
<i>goodsense pain relief</i>	2	<i>healthy kids gummies omeg</i>	117
<i>goodsense pain relief ext</i>	2	<i>healthy kids vitamin d3</i>	132
<i>goodsense stomach relief</i>	79	<i>healthylax</i>	84
<i>goodsense tussin cf</i>	162	<i>heartburn relief</i>	82
<i>granisetron hcl</i>	80	<i>heartburn relief extra st</i>	77
GRAPE SYP	102	<i>heartburn relief maximum</i>	82
<i>griseofulvin microsize</i>	11	<i>heather</i>	64
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	11	<i>h-e-b oral electrolyte so</i>	105
<i>guaiaatussin ac</i>	162	HEMATEX	93
<i>guaifenesin</i>	162	HEMATEX POLYSACCHARIDE IR	93
<i>guaifenesin ac</i>	162	<i>hematogen</i>	93
<i>guaifenesin-codeine soln 100-10 mg/5ml</i> ..	162	HEMATOGEN FA CAP	93
<i>guanfacine hcl</i>	39	<i>hematogen forte</i>	93
<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	52	<i>hemocyte-f</i>	93
<i>gummi bear multivitamin/m</i>	132		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
HEMOCYTE PLS CAP	93	<i>hm calcium citrate + vita</i>	112
HEPARIN/NACL INJ 25000UNT	92	<i>hm calcium/vitamin d</i>	112
<i>heparin sodium (porcine)</i>	92	<i>hm calcium/vitamin d/mine</i>	112
HEPLISAV-B.....	100	HM CASTOR OIL	102
HEP SOD/D5W INJ 20000UNT	91	<i>hm cetirizine hydrochlori</i>	156
HEP SOD/D5W INJ 25000UNT	91	<i>hm chest congestion relie</i>	163
HEP SOD/NACL INJ 12500UNT	92	<i>hm childrens mucus relief</i>	163
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	92	<i>hm clearlax</i>	84
HERCEP HYLEC SOL 60-10000.....	25	<i>hm cold & cough childrens</i>	163
HERCEPTIN	25	<i>hm cold & sinus relief</i>	163
HERZUMA.....	25	<i>hm complete 50+</i>	132
HIBERIX.....	100	HM COMPLETE TAB.....	132
HIGH POTENCY TAB MULTIVIT	132	HM COMPLETE TAB MEN	132
HIGH POTENCY TAB MV/FA	132	<i>hm complete women</i>	132
HI POT MV/ TAB BETA-CAR	132	<i>hm coq10</i>	117
HISTEX	156	<i>hm cough dm</i>	163
HISTEX-AC SYP.....	162	<i>hm daytime cold & flu</i>	163
HISTEX-DM SYP.....	162	<i>hm daytime severe cold/fl</i>	163
<i>hm acetaminophen children</i>	2	HM DIBROMM LIQ.....	163
<i>hm acidophilus probiotic</i>	79	<i>hm double antibiotic</i>	178
<i>hm adult tussin cough & c</i>	162	<i>hm dry eye relief</i>	153
<i>hm advanced antacid maxim</i>	77	<i>hm enema mineral oil</i>	84
<i>hm all day allergy childr</i>	156	<i>hm enema saline laxative</i>	84
<i>hm allergy complete-d</i>	163	<i>hm esomeprazole magnesium</i>	89
<i>hm allergy & congestion</i>	163	<i>hm e vitamin</i>	132
<i>hm allergy relief</i>	156	<i>hm famotidine</i>	82
<i>hm allergy relief childre</i>	156	<i>hm fexofenadine hydrochlo</i>	157
<i>hm allergy relief & nasal</i>	163	<i>hm fiber</i>	84
<i>hm allergy relief nasal s</i>	176	<i>hm fish oil</i>	117
<i>hm animal shapes</i>	132	HM FISH OIL CAP 554MG	117
<i>hm antacid</i>	77	<i>hm folic acid</i>	132
<i>hm antacid anti-gas extra</i>	77	<i>hm gas relief</i>	87
<i>hm antacid extra strength</i>	77	<i>hm gas relief extra stren</i>	87
<i>hm antacid regular streng</i>	77	<i>hm gas relief infants</i>	87
<i>hm anti-diarrheal</i>	79	HM HAIR/SKIN TAB /NAILS	132
<i>hm antioxidant vitamins</i>	132	<i>hm hydrocortisone/aloe ma</i>	181
<i>hm arthritis pain relief</i>	2	<i>hm hydrocortisone plus</i>	181
<i>hm aspirin</i>	2	<i>hm ibuprofen</i>	5
<i>hm aspirin ec</i>	2	<i>hm ibuprofen childrens</i>	5
<i>hm aspirin ec low dose</i>	2	<i>hm ibuprofen ib</i>	5
<i>hm bacitracin</i>	178	<i>hm ibuprofen infants</i>	5
<i>hm biotin</i>	132	<i>hm iron</i>	93
<i>hm calcium 600 + vitamin</i>	112	<i>hm lansoprazole</i>	89
<i>hm calcium 600 & vitamin</i>	112	<i>hm laxative</i>	84
<i>hm calcium antacid extra</i>	77	<i>hm lice killing maximum s</i>	188
<i>hm calcium citrate+d3 pet</i>	112	<i>hm lice treatment</i>	188

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>hm loratadine</i>	157	<i>hm tussin adult</i>	163
<i>hm loratadine childrens</i>	157	<i>hm tussin adult cough & c</i>	163
<i>hm lubricating plus</i>	153	<i>hm tussin adult multi-sym</i>	163
<i>hm lubricating tears</i>	153	<i>hm urinary pain relief</i>	90
<i>hm magnesium citrate</i>	84	<i>hm vitamin b6</i>	133
<i>hm mens 50+ advanced one</i>	132	<i>hm vitamin c/rose hips</i>	133
<i>hm milk of magnesia</i>	84	<i>hm vitamin d</i>	133
<i>hm motion sickness</i>	80	<i>hm vitamin d3</i>	133
<i>hm motion sickness relief</i>	80	<i>hm vitamin e</i>	133
<i>hm mucus relief</i>	163	<i>hm womens 50+ advanced on</i>	133
<i>hm mucus relief dm</i>	163	HOLD CHAMBER MIS ADLT LG	172
<i>hm mucus relief maximum s</i>	163	HOLD CHAMBER MIS MEDIUM.....	172
<i>hm naproxen sodium</i>	5	HOLD CHAMBER MIS SMALL.....	172
<i>hm nasal decongestant</i>	163	HONEY BEARS CHW.....	133
<i>hm nasal decongestant 12</i>	163	HONEY BEARS CHW IRON-ZIN	133
<i>hm nasal decongestant pe</i>	163	HUMIRA	97
<i>hm nasal spray</i>	163	HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	97
<i>hm niacin</i>	132	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D	97
<i>hm niacin tr</i>	132	HUMIRA PEN.....	97
<i>hm nicotine polacrilex</i>	56	HUMIRA PEN-CD/UC/HS START	97
<i>hm nicotine transdermal s</i>	56	HUMIRA PEN KIT PS/UV	97
<i>hm night time cold & flu</i>	163	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S.....	97
<i>hm nighttime cold & flu r</i>	163	HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	97
<i>hm nose drops extra stren</i>	163	HUMULIN R U-500 (CONCENTR.....	60
<i>hm omeprazole</i>	89	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	60
HM ONE DAILY TAB MENS	132	<i>hydralazine hcl</i>	39
<i>hm pain & fever childrens</i>	2	HYDRALYTE SOL LEMONADE.....	105
<i>hm pain & fever infants</i>	2	HYDRALYTE SOL ORANGE	105
<i>hm pain relief</i>	2	HYDRASYN25 CRE.....	185
<i>hm pain relief extra stre</i>	2	HYDROCERIN CRE	185
<i>hm pain reliever</i>	2	<i>hydrochlorothiazide</i>	38
<i>hm pain reliever children</i>	2	<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-</i> <i>325 mg/15ml</i>	7
<i>hm pain reliever infants</i>	3	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i>	7
<i>hm pediatric electrolyte</i>	105	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-</i> <i>325 mg</i>	7
<i>hm povidone-iodine</i>	185	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg</i>	7
<i>hm saline nasal spray</i>	172	<i>hydrocodone bitart-homatropine</i> <i>methylbromide tab 5-1.5 mg</i>	164
<i>hm senna</i>	84	<i>hydrocodone bitart-homatropine</i> <i>methylbrom soln 5-1.5 mg/5ml</i>	163
<i>hm severe cold & flu</i>	163	<i>hydrocodone bitartrate</i>	6
<i>hm sinus nasal spray</i>	163	<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	7
<i>hm stomach relief</i>	79	<i>hydrocod polst-chlorphen polst er susp</i> <i>10-8 mg/5ml</i>	163
<i>hm stomach relief ultra</i>	79	<i>hydrocortisone</i>	71
<i>hm stool softener</i>	84		
<i>hm stool softener/stimula</i>	84		
<i>hm super vitamin b comple</i>	133		
<i>hm triple antibiotic</i>	178		
<i>hm triple antibiotic plus</i>	178		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>hydrocortisone acetate (topical)</i>	181	<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i>	
<i>hydrocortisone/aloe maxim</i>	181	500 mg.....	9
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	82	<i>imipramine hcl</i>	46
<i>hydrocortisone maximum st</i>	181	<i>imiquimod</i>	185
<i>hydrocortisone (rectal)</i>	185	IMMUNE CHW SUPPORT	133
<i>hydrocortisone (topical)</i>	181	IMMUNE SUPP POW VIT C.....	133
HYDRO-LAN CRE	185	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	100
<i>hydrolatum</i>	185	INBRIJA	48
<i>hydromet</i>	164	<i>incassia</i>	64
<i>hydromorphone hcl</i>	7	INCRELEX	73
HYDROPHILIC OIN PETROLAT	102	INCRUSE ELLIPTA.....	155
<i>hydrophor</i>	185	<i>indapamide</i>	38
HYDROUS CRE EMULSIFI.....	102	INFANRIX INJ	100
<i>hydroxocobalamin acetate</i>	133	<i>infants ibuprofen</i>	5
HYDROXOCOBAL POW	102	<i>infants simethicone</i>	87
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	98	INFED.....	94
<i>hydroxyurea</i>	22	INFLIXIMAB	97
<i>hydroxyzine hcl</i>	157	INFUVITE INJ PEDIATRI.....	133
<i>hydroxyzine pamoate</i>	157	INGREZZA.....	54
HYSINGLA ER.....	6	INGREZZA CAP 40-80MG.....	54
I		INJECTAFER	94
<i>ibandronate sodium</i>	61	INLYTA.....	25
IBRANCE	25	INQOVI TAB 35-100MG.....	21
<i>ibu</i>	5	INREBIC.....	25
<i>ibu-200</i>	5	INSPIRACHAMB MIS LARGE	172
<i>ibuprofen</i>	5	INSPIRACHAMB MIS MEDIUM	172
<i>ibuprofen childrens</i>	5	INSPIRACHAMB MIS MOUTH PCE	172
<i>ibuprofen infants</i>	5	INSPIRACHAMB MIS SMALL	172
<i>ibuprofen junior strength</i>	5	INSPIREASE MIS DD SYST.....	172
<i>icaps</i>	133	INSTA-GLUCOSE	72
ICAPS AREDS TAB FORMULA.....	133	INSULIN PEN NEEDLES\ BD/NOVO	60
<i>icaps lutein & omega-3</i>	133	INSULIN SAFETY NEEDLES	60
<i>icaps mv</i>	133	INSULIN SYRINGES\ BD	60
<i>icatibant acetate</i>	96	INTEGRA F CAP	94
<i>iclevia</i>	64	INTEGRA PLUS CAP	94
ICLUSIG.....	25	INTELENCE	12
IDHIFA	25	<i>intestinex</i>	79
<i>iferex 150</i>	94	INTRALIPID	108
<i>iferex 150 forte</i>	94	INTRON A.....	99
ILEVRO	151	<i>introvale</i>	64
<i>imatinib mesylate</i>	25	INVEGA HAFYERA	49
IMBRUVICA.....	25	INVEGA SUSTENNA	49
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i>		INVEGA TRINZA.....	49
250 mg	9	IPOL INJ INACTIVE	100
		<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3)</i>	
		mg/3ml.....	154

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>ipratropium bromide</i>	155	JANUVIA	58
<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	155	JARDIANCE	58
<i>irbesartan</i>	34	<i>jasmiel</i>	64
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i>	33	<i>javygtor</i>	73
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i>	33	JAYPIRCA	25, 26
IRESSA	25	JENTADUETO TAB 2.5-500	58
<i>irinotecan hcl</i>	23	JENTADUETO TAB 2.5-850	58
IRON	94	JENTADUETO TAB 2.5-1000	58
<i>iron 27</i>	94	JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	58
IRON CHEWS PEDIATRIC	94	JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	58
<i>iron slow release</i>	94	<i>jinteli</i>	70
IRON SLOW RELEASE	94	<i>jolessa</i>	64
<i>iron supplement</i>	94	<i>juleber</i>	64
<i>iron supplement childrens</i>	94	JULUCA TAB 50-25MG	14
IRON UP	94	<i>junel 1.5/30</i>	64
IROSPAN 24/6 MIS	94	<i>junel 1/20</i>	64
<i>is-d 10,000</i>	133	<i>junel fe 1.5/30</i>	64
ISENTRESS	12	<i>junel fe 1/20</i>	64
ISENTRESS HD	12	<i>junel fe 24</i>	64
<i>isibloom</i>	64	<i>just d</i>	133
ISOLYTE-P INJ /D5W	106	K	
ISOLYTE-S INJ	106	KADCYLA	26
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	106	<i>kaitlib fe</i>	65
<i>isoniazid</i>	15	KALA TAB	79
ISOPTO TEARS	153	KALYDECO	173
<i>isosorbide dinitrate</i>	39	KANJINTI	26
<i>isosorbide mononitrate</i>	40	<i>kariva</i>	65
<i>isotretinoin</i>	177	<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	106
<i>isradipine</i>	38	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	106
<i>itch relief extra strengt</i>	185	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	106
<i>itraconazole</i>	11	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	106
<i>ivermectin</i>	9	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	106
<i>i-vite</i>	133	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	106
<i>i-vite protect</i>	133	<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	106
IXIARO INJ	101	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	106
J		<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	106
JAKAFI	25	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	106
<i>jantoven</i>	92	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.45% inj</i>	106
JANUMET TAB 50-500MG	58	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	106
JANUMET TAB 50-1000	58	KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	107
JANUMET XR TAB 50-500MG	58		
JANUMET XR TAB 50-1000	58		
JANUMET XR TAB 100-1000	58		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>kelnor 1/35</i>	65	<i>kp calcium 600+d</i>	112
<i>kelnor 1/50</i>	65	<i>kp calcium 600+d3</i>	112
KERADAN CRE	185	<i>kp calcium citrate+d</i>	112
KERENDIA.....	32	<i>kp ferrous gluconate</i>	94
KESIMPTA.....	55	<i>kp ferrous sulfate</i>	94
<i>ketoconazole</i>	11	<i>kp fish oil</i>	117
<i>ketoconazole (topical)</i>	179, 180	<i>kp folic acid</i>	133
KETO-DIASTIX TES.....	73	<i>kp mag-oxide magnesium</i>	113
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>	151	<i>kp mens 50+ daily formula</i>	133
<i>ketotifen fumarate (ophth)</i>	151	<i>kp mens daily formula</i>	133
KEVZARA.....	97	KP MENS MIS DAILY PK.....	133
KEYTRUDA	26	<i>kp niacin</i>	133
<i>kids first vitamin d3 gum</i>	133	<i>kp omega-3 fish oil</i>	117
KIDZ MULTVIT CHW PROBIOTI	133	<i>kp vision formula</i>	133
KIMONO COLOR MIS	65	<i>kp vision formula w/lutei</i>	134
KIMONO MICRO MIS THIN.....	65	<i>kp vitamin b-6</i>	134
KIMONO MICRO MIS THIN +	65	<i>kp vitamin d</i>	134
KIMONO MIS LUBRICAT	65	<i>kp vitamin d3</i>	134
KIMONO MIS SENSATIO.....	65	<i>kp vitamin e</i>	134
KIMONO PLUS MIS LUBRICAT	65	<i>kp womens 50+ daily formu</i>	134
KIMONO PLUS MIS SPERMICI.....	65	<i>kp womens daily formula</i>	134
KIMONO SENS MIS PLUS	65	KP WOMENS PAK DAILY	134
KIMONO SPEC MIS	65	KRAZATI.....	26
KINDERLYTE SOL	105	KROG GLUCOSE CHW ORANGE.....	72
KINDERLYTE SOL PREMAX.....	105	KROG GLUCOSE CHW RASPBERRY	72
KINRIX INJ	101	KROG GLUCOSE CHW WATERMLN	72
KISQALI 200 DOSE.....	26	<i>kurvelo</i>	65
KISQALI 200 PAK FEMARA	23	L	
KISQALI 400 DOSE.....	26	<i>labetalol hcl</i>	37
KISQALI 400 PAK FEMARA	23	<i>lacosamide</i>	42
KISQALI 600 DOSE.....	26	<i>lacosamide oral</i>	42
KISQALI 600 PAK FEMARA	23	<i>lactated ringer's solution</i>	107
<i>klor-con</i>	107	<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	185
<i>klor-con 8</i>	107	<i>lactinex</i>	79
<i>klor-con 10</i>	107	LACTINOL HX CRE	185
<i>klor-con m10</i>	107	<i>lactobacillus</i>	79
<i>klor-con m15</i>	107	<i>lactobacillus extra stren</i>	79
<i>klor-con m20</i>	107	<i>lactobacillus probiotic</i>	79
<i>konsyl daily fiber</i>	84	LACTOSE POW	103
KONSYL DAILY FIBER.....	84	LACTOSE POW ANHYDROU.....	103
KONSYL ORIGINAL DAILY FIB.....	84	LACTOSE POW HYDROUS.....	103
KORLYM	73	LACTOSE POW MONOHYDR.....	103
<i>kp adults 50+ daily formu</i>	133	<i>lactulose</i>	84
<i>kp adults daily formula</i>	133	<i>lactulose (encephalopathy)</i>	84
K-PAX TAB PROF ST.....	133	<i>lamivudine</i>	12
<i>kp b complex/c</i>	133		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>lamivudine (hbv)</i>	15	LEVEMIR FLEXTOUCH	60
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	14	<i>levetiracetam</i>	42
<i>lamotrigine</i>	42	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i>	
LANAPHILIC OIN	185	500 mg/100ml.....	43
<i>land before time multivit</i>	134	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i>	
LANOLOR CRE	185	1000 mg/100ml.....	43
<i>lansoprazole</i>	89	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i>	
LANTUS.....	60	1500 mg/100ml	43
LANTUS SOLOSTAR.....	60	<i>levobunolol hcl</i>	152
<i>lapatinib ditosylate</i>	26	<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>	74
<i>l-arginine maximum streng</i>	117	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	157
L-ARGININE POW	117	<i>levofloxacin</i>	18
<i>larin 1.5/30</i>	65	<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	18
<i>larin 1/20</i>	65	<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	18
<i>larin 24 fe</i>	65	<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	18
<i>larin fe 1.5/30</i>	65	<i>levonest</i>	65
<i>larin fe 1/20</i>	65	<i>levonor-eth est tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg</i>	
<i>latanoprost</i>	152	ð est 0.01 mg	65
LATUDA.....	50	<i>levonorgestrel (emergency oc)</i>	66
<i>laxative maximum strength</i>	84	<i>levonorgestrel-eth estra tab</i>	
<i>laxative regular strength</i>	84	0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg	66
<i>layolis fe</i>	65	<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day)</i>	
L-CARNITINE POW	102	tab 0.15-0.03 mg	65
L-CITRULLINE POW.....	102	<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-</i>	
LEADER FINGE CRE.....	185	20 mcg	65
LEADER QUICK DISSOLVE GLU.....	72	<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab</i>	
<i>leena</i>	65	0.15 mg-30 mcg	65
<i>leflunomide</i>	98	<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth</i>	
<i>lenalidomide</i>	22	est tab 0.01mg(7)	65
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE.....	26	<i>levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) & eth</i>	
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE.....	26	est tab 0.01mg(7)	65
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	26	<i>levora 0.15/30-28</i>	66
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	26	<i>levo-t</i>	75
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	26	<i>levothyroxine sodium</i>	75
LENVIMA CAP 14 MG	26	<i>levoxyl</i>	75
LENVIMA CAP 18 MG	26	LEXIVA.....	12
LENVIMA CAP 24 MG	26	L-GLUTAMINE POW	117
<i>lessina</i>	65	L-GLUTATHION CRY	117
<i>letrozole</i>	22	<i>lice killing maximum stre</i>	188
<i>leucovorin calcium</i>	30	<i>lice killing shampoo</i>	188
LEUKERAN.....	20	<i>lice treatment creme rins</i>	188
<i>leuprolide acetate</i>	22	<i>lidocaine</i>	182, 185
<i>levalbuterol hcl</i>	158	<i>lidocaine hcl</i>	182
<i>levalbuterol tartrate</i>	158	<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	8
LEVEMIR	60	<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	189
LEVEMIR FLEXPEN	60	<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>	182

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
LIFE PACK MIS MENS.....	134	<i>loratadine-d 12hr</i>	164
LIFE PACK MIS WOMENS	134	<i>loratadine-d 24hr</i>	164
<i>linezolid</i>	9	<i>lorazepam</i>	40
LINEZOLID INJ 2MG/ML.....	9	<i>lorazepam intensol</i>	40
LINZESS	87	LORBRENA	26
<i>liothyronine sodium</i>	75	LORTUSS LQ LIQ.....	164
LIP BALM OIN BASE	103	<i>loryna</i>	66
LIPOIC ACID	117	<i>losartan potassium</i>	34
LIPOPEN CRE ARBEM	103	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide</i> <i>tab 50-12.5 mg</i>	33
LIQ-10 SYP	117	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide</i> <i>tab 100-12.5 mg</i>	33
LIQ-10 SYP 50-15/5	117	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide</i> <i>tab 100-25 mg</i>	33
LIQUID CALCI CAP WITH D3.....	113	LOTEMAX	151
<i>liquid calcium/d3</i>	113	<i>lovastatin</i>	35
<i>liquid calcium/vitamin d</i>	113	<i>low-ogestrel</i>	66
<i>lisinopril</i>	31	<i>loxapine succinate</i>	50
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-</i> <i>12.5 mg</i>	31	<i>lubricant eye drops</i>	153
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-</i> <i>12.5 mg</i>	31	<i>lubricant eye nighttime</i>	153
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-</i> <i>25 mg</i>	31	<i>lubricating eye drops</i>	153
L-ISOLEUCINE POW	117	<i>lubricating plus eye drop</i>	153
LITHIUM	54	<i>lubricating tears eye dro</i>	153
<i>lithium carbonate</i>	54	<i>lubrifresh p.m.</i>	153
<i>little animals plus iron</i>	134	LUMAKRAS.....	26
LITTLE REMED AER MIST	173	LUMIGAN	152
LITTLE REMEDIES SALINE SP	173	LUMIZYME	74
L-LYSINE HCL POW	102	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	22
L-LYSINE POW.....	103	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	22
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	66	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH.....	74
<i>loestrin 1/20-21</i>	66	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH.....	74
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	66	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH.....	74
<i>loestrin fe 1/20</i>	66	<i>lurasidone hcl</i>	50
LOHIST-D LIQ	164	<i>lutra</i>	66
LOHIST-DM SYP 5-2-10MG	164	L-VALINE POW	117
LOKELMA.....	62	<i>lyleq</i>	66
LOLLIBASE POW.....	103	<i>lyllana</i>	70
LONSURF TAB 15-6.14	21	LYNPARZA	26
LONSURF TAB 20-8.19	21	LYSIPLEX PLUS	134
<i>loperamide hcl</i>	79, 87	LYSODREN	22
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-</i> <i>20 mg/ml)</i>	14	LYTGOBI.....	26
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	14	<i>lyza</i>	66
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	14	M	
<i>loratadine</i>	157	<i>macular health formula</i>	134
<i>loratadine childrens</i>	157	<i>macuvite</i>	134

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>macuvite eye care</i>	134	MAXIMUM D3	134
<i>macuvite/lutein</i>	134	<i>maximum daily green</i>	134
MAG-AL LIQ.....	77	<i>maximum epa</i>	118
<i>mag-al plus</i>	77	<i>maxi-tuss ac</i>	164
<i>mag-al plus xs</i>	77	<i>maxi-tuss g</i>	164
<i>magdelay</i>	113	<i>maxi-tuss gmx</i>	164
MAGDELAY	113	MAXI-TUSS JR LIQ	164
MAG-G	113	MAXI-TUSS LIQ CD.....	164
MAGN CHLORID POW	113	MAXI-TUSS PE LIQ	164
MAGNESIUM	113	MAXI-TUSS PE LIQ JR.....	164
<i>magnesium citrate</i>	84	MAXI-TUSS PE LIQ MAX.....	164
MAGNESIUM CITRATE.....	113	MAXI-TUSS TR LIQ 1.25-30	164
MAGNESIUM EXTRA STRENGTH.....	113	MAXX MIS LUBRICAT.....	66
<i>magnesium gluconate</i>	113	MAXX PLUS MIS SPERMICI	66
MAGNESIUM GLUCONATE	113	M-CLEAR WC LIQ 100-6.33	164
<i>magnesium lactate</i>	113	<i>m-dryl</i>	157
<i>magnesium oxide</i>	77	<i>meclizine hcl</i>	80
<i>magnesium-oxide</i>	113	<i>medela tender care lanoli</i>	185
MAGNESIUM OXIDE.....	113	<i>medicated callus removers</i>	185
MAGNESIUM OXIDE 400.....	113	<i>medicated corn removers</i>	185
<i>magnesium oxide (mg supplement)</i>	113	MEDI-LYTE TAB.....	105
<i>magnesium sulfate</i>	107	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	75
MAGNESIUM SULFATE	107	<i>medroxyprogesterone acetate</i> (contraceptive)	66
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1</i> <i>gm/100ml</i>	107	<i>mefloquine hcl</i>	12
MAGONATE LIQ 1000/5ML.....	113	<i>mega-marathon 100 tr</i>	134
<i>mag-oxide</i>	113	MEGA MULTI TAB MEN.....	134
<i>malathion</i>	188	MEGARED KIDS CHW	118
<i>mapap</i>	3	MEGAVITE TAB FRT/VEG.....	134
<i>mapap acetaminophen extra</i>	3	MEGAVITE TAB GOLD 55+	134
<i>mapap arthritis pain</i>	3	<i>mega vm-80</i>	134
<i>mapap childrens</i>	3	<i>megestrol acetate</i>	22, 75
<i>mapap cold formula multi-</i>	164	<i>megestrol acetate (appetite)</i>	75
<i>maraviroc</i>	12	<i>meijer advanced formula</i>	134
MAR-COF BP LIQ 30-2-7.5	164	<i>meijer advanced formula f</i>	134
MAR-COF CG LIQ 225-7.5	164	<i>meijer c</i>	134
<i>marlissa</i>	66	<i>meijer saline nasal spray</i>	173
MARPLAN.....	46	MEKINIST	26
MATULANE.....	23	MEKTOVI.....	27
MAVYRET PAK 50-20MG	16	<i>meloxicam</i>	5
MAVYRET TAB 100-40MG	16	<i>memantine hcl</i>	45
MAXICHLOR TAB PEH DM	164	<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i> <i>titration pack</i>	45
MAXI DEET	185	MENACTRA INJ	101
MAXIFED TAB 60-360MG	164	M-END DMX LIQ	164
MAXIFED TR TAB 1.25-30	164	M-END PE LIQ	164
MAXIMIN PAK	134		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
MENQUADFI INJ	101	<i>metyrosine</i>	39
MENS 50+ CAP ADVANCED	134	<i>mgo</i>	113
<i>mens daily formula/lycope</i>	134	MG SO4/D5W INJ 10MG/ML.....	107
MENS MULTI CHW	134	MH MACULAR MIS HEALTH	135
MENS MULTI TAB VIT/MIN	134	<i>mibelas 24 fe</i>	66
MENS PAK	134	<i>micafungin sodium</i>	11
MENVEO INJ	101	MICLARA DM LIQ	164
MENVEO SOL	101	MICLARA LQ	157
<i>mercaptopurine</i>	21	<i>miconazole 3</i>	91
<i>meribin</i>	135	<i>miconazole 3 combination</i>	91
<i>meropenem</i>	9	<i>miconazole 3 combo pack</i>	91
<i>mesalamine</i>	82	<i>miconazole 7</i>	91
<i>mesalamine w/ cleanser</i>	82	<i>miconazole nitrate (topical)</i>	179
MESNEX.....	30	<i>miconazole nitrate vaginal</i>	91
<i>metadate er</i>	52	<i>micotrin ac</i>	179
<i>metformin hcl</i>	58, 59	<i>micotrin al</i>	179
<i>methadone hcl</i>	6	MICROCHAMBER MIS	173
<i>methadone hydrochloride i</i>	6	MICRODERM CRE BASE	103
<i>methazolamide</i>	38	<i>microgestin 1.5/30</i>	66
<i>methenamine hippurate</i>	9	<i>microgestin 1/20</i>	66
<i>methimazole</i>	75	<i>microgestin 24 fe</i>	66
<i>methocarbamol</i>	55	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	66
METHOCEL E4M POW PREMIUM	103	<i>microgestin fe 1/20</i>	66
<i>methotrexate sodium</i>	21, 98	<i>micro guard</i>	179
<i>methsuximide</i>	43	MICROLIFE MIS PEAK FLO	173
METHYLCELLUL POW	103	MICROSOME CRE BASE	103
METHYLCELLUL POW 400CPS	103	<i>midodrine hcl</i>	39
METHYLCELLUL POW 1500CPS	103	<i>miglustat</i>	74
METHYLCELLUL POW 4000CPS	103	<i>mili</i>	66
<i>methylphenidate hcl</i>	52	<i>milk of magnesia</i>	85
<i>methylprednisolone</i>	71	<i>milk of magnesia concentr</i>	85
<i>methylprednisolone acetate</i>	71	<i>milltrium senior</i>	135
<i>methylprednisolone sod succ</i>	71	<i>mimvey</i>	70
<i>metoclopramide hcl</i>	80	<i>mineral oil</i>	85
<i>metolazone</i>	38	<i>mineral oil enema</i>	85
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-</i> <i>25 mg</i>	36	<i>minerin creme</i>	185
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-</i> <i>25 mg</i>	36	MINI WRIGHT MIS PFM	173
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-</i> <i>50 mg</i>	36	MINI WRIGHT MIS PFM LOW	173
<i>metoprolol succinate</i>	37	<i>minocycline hcl</i>	20
<i>metoprolol tartrate</i>	37	<i>minoxidil</i>	39
<i>metronidazole</i>	9	<i>mintox maximum strength</i>	77
<i>metronidazole (topical)</i>	185	<i>mintox plus</i>	77
<i>metronidazole vaginal</i>	91	<i>mirtazapine</i>	46
		<i>misoprostol</i>	87
		MITIGARE.....	1
		M-M-R II INJ	101

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
M-NATAL PLUS TAB	108	MUCINEX FREE LIQ CLG/FLU	165
<i>moexipril hcl</i>	31	MUCINEX FREE LIQ DAY/NIGH	165
MOISTURIZING CRE	185	MUCINEX JUNI TAB COLD/FLU	165
<i>moisturizing cream</i>	186	MUCINEX JUNI TAB COUGH	165
<i>molindone hcl</i>	50	<i>mucinex multi-symptom col</i>	165
<i>mometasone furoate</i>	181	MUCINEX NIGH SOL CLEAR	165
MONJUVI	27	MUCINEX NIGH SOL COLD/FLU	165
MONOFERRIC	94	MUCINEX NIGH SOL SV CD/FL	165
<i>mono-lynyah</i>	66	MUCINEX SINS CAP PR/PN/CG	165
<i>montelukast sodium</i>	171	<i>mucinex sinus-max</i>	165
MORE-DOPHILUS ACIDOPHILUS	79	<i>mucinex sinus-max clear &</i>	165
<i>morphine sulfate</i>	6, 7	<i>mucinex sinus-max night t</i>	165
MORPHINE SULFATE	7	<i>mucinex sinus-max severe</i>	165
MORPHINE SULFATE/SODIUM C	7	<i>mucinex sinus-max sinus/a</i>	165
<i>motion sickness relief</i>	81	MUCINEX SOL NIGHT	165
<i>motion sickness relief/le</i>	81	<i>mucosa</i>	166
<i>motion-time</i>	81	<i>mucosa dm</i>	166
MOVANTIK	88	<i>mucus & cough relief chil</i>	166
<i>moxifloxacin hcl</i>	18	<i>mucus d</i>	166
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	150	<i>mucus-dm maximum strength</i>	166
<i>m-pap</i>	3	<i>mucus relief</i>	166
MUCINEX CAP DAY/NGHT	164	<i>mucus relief childrens</i>	166
MUCINEX CAP FAST-MAX	164	<i>mucus relief cough childr</i>	166
MUCINEX CGH GRA 5-100MG	164	<i>mucus relief dm</i>	166
<i>mucinex childrens freefor</i>	164	<i>mucus relief dm cough</i>	166
<i>mucinex childrens stuffy</i>	164	<i>mucus relief dm maximum s</i>	166
MUCINEX CHIL LIQ	164	<i>mucus relief er</i>	166
MUCINEX CHLD MIS DAY/NITE	164	<i>mucus relief maximum stre</i>	166
<i>mucinex cough childrens</i>	165	<i>mucus relief pe sinus con</i>	166
MUCINEX D/N CAP CLD/FLU	165	MULTAQ	35
MUCINEX D/N PAK FAST/MAX	165	<i>multi + omega-3 adult gum</i>	135
MUCINEX FAST CAP COLD/FLU	165	MULTI ADULT CHW EXTRA C	135
<i>mucinex fast-max chest co</i>	165	<i>multi adult gummies</i>	135
<i>mucinex fast-max cold/flu</i>	165	MULTI-BETIC TAB DIABETES	135
<i>mucinex fast-max cold & s</i>	165	<i>multi complete/iron</i>	135
<i>mucinex fast-max congesti</i>	165	<i>multi-day</i>	135
<i>mucinex fast-max day time</i>	165	<i>multi-day plus iron</i>	135
<i>mucinex fast-max dm max</i>	165	<i>multi-day plus minerals</i>	135
<i>mucinex fast-max dm max m</i>	165	MULTI-DELYN LIQ /IRON	135
<i>mucinex fast-max night ti</i>	165	<i>multi for her</i>	135
MUCINEX FAST MIS DAY/NGHT	165	<i>multi for her 50+</i>	135
MUCINEX FAST TAB 5-10-200	165	<i>multi for him</i>	135
MUCINEX FOR KIDS	165	<i>multi for him 50+</i>	135
<i>mucinex freefrom cold, fl</i>	165	MULTI FOR POW HIM	135
<i>mucinex freefrom severe c</i>	165	<i>multilex</i>	135
MUCINEX FREE LIQ CLD/FLU	165	MULTILEX TAB	135

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>multilex-t&m</i>	136	MULTI VITAMI TAB D-3	135
MULTILEX T&M TAB	135	MULTI-VITAMI TAB MONOCAPS	135
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	107	MULTI VITAMN TAB MINERALS.....	135
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	107	MULTI-VITE LIQ	135
<i>multiple vitamin/minerals</i>	136	MULT VITAM DRO.....	135
<i>multiple vitamins essenti</i>	136	<i>mupirocin</i>	178
<i>multiple vitamins/womens</i>	136	MURO 128	153
<i>multi symptom flu & sever</i>	166	MVASI.....	27
<i>multi-vitamin</i>	135	MVW COMPLETE CAP D3000	137
<i>multivitamin</i>	136	MVW COMPLETE CAP D5000	137
<i>multivitamin adult one da</i>	136	MVW COMPLETE CAP FORMULAT	137
<i>multivitamin adults</i>	136	MVW COMPLETE CAP MINIS.....	137
<i>multivitamin adults 50+</i>	136	MVW COMPLETE CHW GRAPE	137
<i>multivitamin childrens</i>	136	MVW COMPLETE DRO PEDIATRI.....	137
MULTIVITAMIN CHW ADULT.....	136	<i>mvw complete formulation</i>	137
MULTIVITAMIN CHW CHILD	136	MX-SOL BLEND SUS	103
MULTIVITAMIN CHW CHILDREN.....	136	MX-SOL BLEND SUS SF	103
MULTIVITAMIN CHW IRON	136	MX-SOL SF SYP	103
<i>multi vitamin daily</i>	135	MX-SOL SUS SUSPEND	103
<i>multi-vitamin daily</i>	135	MX-SOL SYP	103
MULTIVITAMIN DRO /IRON.....	136	<i>myamulti</i>	137
<i>multivitamin/extra vitami</i>	137	<i>my choice</i>	66
<i>multi-vitamin gummies</i>	135	<i>mycophenolate mofetil</i>	100
<i>multivitamin gummies adul</i>	136	<i>mycophenolate sodium</i>	100
<i>multivitamin gummies chil</i>	136	<i>myferon 150</i>	94
<i>multivitamin gummies mens</i>	136	MYRBETRIQ.....	90
<i>multivitamin gummies wome</i>	136	<i>my-vitalife</i>	137
MULTIVITAMIN LIQ.....	136	<i>my way</i>	66
<i>multivitamin men 50+</i>	136		
<i>multivitamin men 50+ one</i>	136	N	
<i>multivitamin mens</i>	136	<i>nabumetone</i>	5
<i>multivitamin & mineral</i>	136	<i>nadolol</i>	37
<i>multi-vitamin/minerals</i>	135	<i>nafcillin sodium</i>	19
<i>multi-vitamin/multi-miner</i>	135	NAGLAZYME.....	74
<i>multi-vitamins</i>	135	<i>nalbuphine hcl</i>	7
<i>multivitamins</i>	137	<i>naloxone hcl</i>	57
<i>multi-vitamins/iron</i>	135	<i>naltrexone hcl</i>	57
MULTIVITAMIN TAB.....	136	NAMZARIC CAP 7-10MG	45
MULTIVITAMIN TAB ADULT	136	NAMZARIC CAP 14-10MG	45
MULTIVITAMIN TAB ADULTS	136	NAMZARIC CAP 21-10MG.....	45
MULTIVITAMIN TAB ZINC STR.....	136	NAMZARIC CAP 28-10MG.....	45
<i>multivitamin women</i>	136	NAMZARIC CAP PACK.....	45
<i>multivitamin women 50+</i>	136	NANOVM POW 1-3 YRS	137
<i>multivitamin women 50+ ad</i>	136	NANOVM POW 4-8YEARS	137
<i>multivitamin womens</i>	136	NANOVM POW 9-18 YRS.....	137
MULTI VITAMI TAB.....	135	NANOVM T/F POW.....	137

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>naproxen</i>	5	<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op</i>	
<i>naproxen sodium</i>	5	<i>oin</i>	150
<i>naratriptan hcl</i>	53	<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	149
NASADROPS SALINE ON THE G	173	NEOQ10	118
<i>nasal decongestant</i>	166	NEPHPLEX RX TAB	137
<i>nasal decongestant maximu</i>	166	NEPHRONEX LIQ 0.9/5ML	137
<i>nasal decongestant pe</i>	166	NEPHRON FA TAB	94
<i>nasal decongestant pe max</i>	166	NERLYNX	27
<i>nasal decongestant spray</i>	166	NEUPRO	48
<i>nasal four</i>	166	NEUTROGENA CRE HAND	186
<i>nasal moist</i>	173	<i>nevirapine</i>	13
<i>nasal moisturizing spray</i>	173	<i>new day</i>	66
<i>nasal relief</i>	166	NEXAVAR	27
<i>nasal spray 12 hour</i>	166	<i>niacin</i>	137
<i>nasal spray extra moistur</i>	166	<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	36
<i>nasal spray no drip</i>	166	NIACIN TR	137
NASCOBAL	137	<i>nicardipine hcl</i>	38
<i>nasogel</i>	173	<i>nicotine</i>	57
NASOPEN PE LIQ	166	<i>nicotine mini lozenge</i>	57
NATACYN	150	<i>nicotine polacrilex</i>	57
<i>nateglinide</i>	59	<i>nicotine polacrilex mini</i>	57
NATPARA	61	NICOTINE SYS KIT TRANSDER	57
NATRAPEL	186	<i>nicotine transdermal syst</i>	57
NATRAPEL 12-HOUR TICK & I	186	NICOTROL INHALER	57
<i>natural c/rose hips</i>	137	NICOTROL NS	57
<i>natural fiber laxative</i>	85	<i>nifedipine</i>	38
<i>natural vitamin d-3</i>	137	NIFEREX TAB	94
<i>natural vitamin e</i>	137	<i>nighttime cold/flu/maximu</i>	166
NATURAL VITAMIN E	137	<i>nighttime cold/flu relief</i>	166
NAYZILAM	43	<i>nighttime cough</i>	166
<i>nebivolol hcl</i>	37	<i>nikki</i>	66
<i>necon 0.5/35-28</i>	66	<i>nilutamide</i>	22
<i>nefazodone hcl</i>	46	<i>nimodipine</i>	38
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-</i>		NINJACOF-A LIQ	166
<i>400unt-10000unt op oin</i>	150	NINJACOF LIQ	166
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol</i>		NINJACOF-XG LIQ 200-8/5	166
<i>1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	150	NINLARO	27
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth</i>		<i>nitazoxanide</i>	10
<i>oint 0.1%</i>	150	<i>nitisinone</i>	74
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth</i>		NITRO-BID	40
<i>susp 0.1%</i>	150	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	10
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	150	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	10
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	154	<i>nitroglycerin</i>	40
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp</i>		NIVANEX DMX TAB	166
<i>3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	154	NIVEA CRE	186
<i>neomycin sulfata</i>	9	NIVEA SOFT CRE	186

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>nizatidine</i>	82	NOVOLIN INJ 70/30.....	60
<i>no drip nasal spray</i>	166	NOVOLIN INJ 70/30 FP.....	60
<i>nohist-dm</i>	167	NOVOLIN N.....	60
<i>nohist-lq</i>	167	NOVOLIN N FLEXPEN.....	60
<i>nora-be</i>	66	NOVOLIN R.....	60
NOREL AD TAB 4-10-325.....	167	NOVOLIN R FLEXPEN.....	60
<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab</i> <i>1 mg-20 mcg (24)</i>	67	NOVOLOG.....	60
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab</i> <i>1 mg-20 mcg</i>	67	NOVOLOG FLEXPEN.....	60
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab</i> <i>1.5 mg-30 mcg</i>	67	NOVOLOG MIX INJ 70/30.....	60
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab</i> <i>1 mg-20 mcg</i>	67	NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN.....	60
<i>norethindrone acetate</i>	75	NOVOLOG PENFILL.....	61
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab</i> <i>0.5 mg-2.5 mcg</i>	70	NOXAFIL.....	11
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab</i> <i>1 mg-5 mcg</i>	70	NUBEQA.....	22
<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab</i> <i>1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	67	NUDEXTA CAP 20-10MG.....	54
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	67	NUFERA TAB.....	94
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew</i> <i>tab 0.4 mg-35 mcg</i>	67	<i>nu-iron 150</i>	94
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew</i> <i>tab 0.8 mg-25 mcg</i>	67	NULOJIX.....	100
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-</i> <i>25/0.25-25 mg-mcg</i>	67	NU-MAG TAB 71.5-119.....	113
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-</i> <i>35/0.25-35 mg-mcg</i>	67	NUPLAZID.....	50
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab</i> <i>0.25 mg-35 mcg</i>	67	NURTEC.....	53
<i>norlyroc</i>	67	NUTRADERM CRE.....	186
NORPACE CR.....	35	NUTRILIPID.....	108
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	67	NUZYRA.....	20
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	67	<i>nyamyc</i>	179
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	67	<i>nylia 1/35</i>	67
<i>nortrel 7/7/7</i>	67	<i>nylia 7/7/7</i>	67
<i>nortriptyline hcl</i>	46	NYMALIZE.....	38
NORVIR.....	13	<i>nymyo</i>	67
<i>norwegian salmon oil</i>	118	<i>nystatin</i>	11
NOVAFERRUM 50.....	94	<i>nystatin (mouth-throat)</i>	189
NOVAFERRUM 125.....	94	<i>nystatin (topical)</i>	179
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROP.....	94	<i>nystop</i>	179
<i>novaferrum pediatric mult</i>	137	O	
NOVAMV PED DRO 10MG/ML.....	137	<i>ocean for kids</i>	173
		<i>ocella</i>	67
		OCTAGAM.....	99
		<i>octreotide acetate</i>	74
		OCULAR TAB VITAMINS.....	137
		<i>ocutabs</i>	137
		<i>ocutabs/lutein</i>	137
		<i>ocutabs vision formula</i>	137
		OCUVITE CAP ADULT.....	137
		<i>ocuvite extra</i>	138
		<i>ocuvite eye + multi</i>	138
		<i>ocuvite eye health gummie</i>	138

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
OCUVITE LUTE CAP	138	<i>omega essentials basic</i>	118
<i>ocuvite/lutein</i>	138	<i>omega iii epa+dha</i>	118
ODEFSEY TAB	14	OMEGAPURE CAP 780 EC	118
ODOMZO	27	OMEGAPURE CAP 900 EC	118
<i>odorless coated fish oil/</i>	118	<i>omeprazole</i>	89
OFEV	173	<i>omeprazole magnesium</i>	89
OFF ACTIVE	186	<i>omera</i>	118
OFF DEEP WOODS	186	OMNICAP TAB	138
OFF DEEP WOODS DRY	186	OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO.....	61
OFF DEEP WOODS SPORTSMEN	186	OMNIPOD 5 G6 MIS PODS.....	61
OFF DEEP WOODS TOWELETTES.....	186	OMNIPOD DASH KIT INTRO.....	61
OFF FAMILYCARE CLEAN FEEL	186	OMNIPOD DASH MIS PODS.....	61
OFF FAMILYCARE SMOOTH & D	186	OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY.....	61
OFF FAMILYCARE TROPICAL F.....	186	OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY	61
OFF FAMILYCARE UNSCENTED.....	186	OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	61
OFF SMOOTH & DRY.....	186	OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY	61
<i>ofloxacin (ophth)</i>	150	OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY	61
<i>ofloxacin (otic)</i>	154	OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY	61
OGIVRI.....	27	OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY.....	61
OGIVRI INJ 420MG.....	27	OMNIPOD MIS CLASSIC	61
OINTMENT OIN BASE	186	OMNIPOD PDM KIT CLASSIC.....	61
<i>olanzapine</i>	50	<i>once daily</i>	138
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 20-5-12.5 mg</i>	33	<i>once daily/iron</i>	138
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 40-5-12.5 mg</i>	33	ONCOVITE TAB	138
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 40-5-25 mg</i>	33	<i>ondansetron</i>	81
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 40-10-12.5 mg</i>	33	<i>ondansetron hcl</i>	81
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 40-10-25 mg</i>	33	ONE-A-DAY CHW IMMUNITY	138
<i>olmesartan medoxomil</i>	34	ONE-A-DAY CHW VITACRAV	138
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 20-12.5 mg</i>	33	ONE-A-DAY TAB 50+ ADV	138
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 40-12.5 mg</i>	33	ONE-A-DAY TAB 65+	138
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 40-25 mg</i>	33	ONE-A-DAY TAB ENERGY	138
<i>olopatadine hcl</i>	151	ONE-A-DAY TAB MENOPAUS.....	139
OMEGA-3 2100 CAP 1050MG	118	ONE-A-DAY TAB MENS.....	139
OMEGA-3 CAP 350MG	118	ONE-A-DAY TAB TEEN/HIM	139
OMEGA-3 CAP 1400MG	118	ONE-A-DAY TAB WOMENS	139
OMEGA-3 CAP FISH OIL	118	<i>one-a-day teen advantage</i>	139
<i>omega-3 fatty acids</i>	118	<i>one daily adults 50+</i>	138
OMEGA BABY EMU PRENATAL	118	ONE-DAILY CAP MULTI.....	139
		<i>one daily complete</i>	138
		<i>one daily for men 50+ adv</i>	138
		<i>one daily for men/lycopen</i>	138
		<i>one daily for women</i>	138
		<i>one daily for women 50+a</i>	138
		<i>one daily healthy weight</i>	138
		<i>one-daily/iron</i>	139
		<i>one daily/iron/calcium</i>	138

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>one daily maximum</i>	138	<i>oralyte freezer pops</i>	105
<i>one daily mens 50+ multiv</i>	138	ORA-PLUS LIQ.....	103
<i>one daily mens health/lyc</i>	138	ORA-SWEET SF SYP.....	103
<i>one daily/minerals</i>	138	ORA-SWEET SYP	103
<i>one-daily multi-vitamin</i>	139	<i>orazinc</i>	113
<i>one daily multivitamin ad</i>	138	ORGOVYX.....	22
<i>one-daily multi-vitamin/i</i>	139	ORKAMBI GRA 75-94MG	173
<i>one daily multivitamin/ir</i>	138	ORKAMBI GRA 100-125	173
<i>one-daily multi-vitamin/m</i>	139	ORKAMBI GRA 150-188	173
<i>one-daily multi vitamins</i>	139	ORKAMBI TAB 100-125	173
ONE-DAILY PAK MULT-VIT	139	ORKAMBI TAB 200-125.....	173
ONE-DAILY PAK VIT/MIN.....	139	ORSERDU.....	22
ONE DAILY TAB ESSENTL.....	138	<i>os-cal</i>	113
ONE DAILY TAB MENS 50+	138	<i>os-cal calcium + d3</i>	113
ONE DAILY TAB WMNS 50+	138	<i>os-cal extra d3</i>	113
ONE DAILY TAB WOMANS	138	<i>oseltamivir phosphate</i>	16
<i>one daily womens 50+</i>	138	OTEZLA	97
<i>one daily womens 50 plus</i>	138	OTEZLA TAB 10/20/30	97
ONTRUZANT	27	<i>ovega-3</i>	118
ONUREG.....	21	OVIDREL.....	74
<i>opcicon one-step</i>	67	<i>oxacillin sodium</i>	19
OPSUMIT	40	<i>oxaliplatin</i>	20, 21
OPTICHAMBER MIS DIA LG	173	<i>oxcarbazepine</i>	43
OPTICHAMBER MIS DIA MD.....	173	<i>oxybutynin chloride</i>	90
OPTICHAMBER MIS DIAMOND.....	173	<i>oxycodone hcl</i>	7, 8
OPTICHAMBER MIS DIA SM	173	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-</i> <i>325 mg</i>	8
<i>optic-vites</i>	139	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i> 8	
OPTIFAST POS CHW BARIATRI	139	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-</i> <i>325 mg</i>	8
<i>optimal d3</i>	139	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-</i> <i>325 mg</i>	8
OPTIMAL D3 M	139	OXYCONTIN	6
OPTIMAL D3 M CAP.....	139	OXYTROL FOR WOMEN	90
<i>optimal d3 pack</i>	139	<i>oysco 500</i>	113
<i>optimum pms</i>	139	<i>oysco 500+d</i>	113
<i>option 2</i>	67	OYS SHELL CA TAB 500 + D	113
OPTISOURCE CHW BARIATRC.....	139	OYS SHL CALC PAK VIT D	113
OPURITY CHW BYPASS.....	139	<i>oystercal</i>	114
ORA-BLEND SF SUS.....	103	<i>oystercal-d</i>	114
ORA-BLEND SUS	103	<i>oyster shell</i>	114
ORACIT SOL	90	<i>oyster shell calcium + d</i>	114
ORAL MIX SF SUS.....	103	<i>oyster shell calcium+d</i>	114
ORAL MIX SUS SUSPENDI.....	103	<i>oyster shell calcium + d3</i>	114
ORAL SUSPEND LIQ.....	103	<i>oyster shell calcium 250+</i>	114
ORAL SUSPEND SUS PLUS	103	<i>oyster shell calcium 500+</i>	114
ORAL SYP FLAVORED.....	103		
ORAL SYP SF.....	103		
<i>oralyte</i>	105		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>oyster shell calcium/d3</i>	114	<i>pedia vance</i>	105
<i>oyster shell calcium plus</i>	114	PEDIAVENT	157
<i>oyster shell calcium/vita</i>	114	PED POLY-VIT DRO.....	139
OYST SHELL/D TAB 500MG	113	PED POLY-VIT DRO /IRON.....	139
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE)	59	PEDVAX HIB	101
OZEMPIC (1MG/DOSE).....	59	PEG 1000 LIQ	103
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8MG/3ML ...	59	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for</i> <i>soln 236 gm</i>	85
P		<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420</i> <i>gm</i>	85
<i>pacerone</i>	35	PEG 3350 POW	104
<i>paclitaxel</i>	23	PEGASYS	16
<i>paclitaxel protein-bound particles for iv susp</i> <i>100 mg</i>	23	PEG BLEND OIN	104
<i>pain & fever childrens</i>	3	PEG OIN	104
<i>pain & fever infants</i>	3	PEMAZYRE	27
<i>pain relief extra strengt</i>	3	<i>pemetrexed disodium</i>	21
<i>paliperidone</i>	50	PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	19
<i>pamidronate disodium</i>	62	PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	19
PAMIDRONATE DISODIUM.....	61	<i>penicillamine</i>	62
PANDA MASK MIS LARGE.....	173	<i>penicillin g potassium</i>	19
PANDA MASK MIS MEDIUM	173	PENICILLIN G PROCAINE	19
PANDA MASK MIS PEDIATRI	174	<i>penicillin g sodium</i>	19
PANDA MASK MIS SMALL	174	<i>penicillin v potassium</i>	19
PANRETIN	186	PEN-KERA CRE	186
<i>pantoprazole sodium</i>	89	PENTACEL INJ.....	101
PANZYGA.....	99	<i>pentamidine isethionate inh</i>	10
<i>paraplatin</i>	21	<i>pentamidine isethionate inj</i>	10
<i>paricalcitol</i>	76	<i>pentoxifylline</i>	96
<i>paromomycin sulfate</i>	10	PENTRAVAN CRE.....	186
<i>paroxetine hcl</i>	46	PENTRAVAN CRE PLUS	186
PARVLEX TAB.....	139	<i>perindopril erbumine</i>	31
PCCA BASE CRE 7542	103	<i>perlogard</i>	189
PCCA EMOLLIE CRE BASE	103	<i>permethrin</i>	188
<i>pc pediatric iron drops</i>	94	<i>perphenazine</i>	50
<i>pc pediatric tri-vitamin</i>	139	PERSERIS.....	50
PEAK AIR FLO MIS ADLT/PED.....	174	PERSONAL BES MIS FULL RNG.....	174
PEAK FLOW MIS METER.....	174	PERSONAL BES MIS LOW RANG	174
PEAK FLW MTR MIS ADULT	174	PETROLATUM OIN	186
PEAK FLW MTR MIS CHILD.....	174	PFCB CRE	104
PEDIACLEAR PD CHILDRENS	157	<i>pfizerpen</i>	19
PEDIA-LAX.....	85	<i>pharbedryl</i>	157
PEDIARIX INJ 0.5ML	101	<i>pharbetol</i>	3
<i>pediatric electrolyte</i>	105	<i>pharbetol extra strength</i>	3
<i>pediatric electrolyte fre</i>	105	PHARMABASE CRE ANTIOXID	104
<i>pediatric electrolyte/zin</i>	105	PHARMABASE CRE COSMETIC	104
PEDIATRIC LIQ CGH/COLD	167	PHARMABASE CRE LIGHT	104

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
PHARMABASE CRE VAGINAL.....	104	<i>piroxicam</i>	5
<i>pharmacist choice d-vitam</i>	139	PLASMA-LYTE INJ -148	107
<i>phenelzine sulfate</i>	46	PLASMA-LYTE INJ -A.....	107
<i>phenobarbital</i>	43	<i>plenamine</i>	108
<i>phenobarbital sodium</i>	43	PLENVU SOL	85
<i>phenylephrine hcl (oral)</i>	167	PNA-HRT BASE CRE.....	104
<i>phenylephrine w/ dm-gg liqd 10-18-</i> <i>200 mg/15ml</i>	167	POCKET CHAMB MIS	174
<i>phenylephrine w/ dm-gg tab 10-17.5-</i> <i>385 mg</i>	167	POCKET PEAK MIS METER	174
<i>phenytek</i>	43	POCKETPEAK MIS MTR LOW	174
<i>phenytoin</i>	43	POCKET SPACE MIS.....	174
<i>phenytoin sodium</i>	43	<i>podofilox</i>	186
<i>phenytoin sodium extended</i>	43	<i>poly bacitracin</i>	178
PHESGO SOL.....	27	POLYBASE OIN.....	104
<i>philith</i>	67	<i>polycin ophth oint</i>	150
PHLEXY-VITS POW.....	139	<i>polyethylene glycol 3350</i>	85
PHYTOBASE CRE.....	104	POLY GLYCOL POW 8000.....	104
PHYTOMULTI TAB	139	POLY-HIST DM LIQ 5-25-10.....	167
<i>phytonadione</i>	139	POLY HIST FO TAB 10.5-10	167
PICODERM CRE	104	<i>poly-iron 150</i>	94
PIFELTRO	13	<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000</i> <i>unit/ml-0.1%</i>	150
PIKO 1 MIS ELECTRON	174	<i>polysaccharide iron complex</i>	94
<i>pilocarpine hcl</i>	152	POLY-TUSSIN LIQ 10-4-10.....	167
<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	189	POLYTUSSIN SYP 5-10-1MG.....	167
<i>pimozide</i>	50	POLY-VENT DM TAB.....	167
<i>pimtrea</i>	67	POLY-VENT IR TAB 60-380MG	167
<i>pin-away</i>	10	POLY-VI-SOL DRO 50MG/ML	140
<i>pindolol</i>	37	POLY-VI-SOL SOL 50MG/ML.....	140
<i>pinworm medicine</i>	10	POLY-VI-SOL SOL IRON	140
<i>pioglitazone hcl</i>	59	POLY-VITA DRO.....	140
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375</i> <i>gm (3-0.375 gm)</i>	19	POLY-VITA/FE DRO.....	140
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25</i> <i>gm (2-0.25 gm)</i>	19	<i>poly vitamin</i>	140
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5</i> <i>gm (4-0.5 gm)</i>	19	<i>polyvitamin/iron</i>	140
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5</i> <i>gm (12-1.5 gm)</i>	19	POLY-VITE DRO.....	140
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5</i> <i>gm (36-4.5 gm)</i>	20	POLY-VITE SOL /IRON.....	140
PIQRAY 200MG DAILY DOSE.....	27	POMALYST	22
PIQRAY 250MG TAB DOSE.....	27	PORENAL+D CAP OMEGA 3	140
PIQRAY 300MG DAILY DOSE.....	27	<i>portia-28</i>	68
<i>pirfenidone</i>	174	<i>posaconazole</i>	11
<i>pirmella 1/35</i>	68	<i>potassium chloride</i>	107, 108
		POTASSIUM CHLORIDE.....	107
		<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in</i> <i>dextrose 5% inj</i>	107
		<i>potassium chloride microencapsulated</i> <i>crystals er</i>	108
		<i>potassium citrate (alkalinizer)</i>	90

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
POTASSIUM CRY BROMIDE	104	PROBIOTIC CAP.....	80
<i>potassium & sodium phosphates powder</i>		<i>probiotic gold extra stre</i>	80
<i>pack 280-160-250 mg</i>	114	PRO-CAL TAB.....	140
POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ	107	PROCARE MIS ADULT	174
POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.45% INJ	107	PROCARE MIS CHILD.....	174
POT CHL 40MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ	107	PROCERV HP TAB.....	140
<i>povidone-iodine</i>	186	<i>prochlorperazine</i>	81
PRALUENT	36	<i>prochlorperazine edisylate</i>	81
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	48	<i>prochlorperazine maleate</i>	81
<i>prasugrel hcl</i>	96	PROCRIT	92
<i>pravastatin sodium</i>	35	<i>procto-med hc</i>	186
<i>praziquantel</i>	10	<i>proctosol hc</i>	186
<i>prazosin hcl</i>	32	<i>proctozone-hc</i>	186
PRECISN XTRA TES KETONE.....	74	PROFE	94
<i>prednisolone</i>	71	PROGRAF	100
<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	151	PROLASTIN-C	174
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP	151	PROLENSA.....	151
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	71	PROLIA	62
<i>prednisone</i>	71	PROMACTA	96
PREDNISONA INTENSOL.....	71	<i>promethazine-dm syrup 6.25-15 mg/5ml</i> ...	167
<i>pregabalin</i>	43	<i>promethazine hcl</i>	81
PREHEVBRIO.....	101	<i>promethazine-phenylephrine-codeine syrup</i>	
PREMASOL SOL 10%	108	<i>6.25-5-10 mg/5ml</i>	167
PRENATAL TAB 27-1MG.....	108	<i>promethazine vc/codeine</i>	167
PRENATAL TAB PLUS	108	<i>promethazine w/ codeine syrup 6.25-</i>	
PRESERVISION CAP AREDS.....	140	<i>10 mg/5ml</i>	167
PRESERVISION CAP AREDS 2.....	140	<i>pronutrients calcium+d3</i>	114
PRESERVISION CAP LUTEIN	140	<i>propafenone hcl</i>	35
PRESERVISION CHW AREDS 2	140	<i>proparacaine hcl</i>	153
PRESERVISION TAB AREDS	140	<i>propranolol hcl</i>	37
PRETTY FEET CRE & HANDS.....	186	PROPYLENE GL LIQ.....	104
<i>prevalite</i>	36	<i>propylthiouracil</i>	75
<i>prevent</i>	140	PROQUAD INJ.....	101
PREVYMIS	16	PRO-RED AC SYP 5-1-9/5.....	167
PREZCOBIX TAB 800-150.....	14	PRORENAL+D CAP OMEGA-3	140
PREZISTA	13	PRORENAL +D TAB	140
PRIFTIN	15	PRORENAL+D TAB.....	140
<i>primaquine phosphate</i>	12	<i>prosight</i>	140
PRIMAQUINE PHOSPHATE	12	<i>prosight w/lutein</i>	140
<i>primidone</i>	43	PROSOL INJ 20%	108
PRIORIX INJ.....	101	PROTECT CAP CARDIO	140
PRIVIGEN	99	PROTECT CAP PLUS SO	140
<i>probenecid</i>	1	PROTECT IRON LIQ	140
<i>probiata</i>	79	PROTEGRA CAP.....	140
<i>probiotic acidophilus</i>	79	<i>protriptyline hcl</i>	46
<i>probiotic acidophilus sup</i>	79	PROXEED PLUS PAK	140

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
PSE-GUAIFEN TAB 60-375MG.....	167	qc allergy relief.....	157, 176
pseudoephed-bromphen-dm syrup 30-2-10 mg/5ml.....	167	qc allergy/sinus headache.....	167
pseudoephedrine-guaifenesin tab er 12hr 60-600 mg	167	qc antacid	77
pseudoephedrine-guaifenesin tab er 12hr 120-1200 mg	167	qc antacid/anti-gas.....	77
pseudoephedrine hcl	167	qc antacid/anti-gas maxim.....	77
PULMICORT FLEXHALER	176	qc anti-diarrheal.....	80
PULMOZYME.....	174	qc anti-itch extra streng	186
pure calcium carbonate	114	qc arthritis pain relief.....	3
pure l-arginine hcl.....	118	qc aspirin.....	3
PURE L-CITRULLINE.....	118	qc aspirin low dose	3
purevit dualfe plus	94	qc calcium fast dissoluti	114
pureway-c	140	qc calcium/minerals/vitam	114
PURIXAN.....	21	QC CASTOR OIL.....	104
px advanced formula multi	140	qc childrens allergy	157
px b complex/vitamin c.....	140	qc childrens chewable com.....	141
px calcium&d	114	qc childrens chewable vit	141
px childrens vitamin.....	140	qc childrens ibuprofen	5
px complete senior multiv.....	140	qc daily multivitamins/ir.....	141
px fish oil	118	qc enema	85
px folic acid.....	140	qc enteric aspirin	3
PX GLUCOSE CHW FRUIT	72	qc esomeprazole magnesium.....	89
PX GLUCOSE CHW ORANGE.....	72	qc ferrous sulfate	95
PX GLUCOSE CHW RASPBERRY	72	qc fexofenadine hydrochlo	157
PX GLUCOSE CHW SOUR APL	72	qc gas relief extra stren.....	88
px iron.....	94	qc gentle laxative	85
px mens multivitamins	141	qc ibuprofen	5
px niacin	141	qc ibuprofen cold/sinus	167
px saline nasal spray.....	174	qc lansoprazole	89
px vitamin a.....	141	qc loratadine allergy rel.....	157
px vitamin c.....	141	qc loratadine-d.....	167
px vitamin e.....	141	qc magnesium citrate	85
pyrazinamide.....	15	qc maximum daily multivit.....	141
pyridostigmine bromide.....	54	qc medifin 400.....	167
pyridoxine hcl	141	qc medifin dm	168
PYRIDOXINE POW HCL	141	qc mens daily multivitami	141
		qc miconazole 7	91
Q		qc milk of magnesia.....	85
qc 3 day vaginal cream	91	qc mineral oil heavy.....	85
qc acetaminophen 8 hours.....	3	qc mucus relief.....	168
qc acid controller	82	qc mucus relief er 12 hou	168
qc acid controller maximu	82	qc multi-vite	141
qc all day allergy	157	qc multi-vite 50 & over	141
qc allergy childrens	157	qc naproxen sodium.....	5
		qc natura-lax	85
		qc non-aspirin childrens	3
		qc non-aspirin extra stre	3

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>qc omeprazole magnesium</i>	89	<i>ra calcium 600</i>	114
<i>qc pain relief</i>	3	<i>ra calcium 600 plus vitam</i>	114
<i>qc pain relief childrens</i>	3	<i>ra calcium 600/vit d/mine</i>	114
<i>qc pain relief extra stre</i>	3	<i>ra calcium citrate plus v</i>	114
<i>qc povidone iodine</i>	186	<i>ra calcium citrate/vitami</i>	114
<i>qc stool softener</i>	85	<i>ra calcium/minerals/vitam</i>	114
<i>qc stool softener plus la</i>	85	<i>ra calcium plus vitamin d</i>	114
<i>qc stool softener plus st</i>	85	<i>ra central-vite womens ma</i>	141
<i>qc suphedrine maximum str</i>	168	<i>ra chewable vitamins comp</i>	141
<i>qc therin-m</i>	141	<i>ra coenzyme q-10</i>	119
<i>qc tolnaftate</i>	179	<i>radiance platinum vitamin</i>	142
<i>qc triple antibiotic maxi</i>	178	<i>ra digestive health</i>	80
<i>qc tussin cf</i>	168	RA ESSENCE-C POW ORANGE.....	141
<i>qc tussin dm cough & ches</i>	168	RA ESSENCE-C POW RASPBRY.....	141
<i>qc tussin mucus + chest c</i>	168	RA ESSENCE-C POW TNGERINE.....	141
<i>qc womens daily multivita</i>	141	<i>ra fish oil</i>	119
Q-DERM CRE.....	104	<i>ra folic acid</i>	141
Q-GEL.....	118	<i>ra hi cal</i>	114
<i>q-gel forte</i>	118	<i>ra high potency iron</i>	95
<i>q-gel mega</i>	118	<i>ra iron</i>	95
<i>q-gel ultra</i>	118	<i>ra l-arginine</i>	119
QINLOCK.....	27	<i>raloxifene hcl</i>	74
<i>q-sorb</i>	118	<i>ra magnesium</i>	114
<i>q-sorb co q-10</i>	118	<i>ramipril</i>	32
QUADRACEL INJ.....	101	RANGER READY REPELLENT.....	187
QUADRACEL INJ 0.5ML.....	101	<i>ra niacin</i>	141
<i>quetiapine fumarate</i>	50	<i>ra no flush niacin 500</i>	141
<i>quinapril hcl</i>	32	<i>ranolazine</i>	39
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 10-</i> <i>12.5 mg</i>	31	<i>ra one daily energy formu</i>	141
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-</i> <i>12.5 mg</i>	31	<i>ra one daily essential</i>	141
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	31	<i>ra one daily maximum</i>	141
QUIN B TAB STRONG.....	141	<i>ra one daily mens 50+ wit</i>	142
<i>quinidine sulfate</i>	35	<i>ra one daily mens/vitamin</i>	142
<i>quinine sulfate</i>	12	<i>ra one daily womens/vitam</i>	142
<i>quintabs-m</i>	141	<i>ra pediatric electrolyte</i>	105
QUINTABS-M TAB.....	141	<i>rasagiline mesylate</i>	48
QUINTABS TAB.....	141	<i>ra saline nasal spray</i>	174
R		<i>ra slow release iron</i>	95
RA ADVANCED HEALING.....	187	RA STERILE SALINE NASAL M.....	174
RABAVERT INJ.....	101	<i>ra vitamin a</i>	142
RA B-COMPLEX TAB VIT C TR.....	141	<i>ra vitamin b-6</i>	142
<i>rabeprazole sodium</i>	89	<i>ra vitamin c</i>	142
<i>ra biotin</i>	141	<i>ra vitamin c/rose hips</i>	142
		<i>ra vitamin d-3</i>	142
		<i>ra vitamin e</i>	142
		RAYALDEE.....	76

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>react</i>	68	REPEL SPORTSMEN DRY	187
REALITY MIS LUBRICAT	68	REPEL SPORTSMEN MAX	187
<i>reclipsen</i>	68	REPEL TICK DEFENSE	187
RECOMBIVAX HB	101	REPHRESH CAP PRO-B	80
RECTIV	187	REPLESTA	142
<i>reeses pinworm medicine</i>	10	REPLESTA NX	142
<i>refresh celluvisc</i>	153	RESCON TAB 2-60MG	168
REFRESH DRO OP	153	RESTASIS	153
REFRESH DRO RELIEVA	153	RESTASIS MULTIDOSE	153
REFRESH GEL OPTIVE	153	RETEVMO	27
<i>refresh lacri-lube</i>	153	REVLIMID	22
REFRESH LIQUIGEL	153	REXULTI	50
REFRESH OPTI DRO 0.5-0.9%	153	REYATAZ	13
REFRESH OPT SOL MEGA-3	153	REZLIDHIA	27
<i>refresh p.m.</i>	153	REZUROCK	100
REFRESH RELI DRO 0.5-0.9%	153	RHOPRESSA	152
REFRESH SOL DIGITAL	153	<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	16
REFRESH SOL OPTIVE	153	<i>rifabutin</i>	15
REGRANEX	188	<i>rifampin</i>	15
<i>rehydralyte</i>	105	<i>riluzole</i>	54
REJUVACARE CRE PLUS	104	<i>rimantadine hydrochloride</i>	16
RELENZA DISKHALER	16	RINVOQ	97
RELISTOR	88	RISABAL-PH CRE	187
<i>remedy antifungal</i>	179	RISACAL-D TAB	114
REMEDY DIMETHICONE MOISTU	187	<i>risedronate sodium</i>	62
REMEDY NUTRASHIELD	187	RISPERDAL CONSTA	50
REMEDY SKIN REPAIR	187	<i>risperidone</i>	50, 51
REMICADE	97	RITEFLO MIS	174
<i>renal caps</i>	142	<i>ritonavir</i>	13
<i>renal multivitamin formul</i>	142	<i>rivastigmine</i>	45
<i>renal vitamin</i>	142	<i>rivastigmine tartrate</i>	45
<i>renal-vite</i>	142	<i>rivelsa</i>	68
<i>renaplex</i>	142	<i>rizatriptan benzoate</i>	53
RENAPLEX-D TAB	142	<i>robafen cf multi-symptom</i>	168
<i>rena-vite</i>	142	<i>robafen dm cough</i>	168
<i>rena-vite rx</i>	142	<i>robafen dm cough/chest co</i>	168
RENFLEXIS	97	<i>robafen mucus/chest conge</i>	168
<i>reno caps</i>	142	ROCKLATAN DRO	152
<i>repaglinide</i>	59	<i>roflumilast</i>	174
REPEL 100	187	<i>ropinirole hydrochloride</i>	48
REPEL FAMILY	187	<i>rosuvastatin calcium</i>	35
REPEL FAMILY DRY	187	ROTARIX SUS	101
REPEL HUNTERS FORMULA	187	ROTATEQ SOL	101
REPEL LEMON SPR INSECT	187	<i>roweepira</i>	43
REPEL MOSQUITO WIPES	187	ROZLYTREK	27
REPEL SPORTSMEN	187	RUBRACA	27

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>rufinamide</i>	43	<i>scalpicin maximum strengt</i>	181
RU-HIST D TAB 4-10MG	168	SCAR CARE CRE	104
RUKOBIA	13	SCEMBLIX.....	27
RYBELSUS	59	SCOOBY-DOO CHW.....	142
RYDAPT.....	27	<i>scopolamine</i>	81
RYDEX LIQ	168	<i>sea-omega</i>	119
RYMED TAB 2-10MG.....	168	<i>sea-omega 30</i>	119
<i>rynex dm</i>	168	SEBEX SHA	187
<i>rynex pe</i>	168	SECUADO	51
<i>rynex pse</i>	168	<i>selegiline hcl</i>	48
S		<i>selenium sulfide</i>	180
<i>sajazir</i>	96	SELZENTRY	13
SALICYLIC POW ACID	104	<i>senexon</i>	85
<i>saline</i>	174	<i>senexon-s</i>	85
<i>saline mist</i>	174	<i>senior tabs</i>	142
SALTSTABLE CRE	104	<i>senna-lax</i>	85
<i>sam-e.p.a.</i>	119	<i>senna laxative</i>	85
SANDIMMUNE	100	<i>senna plus</i>	85
SANTYL.....	188	SENNA PLUS CAP 8.6-50MG.....	85
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	74	<i>senna regular strength</i>	85
<i>savision</i>	142	<i>senna-tabs</i>	86
SAWYER INSECT REPELLENT	187	<i>senna-time</i>	86
SAWYER INSECT REPELLENT C.....	187	<i>senna-time s</i>	86
SAWYER PREMIUM INSECT REP.....	187	<i>sennosides</i>	86
<i>sb 12hr nasal spray</i>	168	<i>sennosides-docusate sodium tab 8.6-</i> <i>50 mg</i>	86
<i>sb acid reducer</i>	82	<i>senokot extra strength</i>	86
<i>sb allergy</i>	157	SENSI-CARE CRE MOISTURI.....	187
<i>sb antacid</i>	77	<i>senry</i>	142
<i>sb antacid extra strength</i>	77	<i>senry senior</i>	142
<i>sb anti-diarrhea</i>	80	SENTRY TAB.....	142
<i>sb calcium + d</i>	114	SENTRY TAB SENIOR	142
<i>sb cough control</i>	168	SEREVENT DISKUS.....	158
<i>sb coughtab</i>	168	<i>sertraline hcl</i>	47
<i>sb loratadine</i>	157	SESAME OIL	104
<i>sb milk of magnesia</i>	85	<i>se-tan plus</i>	95
<i>sb mucus relief dm</i>	168	<i>setlakin</i>	68
<i>sb mucus relief pe</i>	168	<i>sevelamer carbonate</i>	75
<i>sb naproxen sodium</i>	6	<i>severe cold/cough</i>	168
<i>sb omega-3 fish oil</i>	119	<i>severe cold & flu</i>	168
<i>sb oyster shell calcium</i>	114	<i>sharobel</i>	68
<i>sb pediatric electrolyte</i>	106	SHINGRIX.....	101
<i>sb povidone-iodine</i>	187	SIGNIFOR.....	74
<i>sb saline nose</i>	174	<i>silace</i>	86
<i>sb tab tussin dm</i>	168	<i>siladryl allergy</i>	157
<i>sb vitamin c</i>	142	<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> . 40	

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>siltussin-dm</i>	168	<i>sm allergy relief nasal s</i>	176
<i>siltussin dm das</i>	168	<i>sm animal shapes complete</i>	142
<i>siltussin sa</i>	168	<i>sm animal shapes kids fir</i>	142
<i>silver sulfadiazine</i>	178	<i>sm antacid</i>	77
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	152	<i>sm antacid advanced</i>	77
<i>simethicone</i>	88	<i>sm antacid advanced maxi</i>	77
<i>simethicone drops infants</i>	88	<i>sm antacid/antigas</i>	77
<i>simethicone ultra strengt</i>	88	<i>sm antibiotic</i>	178
<i>simliya</i>	68	<i>sm antibiotic plus pain r</i>	178
<i>simpesse</i>	68	<i>sm anti-diarrheal</i>	80
SIMPLY SALINE.....	174	<i>sm antifungal clotrimazol</i>	179
<i>simvastatin</i>	35	<i>sm antifungal miconazole</i>	179
<i>sinus + headache</i>	168	<i>sm antifungal tolnaftate</i>	179
<i>sinus 12 hour</i>	168	<i>sm anti-itch extra streng</i>	187
<i>sinus congestion/pain</i>	169	<i>sm antioxidant vitamins</i>	142
<i>sinus congestion & pain s</i>	168	<i>sm arthritis pain relief</i>	3
<i>sinus nasal spray</i>	169	<i>sm arthritis pain relieve</i>	3
<i>sinus pressure/pain/adult</i>	169	<i>sm aspirin</i>	3
<i>sinus relief extra streng</i>	169	<i>sm aspirin adult low stre</i>	3
<i>sinus relief severe conge</i>	169	<i>sm aspirin enteric coated</i>	3
SINUS WASH CRY SALT.....	174	<i>sm aspirin low dose</i>	3
<i>sirolimus</i>	100	<i>sm athletes foot</i>	179
SIRTURO	15	SM B-COMPLEX TAB /VIT C.....	143
SIVEXTRO	10	SM BENZOIN TIN	187
SKYRIZI	98	<i>sm biotin</i>	143
SKYRIZI PEN	98	<i>sm b super vitamin comple</i>	143
<i>slow iron</i>	95	<i>sm calcium 500/vitamin d3</i>	114
<i>slow magnesium chloride/</i>	114	<i>sm calcium 600+d3</i>	115
SLOW-MAG TAB	114	<i>sm calcium 600/vitamin d</i>	115
SLOW-MAG TAB 71.5-119	114	<i>sm calcium antacid</i>	77
<i>slow release iron</i>	95	<i>sm calcium antacid extra</i>	77
<i>slow-release iron</i>	95	<i>sm calcium citrate+vitami</i>	115
SLOW RELEASE IRON	95	<i>sm calcium citrate+ w/vit</i>	115
<i>sm 3-day vaginal</i>	91	<i>sm calcium citrate/vitami</i>	115
<i>sm 8 hour pain relief</i>	3	<i>sm calcium citrate w/vita</i>	115
<i>sm 12 hour sinus deconges</i>	169	<i>sm calcium /vitamin d</i>	115
<i>sm acidophilus</i>	80	<i>sm calcium/vitamin d</i>	115
<i>sm acid reducer</i>	82	<i>sm calcium/vitamin d3</i>	115
<i>sm acid reducer maximum s</i>	82	<i>sm castor oil</i>	86
<i>sm adult aspirin</i>	3	<i>sm chest congestion relie</i>	169
<i>sm all day allergy</i>	157	<i>sm childrens aspirin</i>	4
<i>sm all day allergy childr</i>	157	<i>sm childrens ibuprofen</i>	6
<i>sm all day allergy-d</i>	169	<i>sm childrens loratadine</i>	158
<i>sm allergy 4 hour</i>	157	<i>sm clearlax</i>	86
<i>sm allergy childrens</i>	157	<i>sm clotrimazole vaginal</i>	91
<i>sm allergy relief</i>	158	<i>sm coenzyme q-10</i>	119

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>sm cold & cough dm childr</i>	169	<i>sm lice treatment</i>	188
<i>sm cold & flu severe</i>	169	<i>sm loratadine</i>	158
<i>sm cold & sinus relief</i>	169	<i>sm loratadine allergy rel</i>	158
<i>sm complete</i>	143	<i>sm lorata-dine d</i>	169
<i>sm complete 50+</i>	143	<i>sm loratadine d 12hr</i>	169
<i>sm complete 50+ ultimate</i>	143	<i>sm lubricant eye drops</i>	153
<i>sm complete advanced form</i>	143	<i>sm lubricating plus</i>	154
<i>sm complete senior formul</i>	143	<i>sm lubricating tears</i>	154
<i>sm co q-10</i>	119	<i>sm magnesium</i>	115
<i>sm coq-10</i>	119	<i>sm magnesium citrate</i>	86
<i>sm cough dm</i>	169	<i>sm miconazole 3</i>	91
<i>sm day time cold & flu re</i>	169	<i>sm miconazole 7</i>	91
<i>sm daytime liquid caps</i>	169	<i>sm milk of magnesia</i>	86
<i>sm double antibiotic</i>	178	<i>sm motion sickness</i>	81
<i>sm dry eye relief</i>	153	<i>sm mucus relief</i>	169
<i>sm ear drops</i>	189	<i>sm mucus relief/12 hour</i>	169
<i>sm enema</i>	86	<i>sm mucus relief cough chi</i>	169
<i>sm epsom salt</i>	86	<i>sm mucus relief maximum s</i>	169
<i>sm esomeprazole magnesium</i>	89	<i>sm multiple vitamins esse</i>	143
<i>sm eye itch relief</i>	151	<i>sm multiple vitamins/iron</i>	143
<i>sm fexofenadine hydrochlo</i>	158	<i>sm naproxen sodium</i>	6
<i>sm fiber</i>	86	<i>sm nasal decongestant max</i>	169
<i>sm fiber laxative</i>	86	<i>sm nasal decongestant pe</i>	169
<i>sm fish oil</i>	119	<i>sm nasal spray</i>	169
SM FISH OIL CAP 554MG	119	<i>sm nasal spray 12 hour</i>	169
<i>sm folic acid</i>	143	<i>sm nasal spray moisturizi</i>	169
<i>sm gas relief</i>	88	<i>sm nasal spray saline</i>	175
<i>sm gas relief antifatuen</i>	88	<i>sm nasal spray sinus</i>	169
<i>sm gas relief drops infan</i>	88	<i>sm niacin cr</i>	143
<i>sm gas relief extra stren</i>	88	<i>sm nicotine</i>	57
<i>sm gentle laxative</i>	86	<i>sm nicotine polacrilex</i>	57
SM GLUCOSE	72	<i>sm nicotine transdermal s</i>	57
SM GLUCOSE CHW ORANGE	72	<i>sm nite time cold & flu</i>	169
SM GLUCOSE CHW RASPBERRY	72	<i>sm nose drops nasal decon</i>	169
<i>sm hair/skin/nails</i>	143	<i>sm omega-3 fish oil</i>	119
<i>sm hydrocortisone</i>	181	<i>sm omeprazole</i>	89
<i>sm hydrocortisone maximum</i>	181	SM ONE DAILY TAB MENS	143
<i>sm hydrocortisone plus</i>	181	SM ONE DAILY TAB WOMENS	143
<i>sm ibuprofen</i>	6	<i>sm opti-vitamins</i>	143
<i>sm ibuprofen ib</i>	6	<i>sm oyster shell calcium/v</i>	115
<i>sm ibuprofen ib childrens</i>	6	<i>sm pain & fever childrens</i>	4
<i>sm infants ibuprofen</i>	6	<i>sm pain & fever infants</i>	4
<i>sm iron</i>	95	<i>sm pain relief extra stre</i>	4
<i>sm iron slow release</i>	95	<i>sm pain reliever</i>	4
<i>sm lansoprazole</i>	89	<i>sm pain reliever children</i>	4
<i>sm lice killing maximum s</i>	188	<i>sm pain reliever extra st</i>	4

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>sm pediatric electrolyte</i>	106	<i>sodium phenylbutyrate</i>	74
<i>sm povidone-iodine</i>	187	<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	62
<i>sm senna laxative</i>	86	SODIUM POW BICARBON	78
<i>sm senna-s</i>	86	<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-</i> <i>1.6 gm/177ml</i>	86
<i>sm slow release iron</i>	95	<i>solifenacin succinate</i>	90
SM SLOW RELEASE IRON	95	SOLIQUA INJ 100/33	61
<i>sm stomach relief</i>	80	SOLO TAB	143
<i>sm stomach relief liquid</i>	80	SOLTAMOX	22
<i>sm stool softener</i>	86	<i>soluble fiber</i>	86
<i>sm stool softener plus la</i>	86	SOLU-CORTEF	71
<i>sm stool softener/stimula</i>	86	<i>soluvita e</i>	143
<i>sm super b complex-vitami</i>	143	SOMATULINE DEPOT	74
<i>sm triple antibiotic</i>	178	SOMAVERT	74
<i>sm triple antibiotic orig</i>	178	SOOTHE & COOL FREE MEDSEP	187
<i>sm triple antibiotic plus</i>	178	SOOTHE & COOL FREE MOISTU	187
<i>sm tussin cf</i>	169	<i>soothe & cool inzo antifu</i>	179
<i>sm tussin dm</i>	169	SOOTHE & COOL PROTECT MOI	188
<i>sm tussin dm cough/chest</i>	169	<i>soothing - 12 hour nasal</i>	170
<i>sm tussin dm max/cough +</i>	169	SOOTH SALINE AER NASAL	175
<i>sm tussin mucus + chest c</i>	170	<i>sorafenib tosylate</i>	27
<i>sm urinary pain relief</i>	90	SORBIDON CRE HYDRATE	188
<i>sm urinary pain relief ma</i>	90	SORBITOL	86
<i>sm vitamin b-6</i>	143	SORBOLENE CRE	188
<i>sm vitamin b6</i>	143	<i>sorine</i>	35
<i>sm vitamin b complex with</i>	143	SOSWEET SYP	104
<i>sm vitamin c</i>	143	<i>sotalol hcl</i>	35
<i>sm vitamin c/rose hips</i>	143	<i>sotalol hcl (afib/af)</i>	35
<i>sm vitamin d</i>	143	SPACE CHAMBR MIS ANTI-STA	175
<i>sm vitamin d3</i>	143	SPACE CHAMBR MIS LARGE	175
SM VITAMIN D3 MAXIMUM STR	143	SPACE CHAMBR MIS MEDIUM	175
<i>sm vitamin e</i>	143	SPACE CHAMBR MIS SMALL	175
<i>sm vitamin e blended</i>	143	SPACER CHAMB MIS ADULT	175
<i>sm vit c/rose hips</i>	143	SPACER CHAMB MIS CHILD	175
SOD BENZOATE POW	104	SPECTRAVITE CHW ADLT 50+	143
SOD BROMIDE GRA	104	SPECTRAVITE TAB	144
SOD CHLORIDE GRA	115	SPECTRAVITE TAB ADLT 50+	144
<i>sodium bicarbonate (antacid)</i>	78	SPECTRAVITE TAB ADULTS	144
<i>sodium chloride</i>	107	SPECTRAVITE TAB MEN 50+	144
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i>	189	SPECTRAVITE TAB SENIOR	144
<i>sodium chloride hypertonic</i>	154	SPECTRAVITE TAB ULT MEN	144
<i>sodium chloride (inhalant)</i>	170	SPECTRAVITE TAB ULT WMN	144
<i>sodium ferric gluconate complex in</i> <i>sucrose</i>	95	<i>spironolactone</i>	32
<i>sodium fluoride chew\; tab\; 1.1 (0.5 f) mg/ml</i> <i>soln</i>	108	<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab</i> <i>25-25 mg</i>	38
SODIUM OXYBATE	55	<i>sprintec 28</i>	68

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
SPRITAM	43, 44	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg</i>	10
SPRYCEL	27	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg</i>	10
<i>sps</i>	62	SULFAMYLON	178
<i>sronyx</i>	68	<i>sulfasalazine</i>	82
<i>ssd</i>	178	<i>sulindac</i>	6
STAHIST AD TAB 25-60MG	170	<i>sumatriptan</i>	53, 54
STELARA	98	<i>sumatriptan succinate</i>	54
<i>stimulant laxative</i>	86	<i>sunitinib malate</i>	28
STIVARGA	27	SUNLENCA	13
<i>st joseph low dose aspiri</i>	4	<i>sunvite advanced</i>	144
STL SOFT/LAX CAP 8.6-50MG	86	SUPER ANTIOX CAP	144
<i>stomach relief</i>	80	<i>super antioxidant/a/c/e/s</i>	144
<i>stomach relief extra stre</i>	80	<i>super aytinal 50 plus</i>	144
<i>stomach relief ultra</i>	80	<i>super aytinal for active</i>	144
<i>stool softener</i>	87	<i>super b-complex/folic aci</i>	144
<i>stool softener + stimulan</i>	87	<i>super b-complex/vitamin c</i>	144
<i>stool softener laxative</i>	87	<i>super biotin</i>	144
<i>stool softener plus laxat</i>	87	<i>super b with c</i>	144
<i>streptomycin sulfate</i>	10	<i>super calcium</i>	115
<i>stress b-complex/vitamin</i>	144	<i>super calcium 600 + d3</i>	115
<i>stress b/zinc</i>	144	<i>super calcium 600+d3 400</i>	115
<i>stress formula</i>	144	<i>super calcium 600+d 400</i>	115
<i>stress formula/iron</i>	144	SUPER DAILY D3	144
<i>stress formula w/iron</i>	144	<i>super dha gems</i>	119
<i>stress formula/zinc</i>	144	<i>super multiple</i>	144
<i>stresstabs advanced</i>	144	<i>super nu-thera</i>	144
<i>stresstabs energy</i>	144	<i>super omega-3</i>	119
STRIBILD TAB	14	<i>superplex-t</i>	144
STROVITE ONE TAB	144	SUPER POW NU-THERA	144
STUDIO 35 CRE MOIST	188	<i>super thera vite m</i>	144
<i>subvenite</i>	44	SUPER TWIN CAP EPA/DHA	119
<i>sucralfate</i>	88	<i>super vita-mins</i>	144
<i>sudogest</i>	170	<i>suphedrine 12hour maximum</i>	170
<i>sudogest 12 hour</i>	170	SUPREP BOWEL SOL PREP KIT	87
<i>sudogest maximum strength</i>	170	SWEETENING S SYP COMPOUND	104
<i>sudogest sinus & allergy</i>	170	<i>syeda</i>	68
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	177	SYMBICORT AER 80-4.5	176
<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i>	151	SYMBICORT AER 160-4.5	177
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	150	SYMDEKO TAB 50-75MG	175
<i>sulfadiazine</i>	10	SYMDEKO TAB 100-150	175
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml</i>	10	SYMJEPI	175
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml</i>	10	SYMPAZAN	44
		SYMTUZA TAB	15
		SYNAREL	69

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
SYNJARDY TAB 5-500MG.....	59	<i>taztia xt</i>	38
SYNJARDY TAB 5-1000MG	59	TAZVERIK.....	28
SYNJARDY TAB 12.5-500	59	TDVAX INJ 2-2 LF	101
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	59	TECENTRIQ.....	28
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	59	TEFLARO.....	17
SYNJARDY XR TAB 10-1000.....	59	<i>telmisartan</i>	34
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000MG.....	59	<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i>	33
SYNJARDY XR TAB 25-1000	59	<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i>	33
SYNRIBO	23	<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i>	33
SYNTHROID.....	76	<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i>	34
SYRPALTA	104	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-</i> <i>12.5 mg</i>	34
SYRSPEND SF LIQ	104	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i> <i>12.5 mg</i>	34
SYRSPEND SF SUS	104	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i> <i>25 mg</i>	34
SYRSPEND SF SUS ALKA	104	<i>temazepam</i>	53
SYSTANE GEL DRO 0.4-0.3%	154	TENIVAC INJ 5-2LF.....	101
SYSTANE ICAP CHW AREDS2	144	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	13
<i>systane icaps areds2</i>	145	TEPMETKO	28
SYSTANE ICAP TAB AREDS2.....	145	<i>terazosin hcl</i>	32
<i>systane nighttime</i>	154	<i>terbinafine hcl</i>	11
SYSTANE OVERNIGHT THERAPY	154	<i>terbinafine hcl (topical)</i>	180
T		<i>terbutaline sulfate</i>	158
<i>tab-a-vite</i>	145	<i>terconazole vaginal</i>	91
<i>tab-a-vite/iron</i>	145	TERIPARATIDE	62
<i>tab-a-vite multivitamin/i</i>	145	<i>testosterone</i>	57
TAB-A-VITE TAB IRON/BET	145	<i>testosterone cypionate</i>	57
<i>tab-a-vite w/beta caroten</i>	145	<i>testosterone enanthate</i>	57
TABLOID.....	21	<i>tetrabenazine</i>	54, 55
TABRECTA	28	<i>tetracycline hcl</i>	20
<i>tacrolimus</i>	100	<i>tgt calcium + vitamin d3</i>	115
<i>tacrolimus (topical)</i>	188	THALOMID.....	22
TAFINLAR.....	28	THEO-24	175
TAGRISO	28	<i>theophylline</i>	175
<i>take action</i>	68	THEOPHYLLINE POW ANHYDROU.....	104
TALTZ.....	98	<i>thera</i>	145
TALZENNA	28	<i>therabasic-m</i>	145
<i>tamoxifen citrate</i>	22	<i>thera-d 2000</i>	145
<i>tamsulosin hcl</i>	90	THERA-D 4000	145
<i>tarina 24 fe</i>	68	<i>thera-d rapid repletion</i>	145
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	68	<i>theraflu expressmax sever</i>	170
TARON FORTE CAP	95	THERAFLU FLU PAK SORE THR.....	170
TASIGNA	28	<i>theragran-m fish oil conc</i>	119
<i>tasimelteon</i>	53	THERAGRAN-M TAB	145
<i>tazarotene</i>	180	<i>theragran-m tab 50 plus</i>	145
<i>tazicef</i>	17		
TAZORAC	180		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
THERAGRAN-M TAB ADVANCED	145	<i>tobramycin (ophth)</i>	151
THERAGRAN-M TAB PREMIER.....	145	<i>tobramycin sulfate</i>	10
<i>thera-m</i>	145	<i>tolnaftate</i>	180
THERAMILL CAP FORTE.....	145	<i>tolnaftate antifungal</i>	180
THERA M PLUS TAB	145	<i>tolterodine tartrate</i>	90
THERA-M TAB	145	<i>topiramate</i>	44
THERAPEUTIC CRE MOISTUR	188	<i>toemifene citrate</i>	22
THERAPEUTIC DANDRUFF.....	188	<i>torse mide</i>	39
<i>therapeutic formula/hemat</i>	145	<i>total b/c</i>	146
<i>therapeutic-m</i>	145	<i>totalday multiple</i>	146
<i>therapeutic-m/lutein</i>	145	TOTAL HOME SPR INSECT	188
<i>therapeutic multi vitamin</i>	145	TOUJEO MAX SOLOSTAR	61
THERA TAB	145	TOUJEO SOLOSTAR.....	61
<i>thera-tabs</i>	145	TPN ELECTROL INJ	107
THERA-TABS M TAB	145	TRADJENTA	59
<i>theratrum complete</i>	145	<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	8
<i>theratrum complete 50 plu</i>	145	<i>tramadol hcl</i>	8
<i>theravim -m</i>	145	<i>trandolapril</i>	32
<i>thera vital m</i>	145	<i>tranexamic acid</i>	96
<i>therems</i>	145	<i>tranylcypromine sulfate</i>	47
THEREMS-H TAB	145	TRAVASOL INJ 10%.....	108
THEREMS-M TAB.....	146	TRAZIMERA.....	28
THEREMS TAB MULTIVIT	145	<i>trazodone hcl</i>	47
THERMOTABS TAB	106	TRECATOR	15
<i>theromega</i>	119	TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG .	154
<i>the very finest fish oil</i>	119	TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	154
<i>thiamine hcl</i>	146	<i>treprostinil</i>	40
<i>thioridazine hcl</i>	51	TRESIBA	61
<i>thiothixene</i>	51	TRESIBA FLEXTOUCH.....	61
<i>tiadylt er</i>	38	<i>tretinoin</i>	177
<i>tiagabine hcl</i>	44	<i>tretinoin (chemotherapy)</i>	23
TIBSOVO	28	<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i>	189
TICOVAC	101	<i>triamcinolone acetonide (topical)</i>	181, 182
<i>tigecycline</i>	20	<i>triaminic fever & cold mu</i>	170
TIGECYCLINE	20	TRIAMINIC SOL COLD/CGH	170
<i>tilia fe</i>	68	TRIAMINIC SYP COLD/CGH.....	170
<i>timolol maleate</i>	37	<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-</i> <i>25 mg</i>	39
<i>timolol maleate (ophth)</i>	152	<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-</i> <i>25 mg</i>	39
TIVICAY	13	<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-</i> <i>50 mg</i>	39
TIVICAY PD	13	<i>tricon</i>	95
<i>tizanidine hcl</i>	55	<i>trientine hcl</i>	62
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	150	<i>tri-estarylla</i>	68
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	150	TRIFERIC	95
<i>tobramycin</i>	10		
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-</i> <i>0.1%</i>	150		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>trifluoperazine hcl</i>	51	TRUSELTIQ 50MG DAILY DOSE	28
<i>trifluridine</i>	151	TRUSELTIQ 75MG DAILY DOSE	28
<i>trigels-f forte</i>	95	TRUSELTIQ 100MG DAILY DOSE	28
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	48	TRUSELTIQ 125MG DAILY DOSE	28
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG ..	59	TRUSTEX LUBR MIS ASSORTED	68
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG ..	59	TRUSTEX LUBR MIS BANANA	68
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5- 1000MG	59	TRUSTEX LUBR MIS CHOC	68
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG ..	59	TRUSTEX LUBR MIS COLA	68
TRIKAFTA PAK 59.5MG	175	TRUSTEX LUBR MIS COLORS	69
TRIKAFTA PAK 75MG	175	TRUSTEX LUBR MIS EX LARGE	69
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	175	TRUSTEX LUBR MIS EX STR	69
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	175	TRUSTEX LUBR MIS GRAPE	69
<i>tri-legest fe</i>	68	TRUSTEX LUBR MIS RIB/STUD	69
<i>tri-lynyah</i>	68	TRUSTEX LUBR MIS SPERMICI	69
<i>tri-lo-estarylla</i>	68	TRUSTEX LUBR MIS STRWBRY	69
<i>tri-lo-marzia</i>	68	TRUSTEX LUBR MIS VANILLA	69
<i>tri-lo-mili</i>	68	TRUSTEX MIS BANANA	69
<i>tri-lo-sprintec</i>	68	TRUSTEX MIS CHOCOLAT	69
<i>trimethoprim</i>	10	TRUSTEX MIS FLAVORS	69
<i>tri-mili</i>	68	TRUSTEX MIS MINT	69
<i>trimipramine maleate</i>	47	TRUSTEX MIS STRWBRY	69
TRINTELLIX	47	TRUSTEX MIS VANILLA	69
<i>tri-nymyo</i>	68	TRUSTEX/RIA MIS LUBRICAT	69
<i>triphrocaps</i>	146	TRUSTEX/RIA MIS NON-LUB	69
<i>triple antibiotic</i>	178	TRUSTEX/RIA MIS SPERMICI	69
<i>triple antibiotic + pain</i>	178	TRUSTX NON-9 MIS RIB/STUD	69
<i>triple antibiotic plus</i>	178	TRUXIMA	28
<i>triprolidine hcl</i>	158	TRUZONE PEAK MIS FLOW MTR	175
<i>tri-sprintec</i>	68	TUKYSA	28
TRIUMEQ PD TAB	15	TUMS CHEWY DELIGHTS	78
TRIUMEQ TAB	15	<i>tums smoothies</i>	78
TRI-VI-SOL SOL A/C/D	146	TURALIO	28
TRI-VITAMIN DRO	146	TUSNEL C SYP	170
<i>trivora-28</i>	68	<i>tusnel diabetic</i>	170
<i>tri-vylibra</i>	68	TUSNEL-DM DRO PEDIATRC	170
<i>tri-vylibra lo</i>	68	TUSNEL LIQ	170
TRIZIVIR TAB	15	TUSNEL PED DRO 7.5-50	170
TR MAG COMPL CAP 400MG	115	TUSNEL PEDI LIQ 15-5-50	170
TROGARZO	13	TUSNEL TAB	170
TROPHAMINE INJ 10%	108	<i>tussin cf</i>	170
<i>tropical liquid nutrition</i>	146	<i>tussin cf multi-symptom c</i>	170
<i>trospium chloride</i>	90	<i>tussin cf severe multi-sy</i>	170
TRUEPLUS GLUCOSE GEL	72	<i>tussin cough</i>	170
TRULICITY	59	<i>tussin dm</i>	170
TRUMENBA INJ	101	<i>tussin dm cough + chest c</i>	170
		<i>tussin dm maximum strengt</i>	170

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>tussin mucus + chest cong</i>	170	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-</i>	
<i>tussin mucus & chest cong</i>	170	<i>25 mg</i>	34
<i>tussin multi-symptom cold</i>	170	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-</i>	
TWINRIX INJ.....	101	<i>12.5 mg</i>	34
TYBOST.....	13	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-</i>	
<i>tydemy</i>	69	<i>25 mg</i>	34
TYPHIM VI	101	VALTOCO 5 MG DOSE	44
TYRVAYA.....	154	VALTOCO 10 MG DOSE.....	44
U		VALTOCO 15 MG DOSE	44
U-BASE CRE	104	VALTOCO 20 MG DOSE	44
<i>ultrachoice advanced form</i>	146	<i>value plus glucose</i>	72
<i>ultra choice multivitamin</i>	146	VANACOF DMX LIQ	170
<i>ultra freeda</i>	146	VANACOF LIQ	171
<i>ultra freeda/iron</i>	146	<i>vanadom</i>	55
<i>ultra lubricating eye dro</i>	154	VANALICE GEL 0.3-3.5%	188
ULTRA MEGA G TAB 75MG CR	146	VANATAB DM TAB 5-9-198.....	171
ULTRA MEGA G TAB 100MG	146	<i>vancomycin hcl</i>	10
ULTRA MEGA TAB 75MG CR.....	146	VANCOMYCIN INJ 1 GM	10
ULTRA MEGA TAB TWO.....	146	VANCOMYCIN INJ 500MG	10
ULTRA MENS MIS PACK	146	VANCOMYCIN INJ 750MG.....	10
<i>ultra omega-3</i>	119	VANFLYTA.....	28
ULTRA OMEGA3 CAP 1400MG.....	119	VANIBASE CRE.....	105
ULTRA POTENC TAB WOMEN 50.....	146	VANICREAM CRE.....	188
ULTRATHON INSECT REPELLEN	188	VANISHING CRE BOTANCAL	105
UNICOMPLEX-M TAB.....	146	VAQTA	101
UNISPEND ANH SUS SWEETENE.....	104	<i>varenicline tartrate</i>	57
<i>unithroid</i>	76	<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x</i>	
UPCAL D POW	115	<i>1 mg start pack</i>	57
UPSPRINGBABY DRO MV/IRON.....	146	VARIVAX.....	101
UPSPRING BABY VITAMIN D.....	146	VASCEPA.....	36
<i>urinary pain relief</i>	90	<i>velivet</i>	69
<i>ursodiol</i>	88	VELPHORO	75
V		VELTASSA	62
<i>valacyclovir hcl</i>	16	VELVACHOL CRE	188
VALCHLOR.....	188	VEMLIDY	16
<i>valganciclovir hcl</i>	16	VENCLEXTA.....	28
<i>valproate sodium</i>	44	VENCLEXTA TAB START PK	29
<i>valproic acid</i>	44	VENEXA FE TAB	146
<i>valsartan</i>	34	VENEXA TAB	146
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i>		<i>venlafaxine hcl</i>	47
<i>12.5 mg</i>	34	VENOFER	95
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-</i>		VENTAVIS.....	40
<i>12.5 mg</i>	34	VENTOLIN HFA.....	158
		VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK)....	158
		VENTRIXYL FE TAB.....	146
		VENTRIXYL TAB.....	146

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>verapamil hcl</i>	38	VITALETS CHW CHILD	147
VERQUVO	39	VITAMENT PAK	147
VERSACLOZ	51	<i>vitamin a</i>	147
VERSATILE CRE BASE	105	VITAMIN A PALMITATE	147
VERSIGEL CRE	105	<i>vitamin b complex-c</i>	147
VERZENIO	29	<i>vitamin b complex/vitamin</i>	147
<i>vestura</i>	69	VITAMIN C	147
V-GO 20 KIT	61	VITAMIN D2	147
V-GO 30 KIT	61	<i>vitamin d3</i>	147
V-GO 40 KIT	61	VITAMIN D3	147
VICTOZA	59	<i>vitamin d3 adult gummies</i>	147
<i>vienna</i>	69	<i>vitamin d3 extra strength</i>	147
<i>vigabatin</i>	44	<i>vitamin d3 gummies</i>	147
<i>vigadrone</i>	44	<i>vitamin d3 gummies adult</i>	148
VIIBRYD KIT STARTER	47	VITAMIN D3 IMMUNE HEALTH	148
<i>vilazodone hcl</i>	47	<i>vitamin d3 maximum streng</i>	148
VIMPAT	44	<i>vitamin d3 super strength</i>	148
<i>vincristine sulfate</i>	23	VITAMIN D3 TAB CAL/PHOS	115
<i>vinorelbine tartrate</i>	23	VITAMIN D3 TAB COMPLETE	148
<i>viorele</i>	69	<i>vitamin d3 ultra strength</i>	148
VIRACEPT	13	<i>vitamin d-400</i>	148
VIREAD	13	<i>vitamin d-1000 maximum st</i>	148
<i>virt-caps</i>	146	<i>vitamin d high potency</i>	148
VIRT-FEFA CAP PLUS	95	<i>vitamin d infant</i>	148
<i>virt-gard</i>	146	<i>vitamin e</i>	148
<i>vision formula 2</i>	146	VITAMIN E	148
<i>vision formula eye health</i>	146	<i>vitamin e-200</i>	148
<i>vision formula/lutein</i>	146	<i>vitamin e-400</i>	148
<i>vision vitamins</i>	146	<i>vitamin e blend</i>	148
VISTA ADVAN CAP AREDS2	146	<i>vitamin e/d-alpha natural</i>	148
VISTA ADVAN CAP DRY EYE	146	<i>vitamin e high potency</i>	148
<i>vitabasic complete</i>	147	<i>vitamin supplement e-400</i>	148
<i>vitabasic senior</i>	147	VITASANA TAB	148
<i>vita-bee/c</i>	147	<i>vitatum</i>	148
VITABEX PLUS CAP	147	<i>vitatum complete</i>	148
<i>vitachew multiple vitamin</i>	147	VITATRUM TAB	148
VITACRAVES CHW GUMMIES	147	VITRAKVI	29
VITACRAVES CHW IMMUNITY	147	VITRAMYN TAB	148
VITACRAVES CHW MENS	147	VITRANOL FE TAB	148
VITACRAVES CHW SOUR GUM	147	VITRANOL TAB	148
VITACRAVES CHW WOMENS	147	VITREXATE FE TAB	148
<i>vitafol</i>	147	VITREXATE TAB	149
<i>vita hair</i>	147	VITREXYL TAB	149
<i>vitajoy daily d gummies</i>	147	VITREXYL TAB IRON	149
VITAL-D RX TAB	147	<i>vitrum senior</i>	149
<i>vitalee</i>	147	VITRUM TAB SENIOR	149

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
VIVITROL.....	57	XATMEP	98
VIZIMPRO.....	29	XCEL 100 CRE	105
V-MAX CRE.....	104	XCOPRI.....	44
VONJO	29	XCOPRI PAK 12.5-25.....	44
<i>voriconazole</i>	11	XCOPRI PAK 50-100MG	44
VORTEX/MASK MIS CHILDS	175	XCOPRI PAK 100-150	44
VORTEX VALVE MIS CHAMBER.....	175	XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	44
VOSEVI TAB	16	XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	44
VOTRIENT	29	XELJANZ.....	98
VP GLUCOSE CHW FRUIT	72	XELJANZ XR.....	98
VP GLUCOSE CHW GRAPE.....	73	XERAC AC.....	188
<i>vp-vite rx</i>	149	XERMELO.....	88
VRAYLAR	51	XGEVA	62
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	51	XHANCE.....	176
<i>vyfemla</i>	69	XIFAXAN	88
<i>vylibra</i>	69	XIGDUO XR TAB 2.5-1000	59
VYZULTA	152	XIGDUO XR TAB 5-500MG.....	60
W		XIGDUO XR TAB 5-1000MG	60
WALGREENS GLUCOSE.....	73	XIGDUO XR TAB 10-500MG.....	60
<i>warfarin sodium</i>	92	XIGDUO XR TAB 10-1000	60
<i>wart remover maximum stre</i>	188	XIIDRA	154
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	189	XOFLUZA.....	16
<i>wee care</i>	95	XOLAIR.....	175
<i>weekly-d</i>	149	XOSPATA.....	29
WELIREG.....	23	XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	29
<i>wera</i>	69	XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	29
<i>westab mini</i>	149	XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	29
<i>westab one</i>	149	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	29
WESTUSSIN DM SYP	171	XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	29
WEST-VITE TAB W/FA	149	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	29
<i>womans laxative</i>	87	XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	29
<i>womens 50+ advanced</i>	149	XTANDI.....	22
<i>womens daily formula</i>	149	<i>xulane</i>	69
<i>womens daily formula/foli</i>	149	XULTOPHY INJ 100/3.6.....	61
WOMENS MULT CHW GUMMIES.....	149	XYREM	56
<i>womens multi</i>	149	Y	
<i>womens multivitamin</i>	149	YELETS TEEN TAB FORMULA.....	149
WOMENS PAK.....	149	YF-VAX INJ	101
WOUND CARE CRE	105	<i>yl beta carotene</i>	149
<i>wymzya fe</i>	69	<i>yl coenzyme q10</i>	119
X		<i>yl folic acid</i>	149
XALKORI	29	<i>yl vitamin b-6</i>	149
XARELTO.....	92	<i>yl vitamin c</i>	149
XARELTO STAR TAB 15/20MG	92	<i>yl vitamin c/rose hips</i>	149
		YOUR LIFE CHW GUMMIES.....	149

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
yuvaferm	70	ZYKADIA	29
Z		ZYLET SUS 0.5-0.3%	150
zafemy	69	ZYPREXA RELPREVV	51
zafirlukast.....	171		
zaleplon	53		
ZARXIO.....	92		
ZEJULA	29		
ZELBORAF	29		
ZEMAIRA.....	175		
zenatane.....	177		
ZENPEP CAP 3000UNIT	88		
ZENPEP CAP 5000UNIT	88		
ZENPEP CAP 10000UNT	88		
ZENPEP CAP 15000UNT.....	88		
ZENPEP CAP 20000UNT.....	88		
ZENPEP CAP 25000UNT.....	88		
ZENPEP CAP 40000UNT.....	88		
ZERVIAE	151		
zidovudine.....	13		
ZIEXTENZO	92		
ZIKS ARTHRIT CRE RELIEF	188		
zinc-220	115		
ZINC LOZ.....	149		
zinc sulfate.....	115		
ZINC SULFATE.....	115		
ZINC SULFATE POW GRANULAR.....	115		
ZINC SULFATE POW HEPTAHYD.....	115		
ZINC SULFATE POW MONOHYD.....	115		
ZINTREXYL-C TAB	149		
ziprasidone hcl	51		
ziprasidone mesylate.....	51		
ZIRABEV	29		
ZIRGAN	151		
zoledronic acid.....	62		
ZOLINZA.....	29		
zolmitriptan.....	54		
zolpidem tartrate.....	53		
ZONISADE.....	44		
zonisamide.....	45		
ZOO FRIENDS CHW COMPLETE	149		
zoo friends/extra c.....	149		
zovia 1/35	69		
ZTALMY.....	45		
zumandimine.....	69		
ZYDELIG.....	29		



Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-855-364-0974 (TTY: 711) 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 **1-855-364-0974 (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 **1-855-364-0974 (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 **1-855-364-0974 (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 **1-855-364-0974 (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 **1-855-364-0974 (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 **1-855-364-0974 (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 Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie **täglich rund um die Uhr unter 1-855-364-0974 (Schreibtelefon/TTY: 711)**. Dieser Service ist kostenlos.



Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-855-364-0974 (TTY: 711) 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 **1-855-364-0974 (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 **1-855-364-0974 (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 **1-855-364-0974 (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 **1-855-364-0974 (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 **1-855-364-0974 (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 **1-855-364-0974 (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 Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie **täglich rund um die Uhr unter 1-855-364-0974 (Schreibtelefon/TTY: 711)**. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-855-364-0974 (TTY: 711)**번으로 주 7일 하루 24시간 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 **1-855-364-0974 (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 **1-855-364-0974 (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 **1-855-364-0974 (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 **1-855-364-0974 (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.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, 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 **1-855-364-0974 (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 **1-855-364-0974 (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、1-855-364-0974 (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 **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana o visite **[AetnaBetterHealth.com/Ohio](https://www.aetna.com/ohio)**



©2023 Aetna Inc.
OH-22-09-09 L (12/23)
Sin cambios realizados desde el 12/01/2023