Lista de medicamentos cubiertos/ Formulario 2024

Aetna Better Health® Premier Plan MMAI

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

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

aetna®

IL-23-09-08 (SP) J Sin cambios realizados desde el 10/01/2024 H2506_24DRUG LST ACCEPTED

Aetna Better Health Premier Plan MMAI | *Lista de medicamentos cubiertos* (Formulario) 2024

Introducción

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

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

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

Índice

A. Descargos de responsabilidad III

B. Preguntas frecuentes IV

B1. ¿Qué medicamentos con receta figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos*? (Para abreviarla, denominamos a la *Lista de medicamentos cubiertos* “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 Premier Plan MMAI modifica sus normas sobre algunos medicamentos (por ejemplo, autorizaciones previas o aprobaciones, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado)? VIII

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

Esta sección continúa en la siguiente página.

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

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

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

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción? XI

B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción? XI

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos? XI

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

B15. ¿Aetna Better Health Premier Plan MMAI cubre productos de venta libre (OTC) que no sean medicamentos? XII

B16. ¿Cuál es mi copago? XII

B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos? XII

C. Resumen de la *Lista de medicamentos cubiertos* XIII

C1. Medicamentos agrupados según la afección médica 1

D. Índice de medicamentos cubiertos 116

A. Descargos de responsabilidad

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

- Aetna Better Health Premier Plan MMAI es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Illinois para brindar los beneficios de los dos programas a sus inscritos.
- ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. La llamada es gratuita.
- ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de idiomas gratuitos. Llame al **1-866-600-2139 (TTY: 711)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.
- Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o audio. Llame al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- Si desea realizar o cambiar una solicitud permanente para recibir los materiales en un idioma que no sea inglés o en otro formato, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- El formulario podría cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

B. Preguntas frecuentes

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

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

Los medicamentos que figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos* que comienza en la página 2 son los medicamentos cubiertos por Aetna Better Health Premier Plan MMAI. Estos medicamentos están disponibles en las farmacias dentro de nuestra red. Una farmacia se encuentra dentro de nuestra red si tenemos un contrato para que trabaje con nosotros y le proporcione servicios. Nos referimos a estas farmacias como "farmacias de la red".

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

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

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

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

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

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

Esta sección continúa en la siguiente página.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esta sección continúa en la siguiente página.

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

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

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

Cuando estos cambios tengan lugar, haremos lo siguiente:

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

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

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

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

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

Esta sección continúa en la siguiente página.

- **Autorización previa (PA) o aprobación:** Para algunos medicamentos, usted o su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben conseguir la autorización previa de Aetna Better Health Premier Plan MMAI antes de obtener su medicamento con receta. Es posible que Aetna Better Health Premier Plan MMAI no cubra el medicamento si no obtiene la aprobación.
- **Límites de cantidad:** En ocasiones, Aetna Better Health Premier Plan MMAI limita la cantidad que puede obtener de un medicamento.
- **Tratamiento escalonado:** En ocasiones, Aetna Better Health Premier Plan MMAI solicita que haga un tratamiento escalonado. Esto significa que usted deberá probar medicamentos en un determinado orden para su afección médica. Es posible que deba probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento. Si su médico considera que el primer medicamento no es adecuado para usted, entonces, cubriremos el segundo.
- **Cobertura basada en la indicación:** Si Aetna Better Health Premier Plan MMAI 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 2 a 115. También puede obtener más información en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Illinois**. Hemos publicado documentos en Internet que explican nuestras restricciones de tratamiento escalonado y autorización previa. También puede pedirnos que le enviemos una copia.

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

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

La Lista de medicamentos cubiertos de la página 2 tiene una columna titulada “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”.

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

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

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

Hay dos formas para encontrar un medicamento:

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

Para buscar por **orden alfabético**, vaya a la sección del Índice de medicamentos cubiertos. Podrá encontrarla en la página 116.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esta sección continúa en la siguiente página.

Miembros actuales con un cambio en el nivel de atención

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

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

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

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

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

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

También puede solicitarnos que cambiemos las normas para su medicamento.

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

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

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

B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?

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

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

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

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

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

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

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

B15. ¿Aetna Better Health Premier Plan MMAI cubre productos de venta libre (OTC) que no sean medicamentos?

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

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

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

B16. ¿Cuál es mi copago?

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

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.

C. Resumen de la *Lista de medicamentos cubiertos*

La siguiente *Lista de medicamentos cubiertos* le proporciona información sobre los medicamentos cubiertos por Aetna Better Health Premier Plan MMAI. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página 116. En el índice se encuentran todos los medicamentos cubiertos por Aetna Better Health Premier Plan MMAI 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 *amoxicillin*).

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

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

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

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

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

C1. Medicamentos agrupados según la afección médica

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

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
gnp infants pain/fever SUSP 160mg/5ml	$0(3)	NM; *
gnp migraine relief	$0(3)	NM; *
gnp pain & fever children SUSP 160mg/5ml	$0(3)	NM; *
gnp pain & fever infants SUSP 160mg/5ml	$0(3)	NM; *
gnp pain relief TABS 325mg	$0(3)	NM; *
gnp pain relief extra str TABS 500mg	$0(3)	NM; *
goodsense aspirin CHEW 81mg; TABS 325mg	$0(3)	NM; *
goodsense aspirin adults TABS 325mg	$0(3)	NM; *
goodsense migraine formul	$0(3)	NM; *
goodsense pain & fever ch SUSP 160mg/5ml	$0(3)	NM; *
goodsense pain & fever in SUSP 160mg/5ml	$0(3)	NM; *
goodsense pain relief TABS 325mg	$0(3)	NM; *
goodsense pain relief ext TABS 500mg	$0(3)	NM; *
headache relief	$0(3)	NM; *
headache relief/extra str	$0(3)	NM; *
hm adult aspirin TABS 325mg	$0(3)	NM; *
hm aspirin TBEC 325mg	$0(3)	NM; *
hm aspirin ec low dose TBEC 81mg	$0(3)	NM; *
hm pain reliever TABS 325mg	$0(3)	NM; *
liquid acetaminophen LIQD 160mg/5ml	$0(3)	NM; *
m-pap LIQD 160mg/5ml	$0(3)	NM; *
mapap childrens CHEW 80mg	$0(3)	NM; *
migraine relief	$0(3)	NM; *
pain & fever childrens SUSP 160mg/5ml	$0(3)	NM; *
pain & fever infants SUSP 160mg/5ml	$0(3)	NM; *
pain reliever plus	$0(3)	NM; *
qc acetaminophen infants SUSP 160mg/5ml	$0(3)	NM; *
qc aspirin TABS 325mg	$0(3)	NM; *
qc aspirin low dose CHEW 81mg; TBEC 81mg	$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
qc enteric aspirin TBEC 325mg	$0(3)	NM; *
qc headache relief	$0(3)	NM; *
qc non-aspirin extra stre TABS 500mg	$0(3)	NM; *
qc pain relief TABS 325mg	$0(3)	NM; *
qc pain relief childrens SUSP 160mg/5ml	$0(3)	NM; *
qc pain relief extra stre TABS 500mg	$0(3)	NM; *
sm adult aspirin TABS 325mg	$0(3)	NM; *
sm aspirin adult low stre TBEC 81mg	$0(3)	NM; *
sm aspirin enteric coated TBEC 325mg	$0(3)	NM; *
sm aspirin low dose CHEW 81mg; TBEC 81mg	$0(3)	NM; *
sm migraine relief	$0(3)	NM; *
sm pain & fever childrens SUSP 80mg/2.5ml, 160mg/5ml	$0(3)	NM; *
sm pain & fever infants SUSP 160mg/5ml	$0(3)	NM; *
sm pain relief extra stre TABS 500mg	$0(3)	NM; *
sm pain reliever TABS 325mg	$0(3)	NM; *
sm pain reliever children SUSP 160mg/5ml	$0(3)	NM; *
sm pain reliever extra st TABS 500mg	$0(3)	NM; *
tri-buffered aspirin	$0(3)	NM; *
NSAIDS - DRUGS TO TREAT PAIN AND INFLAMMATION		
all day pain relief TABS 220mg	$0(3)	NM; *
all day relief TABS 220mg	$0(3)	NM; *
celecoxib CAPS 50mg, 100mg, 200mg	$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
celecoxib CAPS 400mg	$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
diclofenac potassium TABS 50mg	$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
diclofenac sodium TB24 100mg; TBEC 25mg, 50mg, 75mg	$0(1)	
diflunisal TABS 500mg	$0(1)	
ec-naproxen TBEC 375mg	$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
ec-naproxen TBEC 500mg	$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
etodolac CAPS 200mg, 300mg; TABS 400mg, 500mg; TB24 400mg, 500mg, 600mg	$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
flurbiprofen TABS 100mg	$0(1)	
gnp ibuprofen TABS 200mg	$0(3)	NM; *
gnp naproxen TABS 220mg	$0(3)	NM; *
goodsense ibuprofen TABS 200mg	$0(3)	NM; *
goodsense naproxen sodium TABS 220mg	$0(3)	NM; *
hm ibuprofen TABS 200mg	$0(3)	NM; *
ibu TABS 400mg, 600mg, 800mg	$0(1)	
ibuprofen SUSP 100mg/5ml; TABS 400mg, 600mg, 800mg	$0(1)	
ibuprofen TABS 200mg	$0(3)	NM; *
meloxicam TABS 7.5mg, 15mg	$0(1)	
nabumetone TABS 500mg, 750mg	$0(1)	
naproxen TABS 250mg, 375mg, 500mg	$0(1)	
naproxen TBEC 375mg	$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
naproxen dr TBEC 500mg	$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
naproxen sodium TABS 220mg	$0(3)	NM; *
naproxen sodium TABS 275mg, 550mg	$0(1)	
piroxicam CAPS 10mg, 20mg	$0(1)	
qc ibuprofen TABS 200mg	$0(3)	NM; *
qc naproxen sodium TABS 220mg	$0(3)	NM; *
sm ibuprofen TABS 200mg	$0(3)	NM; *
sm ibuprofen ib TABS 200mg	$0(3)	NM; *
sm naproxen sodium TABS 220mg	$0(3)	NM; *
sulindac TABS 150mg, 200mg	$0(1)	
OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING		
buprenorphine PTWK 5mcg/hr, 7.5mcg/hr, 10mcg/hr, 15mcg/hr, 20mcg/hr	$0(1)	QL (4 patches / 28 days), PA
fentanyl PT72 12mcg/hr, 25mcg/hr, 37.5mcg/hr, 50mcg/hr, 62.5mcg/hr, 75mcg/hr, 87.5mcg/hr, 100mcg/hr	$0(1)	QL (10 patches / 30 days), PA
hydrocodone bitartrate T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
hydrocodone bitartrate T24A 80mg, 100mg, 120mg	$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA

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

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

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANESTHETICS - DRUGS FOR NUMBING		
LOCAL ANESTHETICS		
lidocaine hcl (local anesth.) SOLN .5%, 1%, 1.5%, 2%	$0(1)	B/D
ANTI-INFECTIVES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
ANTI-INFECTIVES - MISCELLANEOUS		
albendazole TABS 200mg	$0(2)	NDS, QL (672 tabs / year), PA
amikacin sulfate SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml	$0(1)	
atovaquone SUSP 750mg/5ml	$0(1)	
aztreonam SOLR 1gm, 2gm	$0(1)	
CAYSTON SOLR 75mg	$0(2)	NDS, NM, LA, PA
clindamycin hcl CAPS 75mg, 150mg, 300mg	$0(1)	
clindamycin palmitate hydrochloride SOLR 75mg/5ml	$0(1)	
clindamycin phosphate SOLN 600mg/4ml, 900mg/6ml, 9000mg/60ml	$0(1)	
clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml	$0(1)	
clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml	$0(1)	
clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml	$0(1)	
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	$0(2)	
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	$0(2)	
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	$0(2)	
colistimethate sodium SOLR 150mg	$0(1)	
cvs pinworm treatment SUSP 144mg/ml	$0(3)	NM; *
dapsone TABS 25mg, 100mg	$0(1)	
DAPTOMYCIN SOLR 350mg	$0(2)	NDS
daptomycin SOLR 350mg, 500mg	$0(2)	NDS
EMVERM CHEW 100mg	$0(2)	NDS, QL (12 tabs / year)
ertapenem sodium SOLR 1gm	$0(1)	
gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml	$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
gentamicin in saline inj 1 mg/ml	$0(1)	
gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml	$0(1)	
gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml	$0(1)	
gentamicin in saline inj 2 mg/ml	$0(1)	
gentamicin sulfate SOLN 10mg/ml, 40mg/ml	$0(1)	
imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg	$0(1)	
imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg	$0(1)	
ivermectin TABS 3mg	$0(1)	QL (12 tabs / 90 days), PA
linezolid SOLN 600mg/300ml	$0(1)	
linezolid SUSR 100mg/5ml	$0(2)	NDS, QL (1800 mL / 30 days)
linezolid TABS 600mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
LINEZOLID INJ 2MG/ML	$0(1)	
meropenem SOLR 1gm, 500mg	$0(1)	
methenamine hippurate TABS 1gm	$0(1)	
metronidazole SOLN 500mg/100ml; TABS 250mg, 500mg	$0(1)	
neomycin sulfate TABS 500mg	$0(1)	
nitazoxanide TABS 500mg	$0(2)	NDS, QL (6 tabs / 30 days)
nitrofurantoin macrocrystal CAPS 50mg, 100mg	$0(2)	
nitrofurantoin monohyd macro CAPS 100mg	$0(2)	
pentamidine isethionate inh SOLR 300mg	$0(1)	B/D
pentamidine isethionate inj SOLR 300mg	$0(1)	
pin-away SUSP 144mg/ml	$0(3)	NM; *
praziquantel TABS 600mg	$0(1)	
reeses pinworm medicine SUSP 144mg/ml	$0(3)	NM; *
SIVEXTRO SOLR 200mg; TABS 200mg	$0(2)	NDS
streptomycin sulfate SOLR 1gm	$0(2)	NDS
sulfadiazine TABS 500mg	$0(2)	NDS

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml	$0(1)	
sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml	$0(1)	
sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg	$0(1)	
sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg	$0(1)	
tinidazole TABS 250mg, 500mg	$0(1)	
tobramycin NEBU 300mg/5ml	$0(2)	NDS, NM, PA
tobramycin sulfate SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml	$0(1)	
trimethoprim TABS 100mg	$0(1)	
vancomycin hcl CAPS 125mg	$0(1)	QL (80 caps / 180 days)
vancomycin hcl CAPS 250mg	$0(1)	QL (160 caps / 180 days)
vancomycin hcl SOLR 1gm, 1.25gm, 1.5gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg	$0(1)	
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE SOLR 1gm, 5gm, 10gm, 500mg	$0(1)	
VANCOMYCIN INJ 1 GM	$0(2)	
VANCOMYCIN INJ 500MG	$0(2)	
VANCOMYCIN INJ 750MG	$0(2)	
ANTIFUNGALS - DRUGS TO TREAT FUNGAL INFECTIONS		
ABELCET SUSP 5mg/ml	$0(2)	B/D
amphotericin b SOLR 50mg	$0(1)	B/D
amphotericin b liposome SUSR 50mg	$0(2)	NDS, B/D
caspofungin acetate SOLR 50mg, 70mg	$0(1)	
fluconazole SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	$0(1)	
fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml	$0(1)	
fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml	$0(1)	
flucytosine CAPS 250mg, 500mg	$0(2)	NDS, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
griseofulvin microsize SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	$0(1)	
griseofulvin ultramicrosize TABS 125mg, 250mg	$0(1)	
itraconazole CAPS 100mg	$0(1)	PA
ketoconazole TABS 200mg	$0(1)	PA
micafungin sodium SOLR 50mg, 100mg	$0(2)	NDS
nystatin TABS 500000unit	$0(1)	
posaconazole SUSP 40mg/ml	$0(2)	NDS, QL (630 mL / 30 days), PA
posaconazole TBEC 100mg	$0(2)	NDS, QL (93 tabs / 30 days), PA
terbinafine hcl TABS 250mg	$0(1)	QL (90 tabs / year)
voriconazole SOLR 200mg	$0(1)	PA
voriconazole SUSR 40mg/ml	$0(2)	NDS, PA
voriconazole TABS 50mg	$0(1)	QL (480 tabs / 30 days), PA
voriconazole TABS 200mg	$0(1)	QL (120 tabs / 30 days), PA
ANTIMALARIALS - DRUGS TO TREAT MALARIA		
atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg	$0(1)	
atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg	$0(1)	
chloroquine phosphate TABS 250mg, 500mg	$0(1)	
COARTEM TAB 20-120MG	$0(2)	
mefloquine hcl TABS 250mg	$0(1)	
primaquine phosphate TABS 26.3mg	$0(1)	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg	$0(2)	
quinine sulfate CAPS 324mg	$0(1)	PA
ANTIRETROVIRAL AGENTS - DRUGS TO SUPPRESS HIV/AIDS INFECTION		
abacavir sulfate SOLN 20mg/ml; TABS 300mg	$0(1)	NM
APTIVUS CAPS 250mg	$0(2)	NDS, NM
atazanavir sulfate CAPS 150mg, 200mg, 300mg	$0(1)	NM
darunavir TABS 600mg	$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
darunavir TABS 800mg	$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
EDURANT TABS 25mg	$0(2)	NDS, NM
efavirenz CAPS 50mg, 200mg; TABS 600mg	$0(1)	NM
emtricitabine CAPS 200mg	$0(1)	NM
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	$0(2)	NM
etravirine TABS 100mg, 200mg	$0(2)	NDS, NM
fosamprenavir calcium TABS 700mg	$0(2)	NDS, NM
FUZEON SOLR 90mg	$0(2)	NDS, NM, LA
INTELENCE TABS 25mg	$0(2)	NM
ISENTRESS CHEW 25mg	$0(2)	NM
ISENTRESS CHEW 100mg; PACK 100mg; TABS 400mg	$0(2)	NDS, NM
ISENTRESS HD TABS 600mg	$0(2)	NDS, NM
lamivudine SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	$0(1)	NM
maraviroc TABS 150mg, 300mg	$0(2)	NDS, NM
nevirapine SUSP 50mg/5ml; TABS 200mg; TB24 400mg	$0(1)	NM
NORVIR PACK 100mg	$0(2)	NM
PIFELTRO TABS 100mg	$0(2)	NDS, NM
PREZISTA SUSP 100mg/ml	$0(2)	NDS, QL (400 mL / 30 days), NM
PREZISTA TABS 75mg	$0(2)	QL (480 tabs / 30 days), NM
PREZISTA TABS 150mg	$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM
REYATAZ PACK 50mg	$0(2)	NDS, NM
ritonavir 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
tenofovir disoproxil fumarate TABS 300mg	$0(1)	NM

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg	$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), NM
EVOTAZ TAB 300-150	$0(2)	NDS, NM
GENVOYA TAB	$0(2)	NDS, NM
JULUCA TAB 50-25MG	$0(2)	NDS, NM
lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg	$0(1)	NM
lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)	$0(1)	NM
lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg	$0(1)	NM
lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg	$0(1)	NM
ODEFSEY TAB	$0(2)	NDS, NM
PREZCOBIX TAB 800-150	$0(2)	NDS, NM
STRIBILD TAB	$0(2)	NDS, NM
SYMTUZA TAB	$0(2)	NDS, NM
TRIUMEQ PD TAB	$0(2)	NDS, NM
TRIUMEQ TAB	$0(2)	NDS, NM
TRIZIVIR TAB	$0(2)	NDS, NM
ANTITUBERCULAR AGENTS - DRUGS TO TREAT TUBERCULOSIS		
cycloserine CAPS 250mg	$0(2)	NDS
ethambutol hcl TABS 100mg, 400mg	$0(1)	
isoniazid SYRP 50mg/5ml; TABS 100mg, 300mg	$0(1)	
PRIFTIN TABS 150mg	$0(2)	
pyrazinamide TABS 500mg	$0(1)	
rifabutin CAPS 150mg	$0(1)	
rifampin CAPS 150mg, 300mg; SOLR 600mg	$0(1)	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	$0(2)	NDS, NM, LA, PA
TRECATOR TABS 250mg	$0(2)	
ANTIVIRALS - DRUGS TO TREAT VIRAL INFECTIONS		
acyclovir CAPS 200mg; SUSP 200mg/5ml; TABS 400mg, 800mg	$0(1)	
acyclovir sodium SOLN 50mg/ml	$0(1)	B/D

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
adefovir dipivoxil TABS 10mg	$0(1)	NM
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	$0(2)	NDS, NM
entecavir 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
famciclovir TABS 125mg, 250mg, 500mg	$0(1)	
ganciclovir sodium 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
lamivudine (hbv) TABS 100mg	$0(1)	NM
MAVYRET PAK 50-20MG	$0(2)	NDS, NM, PA
MAVYRET TAB 100-40MG	$0(2)	NDS, NM, PA
oseltamivir phosphate CAPS 30mg	$0(1)	QL (168 caps / year)
oseltamivir phosphate CAPS 45mg, 75mg	$0(1)	QL (84 caps / year)
oseltamivir phosphate SUSR 6mg/ml	$0(1)	QL (1080 mL / year)
PAXLOVID TAB 150-100	$0(2)	QL (40 tabs / 30 days); $0 Cost Share
PAXLOVID TAB 300-100	$0(2)	QL (60 tabs / 30 days); $0 Cost Share
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; SOSY 180mcg/0.5ml	$0(2)	NDS, NM, PA
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg	$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days), PA
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister	$0(2)	QL (6 inhalers / year)
ribavirin (hepatitis c) CAPS 200mg; TABS 200mg	$0(1)	NM
rimantadine hydrochloride TABS 100mg	$0(1)	
valacyclovir hcl TABS 1gm, 500mg	$0(1)	
valganciclovir hcl SOLR 50mg/ml	$0(2)	NDS
valganciclovir hcl TABS 450mg	$0(1)	
VEMLIDY TABS 25mg	$0(2)	NDS, NM

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VOSEVI TAB	$0(2)	NDS, NM, PA
XOFLUZA TBPK 40mg, 80mg	$0(2)	QL (1 tab / 180 days)
CEPHALOSPORINS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
cefaclor CAPS 250mg, 500mg; SUSR 250mg/5ml	$0(1)	
CEFACLOR ER TB12 500mg	$0(2)	
cefadroxil CAPS 500mg; SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	$0(1)	
CEFAZOLIN SOLR 2gm, 3gm	$0(2)	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	$0(2)	
cefazolin sodium SOLR 1gm, 2gm, 3gm, 10gm, 500mg	$0(1)	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	$0(2)	
cefdinir CAPS 300mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	$0(1)	
cefepime hcl SOLR 1gm, 2gm	$0(1)	
cefixime CAPS 400mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	$0(1)	
cefoxitin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm	$0(1)	
cefpodoxime proxetil SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml; TABS 100mg, 200mg	$0(1)	
cefprozil SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	$0(1)	
ceftazidime SOLR 1gm, 2gm, 6gm	$0(1)	
ceftriaxone sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	$0(1)	
cefuroxime axetil TABS 250mg, 500mg	$0(1)	
cefuroxime sodium SOLR 1.5gm, 750mg	$0(1)	
cephalexin CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	$0(1)	
tazicef SOLR 1gm, 2gm, 6gm	$0(1)	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	$0(2)	NDS

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ERYTHROMYCINS/MACROLIDES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
azithromycin PACK 1gm; SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 600mg	$0(1)	
clarithromycin 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)	
ery-tab TBEC 250mg, 333mg, 500mg	$0(1)	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	$0(2)	
erythromycin base CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	$0(1)	
erythromycin ethylsuccinate TABS 400mg	$0(1)	
erythromycin lactobionate SOLR 500mg	$0(1)	
FLUOROQUINOLONES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
CIPRO SUSR 500mg/5ml	$0(2)	
ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w	$0(1)	
ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w	$0(1)	
ciprofloxacin hcl TABS 250mg, 500mg, 750mg	$0(1)	
levofloxacin SOLN 25mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg	$0(1)	
levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml	$0(1)	
levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml	$0(1)	
levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml	$0(1)	
moxifloxacin hcl TABS 400mg	$0(1)	
moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj	$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PENICILLINS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
amoxicillin CAPS 250mg, 500mg; CHEW 125mg, 250mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg	$0(1)	
amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg	$0(1)	
amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml	$0(1)	
amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml	$0(1)	
amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml	$0(1)	
amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml	$0(1)	
amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg	$0(1)	
amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg	$0(1)	
amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg	$0(1)	
amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg	$0(1)	
ampicillin CAPS 500mg	$0(1)	
ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm	$0(1)	
ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm	$0(1)	
ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm	$0(1)	
ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm	$0(1)	
ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm	$0(1)	
ampicillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg	$0(1)	
BICILLIN L-A SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml	$0(2)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
dicloxacillin sodium CAPS 250mg, 500mg	$0(1)	
nafcillin sodium SOLR 1gm, 2gm	$0(1)	
nafcillin sodium SOLR 10gm	$0(2)	NDS
oxacillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm	$0(1)	
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	$0(2)	
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	$0(2)	
penicillin g potassium SOLR 5000000unit, 20000000unit	$0(1)	
penicillin g sodium SOLR 5000000unit	$0(1)	
penicillin v potassium SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	$0(1)	
pfizerpen SOLR 5000000unit, 20000000unit	$0(1)	
piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)	$0(1)	
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)	$0(1)	
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)	$0(1)	
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)	$0(1)	
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)	$0(1)	
TETRACYCLINES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
doxy 100 SOLR 100mg	$0(1)	
doxycycline (monohydrate) CAPS 50mg, 100mg; SUSR 25mg/5ml; TABS 50mg, 75mg, 100mg	$0(1)	
doxycycline hyclate CAPS 50mg, 100mg; SOLR 100mg; TABS 20mg, 100mg	$0(1)	
minocycline hcl CAPS 50mg, 75mg, 100mg	$0(1)	
NUZYRA SOLR 100mg; TABS 150mg	$0(2)	NDS, NM, LA
tetracycline hcl CAPS 250mg, 500mg	$0(1)	PA
tigecycline SOLR 50mg	$0(2)	NDS

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTINEOPLASTIC AGENTS - DRUGS TO TREAT CANCER		
ALKYLATING AGENTS		
BENDAMUSTINE HYDROCHLORID SOLN 100mg/4ml	$0(2)	NDS, B/D, NM
BENDEKA SOLN 100mg/4ml	$0(2)	NDS, B/D, NM, LA
carboplatin SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml	$0(1)	B/D
cisplatin SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml	$0(1)	B/D
cyclophosphamide CAPS 25mg, 50mg; SOLR 1gm, 500mg	$0(1)	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml, 500mg/5ml, 1000mg/10ml, 2000mg/20ml	$0(2)	NDS, B/D
cyclophosphamide SOLR 2gm	$0(2)	NDS, B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS 25mg, 50mg	$0(2)	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR SOLN 2gm/10ml	$0(2)	NDS, B/D
GLEOSTINE CAPS 10mg, 40mg	$0(2)	NM
GLEOSTINE CAPS 100mg	$0(2)	NDS, NM
LEUKERAN TABS 2mg	$0(2)	NDS
oxaliplatin SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml; SOLR 50mg	$0(1)	B/D
oxaliplatin SOLR 100mg	$0(2)	NDS, B/D
paraplatin SOLN 1000mg/100ml	$0(1)	B/D
ANTIBIOTICS		
doxorubicin hcl SOLN 2mg/ml	$0(1)	B/D
doxorubicin hcl liposomal INJ 2mg/ml	$0(2)	NDS, B/D
DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE SOLN 2mg/ml	$0(1)	B/D
ELLENCE SOLN 50mg/25ml, 200mg/100ml	$0(2)	B/D
ANTIMETABOLITES		
azacitidine SUSR 100mg	$0(2)	NDS, B/D, NM

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
cytarabine SOLN 20mg/ml	$0(1)	B/D
fluorouracil SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	$0(1)	B/D
gemcitabine hcl SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml; SOLR 1gm, 2gm, 200mg	$0(1)	B/D
INQOVI TAB 35-100MG	$0(2)	NDS, QL (5 tabs / 28 days), NM, LA, PA
LONSURF TAB 15-6.14	$0(2)	NDS, QL (100 tabs / 28 days), NM, LA, PA
LONSURF TAB 20-8.19	$0(2)	NDS, QL (80 tabs / 28 days), NM, LA, PA
mercaptopurine TABS 50mg	$0(1)	
methotrexate sodium SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	$0(1)	B/D
ONUREG TABS 200mg, 300mg	$0(2)	NDS, QL (14 tabs / 28 days), NM, LA, PA
pemetrexed disodium SOLR 100mg, 500mg, 750mg, 1000mg	$0(2)	NDS, B/D
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	$0(2)	NDS, NM, LA
TABLOID TABS 40mg	$0(2)	
HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS		
abiraterone acetate TABS 250mg	$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
abiraterone acetate TABS 500mg	$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AKEEGA TAB 50/500MG	$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
AKEEGA TAB 100/500	$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
anastrozole TABS 1mg	$0(1)	
bicalutamide TABS 50mg	$0(1)	
ELIGARD KIT 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg	$0(2)	NM, PA
ERLEADA TABS 60mg	$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ERLEADA TABS 240mg	$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
EULEXIN CAPS 125mg	$0(2)	NDS
exemestane TABS 25mg	$0(1)	
FIRMAGON SOLR 80mg	$0(2)	NM, PA
FIRMAGON SOLR 120mg/vial	$0(2)	NDS, NM, PA
fulvestrant SOSY 250mg/5ml	$0(2)	NDS, B/D
letrozole TABS 2.5mg	$0(1)	
leuprolide acetate KIT 1mg/0.2ml	$0(1)	NM, PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	$0(2)	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	$0(2)	NDS, NM, PA
LYSODREN TABS 500mg	$0(2)	NDS, NM, LA
megestrol acetate TABS 20mg, 40mg	$0(2)	
nilutamide TABS 150mg	$0(2)	NDS
NUBEQA TABS 300mg	$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ORGOVYX TABS 120mg	$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ORSERDU TABS 86mg	$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ORSERDU TABS 345mg	$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	$0(2)	NDS
tamoxifen citrate TABS 10mg, 20mg	$0(1)	
toremifene citrate TABS 60mg	$0(1)	
XTANDI CAPS 40mg	$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
XTANDI TABS 40mg	$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
XTANDI TABS 80mg	$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
IMMUNOMODULATORS		
lenalidomide CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	$0(2)	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, LA, PA
lenalidomide CAPS 20mg, 25mg	$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
POMALYST CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
REVLIMID CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	$0(2)	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, LA, PA
REVLIMID CAPS 20mg, 25mg	$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
THALOMID CAPS 50mg	$0(2)	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, LA, PA
THALOMID CAPS 100mg	$0(2)	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, LA, PA
THALOMID CAPS 150mg, 200mg	$0(2)	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, LA, PA
MISCELLANEOUS		
BESREMI SOSY 500mcg/ml	$0(2)	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, LA, PA
bexarotene CAPS 75mg	$0(2)	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, PA
hydroxyurea CAPS 500mg	$0(1)	
irinotecan hcl SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	$0(1)	B/D
IWILFIN TABS 192mg	$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, LA, PA
KISQALI 200 PAK FEMARA	$0(2)	NDS, QL (49 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 400 PAK FEMARA	$0(2)	NDS, QL (70 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 PAK FEMARA	$0(2)	NDS, QL (91 tabs / 28 days), NM, PA
MATULANE CAPS 50mg	$0(2)	NDS, NM, LA
tretinoin (chemotherapy) CAPS 10mg	$0(2)	NDS
WELIREG TABS 40mg	$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
MITOTIC INHIBITORS		
docetaxel CONC 20mg/ml	$0(1)	B/D

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
docetaxel 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
etoposide SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml, 500mg/25ml	$0(1)	B/D
paclitaxel CONC 6mg/ml, 30mg/5ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	$0(1)	B/D
paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg	$0(2)	NDS, B/D, NM
vincristine sulfate SOLN 1mg/ml	$0(1)	B/D
vinorelbine tartrate SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	$0(1)	B/D
MOLECULAR TARGET AGENTS		
ALECENSA CAPS 150mg	$0(2)	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, LA, PA
ALUNBRIG TABS 30mg	$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ALUNBRIG TABS 90mg, 180mg	$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ALUNBRIG PAK	$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
AUGTYRO CAPS 40mg	$0(2)	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, LA, PA
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg	$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
BALVERSA TABS 3mg	$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
BALVERSA TABS 4mg	$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
BALVERSA TABS 5mg	$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, LA, PA
BORTEZOMIB SOLR 1mg, 2.5mg	$0(2)	NDS, NM, PA
bortezomib SOLR 3.5mg	$0(2)	NDS, NM, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BOSULIF CAPS 50mg	$0(2)	NDS, QL (360 caps / 30 days), NM, PA
BOSULIF CAPS 100mg	$0(2)	NDS, QL (150 caps / 25 days), NM, PA
BOSULIF TABS 100mg	$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
BOSULIF TABS 400mg, 500mg	$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
BRAFTOVI CAPS 75mg	$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA
BRUKINSA CAPS 80mg	$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg	$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
CALQUENCE CAPS 100mg	$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
CALQUENCE TABS 100mg	$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
CAPRELSA TABS 100mg	$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
CAPRELSA TABS 300mg	$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg	$0(2)	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, LA, PA
COMETRIQ KIT 100MG	$0(2)	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, LA, PA
COMETRIQ KIT 140MG	$0(2)	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, LA, PA
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg	$0(2)	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, LA, PA
COTELLIC TABS 20mg	$0(2)	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, LA, PA
DAURISMO TABS 25mg	$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
DAURISMO TABS 100mg	$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ERIVEDGE CAPS 150mg	$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
erlotinib hcl TABS 25mg	$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
erlotinib hcl TABS 100mg, 150mg	$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
everolimus TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
everolimus TBSO 2mg	$0(2)	NDS, QL (150 tabs / 30 days), NM, PA
everolimus TBSO 3mg	$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
everolimus TBSO 5mg	$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg	$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
FRUZAQLA CAPS 1mg	$0(2)	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, LA, PA
FRUZAQLA CAPS 5mg	$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
GAVRETO CAPS 100mg	$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
gefitinib TABS 250mg	$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg	$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	$0(2)	NDS, NM, LA, PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	$0(2)	NDS, NM, LA, PA
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	$0(2)	NDS, NM, PA
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg	$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg	$0(2)	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, LA, PA
ICLUSIG TABS 10mg, 15mg, 30mg, 45mg	$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
IDHIFA TABS 50mg, 100mg	$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
imatinib mesylate TABS 100mg	$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
imatinib mesylate 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	$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
INLYTA TABS 1mg	$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
INLYTA TABS 5mg	$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
INREBIC CAPS 100mg	$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg	$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
JAYPIRCA TABS 50mg	$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
JAYPIRCA TABS 100mg	$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	$0(2)	NDS, B/D, NM, LA
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	$0(2)	NDS, NM, LA, PA
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	$0(2)	NDS, NM, LA, PA
KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg	$0(2)	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 400 DOSE TBPK 200mg	$0(2)	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 DOSE TBPK 200mg	$0(2)	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
KOSELUGO CAPS 10mg	$0(2)	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, LA, PA
KOSELUGO CAPS 25mg	$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
KRAZATI TABS 200mg	$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
lapatinib ditosylate TABS 250mg	$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg	$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA CAP 14 MG	$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA CAP 18 MG	$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA CAP 24 MG	$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
LORBRENA TABS 25mg	$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
LORBRENA TABS 100mg	$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
LUMAKRAS TABS 120mg	$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, LA, PA
LUMAKRAS TABS 320mg	$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg	$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	$0(2)	NDS, QL (140 tabs / 28 days), NM, LA, PA
MEKINIST SOLR .05mg/ml	$0(2)	NDS, QL (1260 mL / 30 days), NM, LA, PA
MEKINIST TABS 2mg	$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
MEKINIST TABS .5mg	$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
MEKTOVI TABS 15mg	$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
MONJUVI SOLR 200mg	$0(2)	NDS, NM, LA, PA
NERLYNX TABS 40mg	$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
NEXAVAR TABS 200mg	$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg	$0(2)	NDS, QL (3 caps / 28 days), NM, PA
ODOMZO CAPS 200mg	$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
OGIVRI SOLR 150mg, 420mg	$0(2)	NDS, NM, LA, PA
OGSIVEO TABS 50mg	$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
OGSIVEO TABS 100mg, 150mg	$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
OJEMDA SUSR 25mg/ml	$0(2)	NDS, QL (96 mL / 28 days), NM, LA, PA
OJEMDA TABS 100mg	$0(2)	NDS, QL (24 tabs / 28 days), NM, LA, PA
OJJAARA TABS 100mg, 150mg, 200mg	$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	$0(2)	NDS, NM, LA, PA
pazopanib hcl TABS 200mg	$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, LA, PA
PHESGO SOL	$0(2)	NDS, NM, LA, PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200mg	$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
PIQRAY 250MG TAB DOSE	$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150mg	$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
QINLOCK TABS 50mg	$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
RETEVMO CAPS 40mg	$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA
RETEVMO CAPS 80mg	$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
RETEVMO TABS 40mg	$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
RETEVMO TABS 80mg, 120mg, 160mg	$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
REZLIDHIA CAPS 150mg	$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
ROZLYTREK CAPS 100mg	$0(2)	NDS, QL (150 caps / 30 days), NM, LA, PA
ROZLYTREK CAPS 200mg	$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
ROZLYTREK PACK 50mg	$0(2)	NDS, QL (336 packets / 28 days), NM, LA, PA
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg	$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
RYDAPT CAPS 25mg	$0(2)	NDS, QL (224 caps / 28 days), NM, PA
SCEMBLIX TABS 20mg	$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
SCEMBLIX TABS 40mg	$0(2)	NDS, QL (300 tabs / 30 days), NM, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SCEMBLIX TABS 100mg	$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
sorafenib tosylate TABS 200mg	$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
SPRYCEL TABS 20mg	$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
SPRYCEL TABS 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
STIVARGA TABS 40mg	$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
sunitinib malate CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg	$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
TABRECTA TABS 150mg, 200mg	$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg	$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
TAFINLAR TBSO 10mg	$0(2)	NDS, QL (900 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TAGRISSO TABS 40mg, 80mg	$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TALZENNA CAPS .1mg, .35mg, .5mg, .75mg, 1mg	$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
TALZENNA CAPS .25mg	$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
TASIGNA CAPS 50mg	$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
TASIGNA CAPS 150mg, 200mg	$0(2)	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
TAZVERIK TABS 200mg	$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	$0(2)	NDS, NM, LA, PA
TEPMETKO TABS 225mg	$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TIBSOVO TABS 250mg	$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
torpenz TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	$0(2)	NDS, NM, PA
TRUQAP TABS 160mg, 200mg	$0(2)	NDS, QL (64 tabs / 28 days), NM, LA, PA
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	$0(2)	NDS, NM, PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TURALIO CAPS 125mg	$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
VANFLYTA TABS 17.7mg, 26.5mg	$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VENCLEXTA TABS 10mg	$0(2)	QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VENCLEXTA TABS 50mg	$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VENCLEXTA TABS 100mg	$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
VENCLEXTA TAB START PK	$0(2)	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VITRAKVI CAPS 25mg	$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA
VITRAKVI CAPS 100mg	$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
VITRAKVI SOLN 20mg/ml	$0(2)	NDS, QL (300 mL / 30 days), NM, LA, PA
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg	$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
VONJO CAPS 100mg	$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
XALKORI CAPS 200mg, 250mg; CPSP 50mg	$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XALKORI CPSP 20mg	$0(2)	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, LA, PA
XALKORI CPSP 150mg	$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA
XOSPATA TABS 40mg	$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY TBPK 40mg	$0(2)	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY TBPK 40mg	$0(2)	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY TBPK 60mg	$0(2)	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	$0(2)	NDS, QL (24 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY TBPK 40mg	$0(2)	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	$0(2)	NDS, QL (32 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY TBPK 50mg	$0(2)	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, LA, PA
ZEJULA TABS 100mg, 200mg, 300mg	$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ZELBORAF TABS 240mg	$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ZOLINZA CAPS 100mg	$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg	$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ZYKADIA TABS 150mg	$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
PROTECTIVE AGENTS		
leucovorin calcium SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	$0(1)	B/D

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
leucovorin calcium 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		
amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg	$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg	$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg	$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg	$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg	$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg	$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg	$0(1)	
benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg	$0(1)	
benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg	$0(1)	
benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg	$0(1)	
captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg	$0(1)	
captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg	$0(1)	
captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg	$0(1)	
captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg	$0(1)	
enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg	$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg	$0(1)	
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg	$0(1)	
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg	$0(1)	
lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg	$0(1)	
lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg	$0(1)	
lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg	$0(1)	
ACE INHIBITORS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
benazepril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	$0(1)	
captopril TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg	$0(1)	
enalapril maleate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg	$0(1)	
fosinopril sodium TABS 10mg, 20mg, 40mg	$0(1)	
lisinopril TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	$0(1)	
moexipril hcl TABS 7.5mg, 15mg	$0(1)	
perindopril erbumine TABS 2mg, 4mg, 8mg	$0(1)	
quinapril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	$0(1)	
ramipril CAPS 1.25mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	$0(1)	
trandolapril TABS 1mg, 2mg, 4mg	$0(1)	
ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
eplerenone TABS 25mg, 50mg	$0(1)	
KERENDIA TABS 10mg, 20mg	$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
spironolactone TABS 25mg, 50mg, 100mg	$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ALPHA BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
doxazosin mesylate TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg	$0(1)	
prazosin hcl CAPS 1mg, 2mg, 5mg	$0(1)	
terazosin hcl CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	$0(1)	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-25 mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ENTRESTO CAP 6-6MG	$0(2)	QL (240 caps / 30 days)
ENTRESTO CAP 15-16MG	$0(2)	QL (240 caps / 30 days)
ENTRESTO TAB 24-26MG	$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
ENTRESTO TAB 49-51MG	$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
ENTRESTO TAB 97-103MG	$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg	$0(1)	
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg	$0(1)	
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg	$0(1)	
olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-25 mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
candesartan cilexetil TABS 4mg, 8mg, 16mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
candesartan cilexetil TABS 32mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
irbesartan TABS 75mg, 150mg, 300mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
losartan potassium TABS 25mg, 50mg, 100mg	$0(1)	
olmesartan medoxomil TABS 5mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
olmesartan medoxomil TABS 20mg, 40mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
telmisartan TABS 20mg, 40mg, 80mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
valsartan TABS 40mg, 80mg, 160mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
valsartan TABS 320mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ANTIARRHYTHMICS - DRUGS TO CONTROL HEART RHYTHM		
amiodarone hcl SOLN 50mg/ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 200mg, 400mg	$0(1)	
disopyramide phosphate CAPS 100mg, 150mg	$0(2)	
dofetilide CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg	$0(1)	NM
flecainide acetate TABS 50mg, 100mg, 150mg	$0(1)	
MULTAQ TABS 400mg	$0(2)	
NORPACE CR CP12 100mg, 150mg	$0(2)	
pacerone TABS 100mg, 200mg, 400mg	$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
propafenone hcl CP12 225mg, 325mg, 425mg; TABS 150mg, 225mg, 300mg	$0(1)	
quinidine sulfate TABS 200mg, 300mg	$0(1)	
sorine TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	$0(1)	
sotalol hcl TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	$0(1)	
sotalol hcl (afib/afl) TABS 80mg, 120mg, 160mg	$0(1)	
ANTILIPEMICS, FIBRATES		
fenofibrate TABS 48mg, 54mg, 145mg, 160mg	$0(1)	
fenofibrate micronized CAPS 67mg, 134mg, 200mg	$0(1)	
gemfibrozil TABS 600mg	$0(1)	
ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS - DRUGS TO TREAT HIGH CHOLESTEROL		
atorvastatin calcium TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
lovastatin TABS 10mg, 20mg, 40mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
pravastatin sodium TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
rosuvastatin calcium TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
simvastatin TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS - DRUGS TO TREAT HIGH CHOLESTEROL		
cholestyramine PACK 4gm; POWD 4gm/dose	$0(1)	
cholestyramine light PACK 4gm; POWD 4gm/dose	$0(1)	
colesevelam hcl PACK 3.75gm; TABS 625mg	$0(1)	
colestipol hcl GRAN 5gm; PACK 5gm; TABS 1gm	$0(1)	
ezetimibe TABS 10mg	$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
NEXLETOL TABS 180mg	$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
NEXLIZET TAB 180/10MG	$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
niacin (antihyperlipidemic) TBCR 500mg, 750mg, 1000mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm	$0(1)	PA
prevalite PACK 4gm; POWD 4gm/dose	$0(1)	
REPATHA SOSY 140mg/ml	$0(2)	NM, PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SOCT 420mg/3.5ml	$0(2)	NM, PA
REPATHA SURECLICK SOAJ 140mg/ml	$0(2)	NM, PA
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	$0(2)	
BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS		
atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg	$0(1)	
atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg	$0(1)	
bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg	$0(1)	
bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg	$0(1)	
bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg	$0(1)	
metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg	$0(1)	
metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg	$0(1)	
metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg	$0(1)	
BETA-BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS		
acebutolol hcl CAPS 200mg, 400mg	$0(1)	
atenolol TABS 25mg, 50mg, 100mg	$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
betaxolol hcl TABS 10mg, 20mg	$0(1)	
bisoprolol fumarate TABS 5mg, 10mg	$0(1)	
carvedilol TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg	$0(1)	
labetalol hcl TABS 100mg, 200mg, 300mg	$0(1)	
metoprolol succinate TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	$0(1)	
metoprolol tartrate SOLN 5mg/5ml; TABS 25mg, 50mg, 100mg	$0(1)	
nadolol TABS 20mg, 40mg, 80mg	$0(1)	
nebivolol hcl TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
nebivolol hcl TABS 20mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
pindolol TABS 5mg, 10mg	$0(1)	
propranolol hcl CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg; SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	$0(1)	
timolol maleate TABS 5mg, 10mg, 20mg	$0(1)	
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS		
amlodipine besylate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	$0(1)	
cartia xt CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	$0(1)	
dilt-xr CP24 120mg, 180mg, 240mg	$0(1)	
diltiazem hcl CP12 60mg, 90mg, 120mg; SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml; TABS 30mg, 60mg, 90mg, 120mg	$0(1)	
diltiazem hcl coated beads CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	$0(1)	
diltiazem hcl extended release beads CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	$0(1)	
felodipine TB24 2.5mg, 5mg, 10mg	$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
isradipine CAPS 2.5mg, 5mg	$0(1)	
nicardipine hcl CAPS 20mg, 30mg	$0(1)	
nifedipine TB24 30mg, 60mg, 90mg	$0(1)	
nimodipine CAPS 30mg	$0(1)	
NYMALIZE SOLN 6mg/ml	$0(2)	NDS
tiadylt er CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	$0(1)	
verapamil hcl 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		
acetazolamide CP12 500mg; TABS 125mg, 250mg	$0(1)	
amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg	$0(1)	
amiloride hcl TABS 5mg	$0(1)	
bumetanide SOLN .25mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg	$0(1)	
chlorthalidone TABS 25mg, 50mg	$0(1)	
furosemide SOLN 10mg/ml, 40mg/5ml; TABS 20mg, 40mg, 80mg	$0(1)	
furosemide inj SOLN 10mg/ml	$0(1)	
hydrochlorothiazide CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	$0(1)	
indapamide TABS 1.25mg, 2.5mg	$0(1)	
methazolamide TABS 25mg, 50mg	$0(1)	
metolazone TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	$0(1)	
spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg	$0(1)	
torsemide TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	$0(1)	
triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg	$0(1)	
triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg	$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg	$0(1)	
MISCELLANEOUS		
aliskiren fumarate TABS 150mg, 300mg	$0(1)	
clonidine PTWK .1mg/24hr, .2mg/24hr, .3mg/24hr	$0(1)	
clonidine hcl TABS .1mg, .2mg, .3mg	$0(1)	
CORLANOR SOLN 5mg/5ml	$0(2)	QL (450 mL / 30 days)
CORLANOR TABS 5mg, 7.5mg	$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
digoxin SOLN .05mg/ml, .25mg/ml	$0(1)	
digoxin TABS 125mcg, 250mcg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
droxidopa CAPS 100mg	$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
droxidopa CAPS 200mg, 300mg	$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
epinephrine (anaphylaxis) SOLN 1mg/ml	$0(1)	
guanfacine hcl TABS 1mg, 2mg	$0(2)	PA; PA if 70 years and older
hydralazine hcl SOLN 20mg/ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	$0(1)	
ivabradine hcl TABS 5mg, 7.5mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
metyrosine CAPS 250mg	$0(2)	NDS, NM, PA
midodrine hcl TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	$0(1)	
minoxidil TABS 2.5mg, 10mg	$0(1)	
ranolazine TB12 500mg, 1000mg	$0(1)	
VERQUVO TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
NITRATES - DRUGS TO TREAT HEART CONDITIONS		
isosorbide dinitrate TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	$0(1)	
isosorbide mononitrate TABS 10mg, 20mg; TB24 30mg, 60mg, 120mg	$0(1)	
NITRO-BID OINT 2%	$0(2)	
nitroglycerin PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr; SOLN .4mg/spray; SUBL .3mg, .4mg, .6mg	$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
ambrisentan TABS 5mg, 10mg	$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
bosentan 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
sildenafil citrate (pulmonary hypertension) TABS 20mg	$0(1)	QL (360 tabs / 30 days), NM, PA
treprostinil SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	$0(2)	NDS, NM, LA, PA
VENTAVIS SOLN 10mcg/ml, 20mcg/ml	$0(2)	NDS, NM, LA, PA
CENTRAL NERVOUS SYSTEM - DRUGS TO TREAT NERVOUS SYSTEM DISORDERS		
ANTIANXIETY - DRUGS TO TREAT ANXIETY		
alprazolam TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
buspirone hcl TABS 5mg, 7.5mg, 10mg, 15mg, 30mg	$0(1)	
fluvoxamine maleate TABS 25mg, 50mg, 100mg	$0(1)	
lorazepam CONC 2mg/ml	$0(1)	QL (150 mL / 30 days)
lorazepam SOLN 2mg/ml, 4mg/ml	$0(1)	
lorazepam TABS .5mg, 1mg, 2mg	$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
lorazepam intensol CONC 2mg/ml	$0(1)	QL (150 mL / 30 days)
ANTIDEMENTIA - DRUGS TO TREAT DEMENTIA AND MEMORY LOSS		
donepezil hydrochloride TABS 5mg; TBDP 5mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
donepezil hydrochloride TABS 10mg; TBDP 10mg	$0(1)	
galantamine hydrobromide CP24 8mg, 16mg, 24mg	$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
galantamine hydrobromide SOLN 4mg/ml	$0(1)	QL (200 mL / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
galantamine hydrobromide TABS 4mg, 8mg, 12mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
memantine hcl CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml; TABS 5mg, 10mg	$0(1)	PA; PA applies if 29 years and younger
memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg titration pack	$0(2)	PA; PA applies if 29 years and younger
NAMZARIC CAP 7-10MG	$0(2)	
NAMZARIC CAP 14-10MG	$0(2)	
NAMZARIC CAP 21-10MG	$0(2)	
NAMZARIC CAP 28-10MG	$0(2)	
NAMZARIC CAP PACK	$0(2)	
rivastigmine PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr	$0(1)	QL (30 patches / 30 days)
rivastigmine tartrate CAPS 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg	$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
ANTIDEPRESSANTS - DRUGS TO TREAT DEPRESSION		
amitriptyline hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	$0(2)	
amoxapine TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	$0(2)	
AUVELITY TAB 45-105MG	$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA
bupropion hcl TABS 75mg, 100mg	$0(1)	
bupropion hcl TB12 100mg, 150mg, 200mg; TB24 150mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
bupropion hcl TB24 300mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
citalopram hydrobromide SOLN 10mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg	$0(1)	
clomipramine hcl CAPS 25mg, 50mg, 75mg	$0(2)	PA
desipramine hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	$0(2)	
desvenlafaxine succinate TB24 25mg, 50mg, 100mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
doxepin hcl CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg; CONC 10mg/ml	$0(2)	

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20mg, 30mg, 40mg, 60mg	$0(2)	QL (60 caps / 30 days), PA
duloxetine hcl 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
escitalopram oxalate SOLN 5mg/5ml; TABS 5mg, 10mg, 20mg	$0(1)	
FETZIMA CP24 20mg, 40mg	$0(2)	QL (60 caps / 30 days), PA
FETZIMA CP24 80mg, 120mg	$0(2)	QL (30 caps / 30 days), PA
FETZIMA CAP TITRATIO	$0(2)	QL (2 packs / year), PA
fluoxetine hcl CAPS 10mg, 20mg, 40mg; SOLN 20mg/5ml	$0(1)	
imipramine hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg	$0(2)	
MARPLAN TABS 10mg	$0(2)	QL (180 tabs / 30 days)
mirtazapine TABS 7.5mg, 15mg, 30mg, 45mg; TBDP 15mg, 30mg, 45mg	$0(1)	
nefazodone hcl TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	$0(1)	
nortriptyline hcl CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg; SOLN 10mg/5ml	$0(2)	
paroxetine hcl SUSP 10mg/5ml	$0(2)	QL (900 mL / 30 days), PA
paroxetine hcl TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	$0(2)	
phenelzine sulfate TABS 15mg	$0(1)	
protriptyline hcl TABS 5mg, 10mg	$0(2)	
sertraline hcl CONC 20mg/ml; TABS 25mg, 50mg, 100mg	$0(1)	
tranylcypromine sulfate TABS 10mg	$0(1)	
trazodone hcl TABS 50mg, 100mg, 150mg	$0(1)	
trimipramine maleate CAPS 25mg, 50mg	$0(2)	QL (120 caps / 30 days)
trimipramine maleate CAPS 100mg	$0(2)	QL (60 caps / 30 days)
TRINTELLIX TABS 5mg, 10mg, 20mg	$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
venlafaxine hcl CP24 37.5mg, 75mg, 150mg; TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	$0(1)	
vilazodone hcl TABS 10mg, 20mg, 40mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ZURZUVAE CAPS 20mg, 25mg	$0(2)	NDS, QL (28 caps / 14 days), NM, LA, PA
ZURZUVAE CAPS 30mg	$0(2)	NDS, QL (14 caps / 14 days), NM, LA, PA
ANTIPARKINSONIAN AGENTS - DRUGS TO TREAT PARKINSONS DISEASE		
amantadine hcl CAPS 100mg	$0(1)	QL (120 caps / 30 days)
amantadine hcl SOLN 50mg/5ml; TABS 100mg	$0(1)	
benztropine mesylate SOLN 1mg/ml	$0(1)	
benztropine mesylate TABS .5mg, 1mg, 2mg	$0(2)	PA; PA if 70 years and older
bromocriptine mesylate CAPS 5mg; TABS 2.5mg	$0(1)	
carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg	$0(1)	
carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg	$0(1)	
carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg	$0(1)	
carbidopa & levodopa tab 10-100 mg	$0(1)	
carbidopa & levodopa tab 25-100 mg	$0(1)	
carbidopa & levodopa tab 25-250 mg	$0(1)	
carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg	$0(1)	
carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg	$0(1)	
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg	$0(1)	
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg	$0(1)	
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg	$0(1)	
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg	$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg	$0(1)	
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg	$0(1)	
entacapone TABS 200mg	$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)	
pramipexole dihydrochloride TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg	$0(1)	
rasagiline mesylate TABS .5mg, 1mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ropinirole hydrochloride TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg	$0(1)	
selegiline hcl CAPS 5mg; TABS 5mg	$0(1)	
trihexyphenidyl hcl SOLN .4mg/ml; TABS 2mg, 5mg	$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)
aripiprazole SOLN 1mg/ml	$0(1)	QL (900 mL / 30 days)
aripiprazole TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
aripiprazole TBDP 10mg, 15mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml	$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml	$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 56 days)
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	$0(2)	NDS
asenapine maleate 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)

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
chlorpromazine hcl CONC 30mg/ml, 100mg/ml; SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	$0(1)	
clozapine TABS 25mg, 50mg	$0(1)	
clozapine TABS 100mg	$0(1)	QL (270 tabs / 30 days)
clozapine TABS 200mg	$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
clozapine TBDP 12.5mg, 25mg	$0(1)	PA
clozapine TBDP 100mg	$0(1)	QL (270 tabs / 30 days), PA
clozapine TBDP 150mg	$0(1)	QL (180 tabs / 30 days), PA
clozapine TBDP 200mg	$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), PA
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
FANAPT PAK	$0(2)	QL (2 packs / year), PA
fluphenazine decanoate SOLN 25mg/ml	$0(1)	
fluphenazine hcl CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	$0(1)	
haloperidol TABS .5mg, 1mg, 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	$0(1)	
haloperidol decanoate SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	$0(1)	
haloperidol lactate 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)
loxapine succinate CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	$0(1)	
lurasidone hcl TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
lurasidone hcl TABS 80mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
molindone hcl 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
olanzapine SOLR 10mg	$0(1)	QL (3 vials / 1 day)
olanzapine TABS 2.5mg, 5mg, 10mg; TBDP 10mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
olanzapine TABS 7.5mg, 15mg, 20mg; TBDP 5mg, 15mg, 20mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
paliperidone TB24 1.5mg, 3mg, 9mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
paliperidone TB24 6mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
perphenazine TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	$0(1)	
PERSERIS PRSY 90mg, 120mg	$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 30 days)
pimozide TABS 1mg, 2mg	$0(1)	
quetiapine fumarate TABS 25mg	$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
quetiapine fumarate TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
quetiapine fumarate TABS 300mg, 400mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
quetiapine fumarate TB24 50mg, 300mg, 400mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
quetiapine fumarate 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)
risperidone SOLN 1mg/ml	$0(1)	QL (240 mL / 30 days)
risperidone TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	$0(1)	
risperidone TBDP 1mg, 2mg, 3mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
risperidone TBDP 4mg	$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
risperidone TBDP .25mg, .5mg	$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
risperidone microspheres SRER 12.5mg, 25mg	$0(1)	QL (2 injections / 28 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
risperidone microspheres SRER 37.5mg, 50mg	$0(2)	NDS, QL (2 injections / 28 days)
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr	$0(2)	NDS, QL (30 patches / 30 days)
thioridazine hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	$0(1)	
thiothixene CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	$0(1)	
trifluoperazine hcl 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)
ziprasidone hcl CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
ziprasidone mesylate SOLR 20mg	$0(1)	QL (6 injections / 3 days)
ZYPREXA RELPREVV SUSR 210mg, 300mg	$0(2)	NDS, QL (2 vials / 28 days), NM, PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 405mg	$0(2)	NDS, QL (1 vial / 28 days), NM, PA
ANTISEIZURE AGENTS		
APTIOM TABS 200mg, 400mg	$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
APTIOM TABS 600mg, 800mg	$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
BRIVIACT SOLN 10mg/ml	$0(2)	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA
BRIVIACT SOLN 50mg/5ml	$0(2)	PA
BRIVIACT TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg	$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
carbamazepine CHEW 100mg; CP12 100mg, 200mg, 300mg; SUSP 100mg/5ml; TABS 200mg; TB12 100mg, 200mg, 400mg	$0(1)	
clobazam SUSP 2.5mg/ml	$0(1)	QL (480 mL / 30 days), PA
clobazam TABS 10mg, 20mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
clonazepam TABS 2mg; TBDP 2mg	$0(1)	QL (300 tabs / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
clonazepam TABS .5mg, 1mg; TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg	$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
clorazepate dipotassium 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
diazepam SOLN 5mg/5ml	$0(1)	QL (1200 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older after a 5 day supply in a calendar year
diazepam TABS 2mg, 5mg, 10mg	$0(1)	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older after a 5 day supply in a calendar year
diazepam (anticonvulsant) GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	$0(1)	
diazepam inj SOLN 5mg/ml	$0(1)	
diazepam intensol CONC 5mg/ml	$0(1)	QL (240 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older after a 5 day supply in a calendar year
DILANTIN CAPS 30mg, 100mg	$0(2)	
DILANTIN INFATABS CHEW 50mg	$0(2)	
DILANTIN-125 SUSP 125mg/5ml	$0(2)	
divalproex sodium 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
epitol TABS 200mg	$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EPRONTIA SOLN 25mg/ml	$0(2)	QL (480 mL / 30 days), PA
ethosuximide CAPS 250mg; SOLN 250mg/5ml	$0(1)	
felbamate SUSP 600mg/5ml	$0(2)	NDS
felbamate 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
gabapentin CAPS 100mg, 300mg, 400mg	$0(1)	QL (180 caps / 30 days)
gabapentin SOLN 250mg/5ml, 300mg/6ml	$0(1)	QL (2160 mL / 30 days)
gabapentin TABS 600mg	$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
gabapentin TABS 800mg	$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
lacosamide SOLN 200mg/20ml	$0(1)	
lacosamide TABS 50mg	$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
lacosamide TABS 100mg, 150mg, 200mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
lacosamide oral SOLN 10mg/ml	$0(1)	QL (1200 mL / 30 days)
lamotrigine CHEW 5mg, 25mg; TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg; TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg	$0(1)	
levetiracetam SOLN 100mg/ml, 500mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	$0(1)	
levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml	$0(1)	
levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml	$0(1)	
levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml	$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LIBERVANT FILM 5mg, 7.5mg, 10mg, 12.5mg, 15mg	$0(2)	
methsuximide CAPS 300mg	$0(1)	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	$0(2)	
oxcarbazepine SUSP 300mg/5ml; TABS 150mg, 300mg, 600mg	$0(1)	
phenobarbital ELIX 20mg/5ml	$0(2)	QL (1500 mL / 30 days), PA; PA if 70 years and older
phenobarbital TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg	$0(2)	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
phenobarbital sodium SOLN 65mg/ml, 130mg/ml	$0(2)	PA; PA if 70 years and older
phenytek CAPS 200mg, 300mg	$0(1)	
phenytoin CHEW 50mg; SUSP 125mg/5ml	$0(1)	
phenytoin sodium SOLN 50mg/ml	$0(1)	
phenytoin sodium extended CAPS 100mg, 200mg, 300mg	$0(1)	
pregabalin CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	$0(1)	QL (120 caps / 30 days), PA
pregabalin CAPS 200mg	$0(1)	QL (90 caps / 30 days), PA
pregabalin CAPS 225mg, 300mg	$0(1)	QL (60 caps / 30 days), PA
pregabalin SOLN 20mg/ml	$0(1)	QL (900 mL / 30 days), PA
primidone TABS 50mg, 125mg, 250mg	$0(1)	
roweepra TABS 500mg	$0(1)	
rufinamide SUSP 40mg/ml	$0(2)	NDS, QL (2400 mL / 30 days), PA
rufinamide TABS 200mg	$0(1)	QL (480 tabs / 30 days), PA
rufinamide TABS 400mg	$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), PA
SPRITAM TB3D 250mg	$0(2)	QL (360 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 500mg	$0(2)	QL (180 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 750mg	$0(2)	QL (120 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 1000mg	$0(2)	QL (90 tabs / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
subvenite TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	$0(1)	
SYMPAZAN FILM 5mg, 10mg, 20mg	$0(2)	NDS, QL (60 films / 30 days), PA
tiagabine hcl TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	$0(1)	
topiramate CPSP 15mg, 25mg; TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	$0(1)	
valproate sodium SOLN 100mg/ml, 250mg/5ml	$0(1)	
valproic acid 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)	
vigabatrin PACK 500mg	$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
vigabatrin TABS 500mg	$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
vigadrone PACK 500mg	$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
vigadrone TABS 500mg	$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
vigpoder PACK 500mg	$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
XCOPRI TABS 25mg, 50mg, 100mg	$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
XCOPRI TABS 150mg, 200mg	$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
XCOPRI PAK 12.5-25	$0(2)	QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 50-100MG	$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 100-150	$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
ZONISADE SUSP 100mg/5ml	$0(2)	NDS, QL (900 mL / 30 days), PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
zonisamide CAPS 25mg, 50mg, 100mg	$0(1)	
ZTALMY SUSP 50mg/ml	$0(2)	NDS, QL (1100 mL / 30 days), NM, LA, PA
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER - DRUGS TO TREAT ADHD		
amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg	$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg	$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg	$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg	$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg	$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg	$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg	$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
atomoxetine hcl CAPS 10mg, 18mg, 25mg	$0(1)	QL (120 caps / 30 days)
atomoxetine hcl CAPS 40mg	$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
atomoxetine hcl CAPS 60mg, 80mg, 100mg	$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
dexmethylphenidate hcl TABS 2.5mg, 5mg	$0(1)	QL (120 tabs / 30 days), PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
dexmethylphenidate hcl TABS 10mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
guanfacine hcl (adhd) TB24 1mg, 2mg, 4mg	$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
guanfacine hcl (adhd) TB24 3mg	$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
methylphenidate hcl SOLN 5mg/5ml	$0(1)	QL (1800 mL / 30 days), PA
methylphenidate hcl SOLN 10mg/5ml	$0(1)	QL (900 mL / 30 days), PA
methylphenidate hcl TABS 5mg, 10mg	$0(1)	QL (180 tabs / 30 days), PA
methylphenidate hcl TABS 20mg; TBCR 10mg, 20mg	$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
HYPNOTICS - DRUGS TO TREAT INSOMNIA		
DAYVIGO TABS 5mg, 10mg	$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
doxepin hcl (sleep) TABS 3mg, 6mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
eszopiclone 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
tasimelteon CAPS 20mg	$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
temazepam CAPS 7.5mg, 30mg	$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA; PA if 65 years and older
temazepam CAPS 15mg	$0(1)	QL (60 caps / 30 days), PA; PA if 65 years and older
zaleplon 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
zaleplon 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
zolpidem tartrate 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

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MIGRAINE - DRUGS TO TREAT SEVERE HEADACHES		
AIMOVIG SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml	$0(2)	QL (1 pen / 30 days), NM, PA
dihydroergotamine mesylate SOLN 1mg/ml	$0(2)	NDS
dihydroergotamine mesylate SOLN 4mg/ml	$0(2)	NDS, QL (8 mL / 30 days), PA
ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg	$0(1)	QL (40 tabs / 28 days), PA
naratriptan hcl TABS 1mg, 2.5mg	$0(1)	QL (12 tabs / 30 days)
NURTEC TBDP 75mg	$0(2)	QL (16 tabs / 30 days), PA
QULIPTA TABS 10mg, 30mg, 60mg	$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA
rizatriptan benzoate TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg	$0(1)	QL (18 tabs / 30 days)
sumatriptan SOLN 5mg/act	$0(1)	QL (24 units / 30 days)
sumatriptan SOLN 20mg/act	$0(1)	QL (12 units / 30 days)
sumatriptan succinate SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml	$0(1)	QL (18 injections / 30 days)
sumatriptan succinate SOAJ 6mg/0.5ml; SOCT 6mg/0.5ml; SOLN 6mg/0.5ml	$0(1)	QL (12 injections / 30 days)
sumatriptan succinate TABS 25mg, 50mg, 100mg	$0(1)	QL (12 tabs / 30 days)
UBRELVY TABS 50mg, 100mg	$0(2)	QL (16 tabs / 30 days), PA
MISCELLANEOUS		
AUSTEDO TABS 6mg	$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg	$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
AUSTEDO XR TB24 6mg	$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 12mg	$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 18mg, 24mg	$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 30mg, 36mg, 42mg, 48mg	$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TAB TITR KIT	$0(2)	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
lithium SOLN 8meq/5ml	$0(1)	
lithium carbonate CAPS 150mg, 300mg, 600mg; TABS 300mg; TBCR 300mg, 450mg	$0(1)	
NUEDEXTA CAP 20-10MG	$0(2)	QL (60 caps / 30 days), PA
pyridostigmine bromide TABS 60mg	$0(1)	
riluzole TABS 50mg	$0(1)	
tetrabenazine TABS 12.5mg	$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
tetrabenazine 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
dalfampridine TB12 10mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
fingolimod hcl CAPS .5mg	$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
glatiramer acetate SOSY 20mg/ml	$0(2)	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
glatiramer acetate SOSY 40mg/ml	$0(2)	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
glatopa SOSY 20mg/ml	$0(2)	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
glatopa 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		
baclofen TABS 5mg	$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
baclofen TABS 10mg, 20mg	$0(1)	

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

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

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
nicotine transdermal syst PT24 7mg/24hr, 14mg/24hr, 21mg/24hr	$0(3)	NM; *
NICOTROL INHALER INHA 10mg	$0(2)	
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	$0(2)	
sm nicotine GUM 4mg; LOZG 2mg	$0(3)	NM; *
sm nicotine polacrilex GUM 2mg, 4mg; LOZG 2mg, 4mg	$0(3)	NM; *
sm nicotine transdermal s PT24 7mg/24hr, 14mg/24hr, 21mg/24hr	$0(3)	NM; *
varenicline tartrate TABS .5mg, 1mg	$0(1)	QL (56 tabs / 28 days), PA
varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack	$0(1)	QL (2 packs / year), PA
VIVITROL SUSR 380mg	$0(2)	NDS, NM
ENDOCRINE AND METABOLIC - DRUGS TO TREAT DIABETES AND REGULATE HORMONES		
ANDROGENS - DRUGS TO REGULATE MALE HORMONES		
depo-testosterone SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	$0(1)	PA
methyltestosterone CAPS 10mg	$0(2)	NDS, QL (600 caps / 30 days), PA
testosterone GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm	$0(1)	QL (300 gm / 30 days), PA
testosterone GEL 1.62%	$0(1)	QL (150 gm / 30 days), PA
testosterone cypionate SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	$0(1)	PA
testosterone enanthate SOLN 200mg/ml	$0(1)	PA
ANTIDIABETICS		
acarbose 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)
glimepiride TABS 1mg, 2mg	$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
glimepiride TABS 4mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
glipizide TABS 5mg	$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
glipizide TABS 10mg	$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
glipizide TB24 2.5mg, 5mg	$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
glipizide TB24 10mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
glipizide xl TB24 2.5mg, 5mg	$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
glipizide xl TB24 10mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg	$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg	$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg	$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-500MG	$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-1000	$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-500MG	$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-1000	$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 100-1000	$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg	$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
JARDIANCE TABS 10mg, 25mg	$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-500	$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-850	$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-1000	$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
metformin hcl TABS 500mg	$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
metformin hcl TABS 850mg	$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
metformin hcl TABS 1000mg	$0(1)	QL (75 tabs / 30 days)
metformin hcl TB24 500mg	$0(1)	QL (120 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
metformin hcl TB24 750mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
MOUNJARO SOPN 2.5mg/0.5ml, 5mg/0.5ml, 7.5mg/0.5ml, 10mg/0.5ml, 12.5mg/0.5ml, 15mg/0.5ml	$0(2)	QL (4 pens / 28 days), PA
nateglinide TABS 60mg, 120mg	$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XIGDUO XR TAB 10-1000	$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
ANTIDIABETICS, INSULINS		
ADMELOG SOLN 100unit/ml	$0(2)	
ADMELOG SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	$0(2)	
BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml	$0(2)	
BD ALCOHOL SWABS	$0(2)	
FIASP SOLN 100unit/ml	$0(2)	
FIASP FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml	$0(2)	
FIASP PENFILL SOCT 100unit/ml	$0(2)	
FIASP PUMPCART SOCT 100unit/ml	$0(2)	B/D
GAUZE PADS 2” X 2”	$0(2)	
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml	$0(2)	NDS, B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml	$0(2)	NDS
INSULIN PEN NEEDLES: BD/NOVO	$0(2)	
INSULIN SAFETY NEEDLES	$0(2)	
INSULIN SYRINGES: BD	$0(2)	
LANTUS SOLN 100unit/ml	$0(2)	
LANTUS SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	$0(2)	
NOVOLIN INJ 70/30	$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN INJ 70/30 FP	$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml	$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml	$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml	$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml	$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ 70/30	$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	$0(2)	(brand RELION not covered)
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO	$0(2)	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS	$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO	$0(2)	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS	$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD DASH KIT INTRO	$0(2)	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD DASH MIS PODS	$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY	$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY	$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY	$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY	$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY	$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY	$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD MIS CLASSIC	$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
SOLIQUA INJ 100/33	$0(2)	QL (5 pens / 25 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	$0(2)	
TOUJEO SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	$0(2)	
TRESIBA SOLN 100unit/ml	$0(2)	
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml	$0(2)	
V-GO 20 KIT	$0(2)	QL (30 devices / 30 days), PA
V-GO 30 KIT	$0(2)	QL (30 devices / 30 days), PA
V-GO 40 KIT	$0(2)	QL (30 devices / 30 days), PA
XULTOPHY INJ 100/3.6	$0(2)	QL (5 pens / 30 days)
CALCIUM REGULATORS		
alendronate sodium SOLN 70mg/75ml; TABS 10mg, 35mg, 70mg	$0(1)	
calcitonin (salmon) spray SOLN 200unit/act	$0(1)	B/D
ibandronate sodium 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
pamidronate disodium SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml	$0(1)	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml	$0(2)	QL (1 syringe / 180 days), NM
risedronate sodium 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

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
zoledronic acid CONC 4mg/5ml; SOLN 5mg/100ml	$0(1)	B/D, NM
CHELATING AGENTS		
CHEMET CAPS 100mg	$0(2)	NDS
deferasirox PACK 90mg, 180mg, 360mg; TABS 180mg, 360mg	$0(2)	NDS, NM, PA
deferasirox TABS 90mg	$0(1)	NM, PA
kionex SUSP 15gm/60ml	$0(1)	
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	$0(2)	
penicillamine TABS 250mg	$0(2)	NDS, NM
sodium polystyrene sulfonate powder	$0(1)	
sps SUSP 15gm/60ml	$0(1)	
trientine hcl CAPS 250mg	$0(2)	NDS, NM, PA
VELTASSA PACK 8.4gm, 16.8gm, 25.2gm	$0(2)	
CONTRACEPTIVES - DRUGS FOR BIRTH CONTROL		
afirmelle	$0(1)	
altavera	$0(1)	
alyacen 1/35	$0(1)	
alyacen 7/7/7	$0(1)	
amethia	$0(1)	
apri	$0(1)	
aranelle	$0(1)	
ashlyna	$0(1)	
aubra eq	$0(1)	
aurovela 1/20	$0(1)	
aurovela 24 fe	$0(1)	
aurovela fe 1.5/30	$0(1)	
aurovela fe 1/20	$0(1)	
aviane	$0(1)	
ayuna	$0(1)	
azurette	$0(1)	
balziva	$0(1)	
blisovi 24 fe	$0(1)	
blisovi fe 1.5/30	$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
briellyn	$0(1)	
camila TABS .35mg	$0(1)	
camrese	$0(1)	
camrese lo	$0(1)	
chateal eq	$0(1)	
cryselle-28	$0(1)	
cyred eq	$0(1)	
dasetta 1/35	$0(1)	
dasetta 7/7/7	$0(1)	
daysee	$0(1)	
deblitane TABS .35mg	$0(1)	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY 104mg/0.65ml	$0(2)	
desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)	$0(1)	
desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg	$0(1)	
drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.03-0.451 mg	$0(1)	
drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg	$0(1)	
drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg	$0(1)	
econtra ez TABS 1.5mg	$0(3)	NM; *
econtra one-step TABS 1.5mg	$0(3)	NM; *
elinest	$0(1)	
eluryng	$0(1)	
emzahh TABS .35mg	$0(1)	
enilloring	$0(1)	
enpresse-28	$0(1)	
enskyce	$0(1)	
errin TABS .35mg	$0(1)	
estarylla	$0(1)	
ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg	$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg	$0(1)	
etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-0.015 mg/24hr	$0(1)	
falmina	$0(1)	
finzala	$0(1)	
hailey 1.5/30	$0(1)	
hailey 24 fe	$0(1)	
haloette	$0(1)	
heather TABS .35mg	$0(1)	
iclevia	$0(1)	
incassia TABS .35mg	$0(1)	
introvale	$0(1)	
isibloom	$0(1)	
jasmiel	$0(1)	
jolessa	$0(1)	
juleber	$0(1)	
junel 1.5/30	$0(1)	
junel 1/20	$0(1)	
junel fe 1.5/30	$0(1)	
junel fe 1/20	$0(1)	
junel fe 24	$0(1)	
kaitlib fe	$0(1)	
kariva	$0(1)	
kelnor 1/35	$0(1)	
kelnor 1/50	$0(1)	
kurvelo	$0(1)	
larin 1.5/30	$0(1)	
larin 1/20	$0(1)	
larin 24 fe	$0(1)	
larin fe 1.5/30	$0(1)	
larin fe 1/20	$0(1)	
layolis fe	$0(1)	
leena	$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
lessina	$0(1)	
levonest	$0(1)	
levonor-eth est tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg &eth est 0.01 mg	$0(1)	
levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)	$0(1)	
levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)	$0(1)	
levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg	$0(1)	
levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg	$0(1)	
levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg	$0(1)	
levonorgestrel (emergency oc) TABS 1.5mg	$0(3)	NM; *
levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg	$0(1)	
levora 0.15/30-28	$0(1)	
loestrin 1.5/30-21	$0(1)	
loestrin 1/20-21	$0(1)	
loestrin fe 1.5/30	$0(1)	
loestrin fe 1/20	$0(1)	
loryna	$0(1)	
low-ogestrel	$0(1)	
lutera	$0(1)	
lyleq TABS .35mg	$0(1)	
lyza TABS .35mg	$0(1)	
marlissa	$0(1)	
medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml	$0(1)	
mibelas 24 fe	$0(1)	
microgestin 1.5/30	$0(1)	
microgestin 1/20	$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
microgestin 24 fe	$0(1)	
microgestin fe 1.5/30	$0(1)	
microgestin fe 1/20	$0(1)	
mili	$0(1)	
mono-linyah	$0(1)	
my choice TABS 1.5mg	$0(3)	NM; *
my way TABS 1.5mg	$0(3)	NM; *
necon 0.5/35-28	$0(1)	
new day TABS 1.5mg	$0(3)	NM; *
nikki	$0(1)	
nora-be TABS .35mg	$0(1)	
norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr	$0(1)	
norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg	$0(1)	
norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.8 mg-25 mcg	$0(1)	
norethindrone (contraceptive) TABS .35mg	$0(1)	
norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg	$0(1)	
norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg	$0(1)	
norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg	$0(1)	
norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg	$0(1)	
norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab 1 mg-20 mcg (24)	$0(1)	
norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg	$0(1)	
norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg	$0(1)	
norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg	$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
norlyroc TABS .35mg	$0(1)	
nortrel 0.5/35 (28)	$0(1)	
nortrel 1/35 (21)	$0(1)	
nortrel 1/35 (28)	$0(1)	
nortrel 7/7/7	$0(1)	
nylia 1/35	$0(1)	
nylia 7/7/7	$0(1)	
nymyo	$0(1)	
ocella	$0(1)	
opcicon one-step TABS 1.5mg	$0(3)	NM; *
option 2 TABS 1.5mg	$0(3)	NM; *
philith	$0(1)	
pimtrea	$0(1)	
portia-28	$0(1)	
reclipsen	$0(1)	
rivelsa	$0(1)	
setlakin	$0(1)	
sharobel TABS .35mg	$0(1)	
simliya	$0(1)	
simpesse	$0(1)	
sprintec 28	$0(1)	
sronyx	$0(1)	
syeda	$0(1)	
tarina 24 fe	$0(1)	
tarina fe 1/20 eq	$0(1)	
tilia fe	$0(1)	
tri-estarylla	$0(1)	
tri-legest fe	$0(1)	
tri-linyah	$0(1)	
tri-lo-estarylla	$0(1)	
tri-lo-marzia	$0(1)	
tri-lo-mili	$0(1)	
tri-lo-sprintec	$0(1)	
tri-mili	$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
tri-nymyo	$0(1)	
tri-sprintec	$0(1)	
tri-vylibra	$0(1)	
tri-vylibra lo	$0(1)	
trivora-28	$0(1)	
turqoz	$0(1)	
tydemy	$0(1)	
velivet	$0(1)	
vestura	$0(1)	
vienva	$0(1)	
viorele	$0(1)	
vyfemla	$0(1)	
vylibra	$0(1)	
wera	$0(1)	
wymzya fe	$0(1)	
xulane	$0(1)	
zafemy	$0(1)	
zovia 1/35	$0(1)	
zumandimine	$0(1)	
ENDOMETRIOSIS		
danazol CAPS 50mg, 100mg, 200mg	$0(1)	
SYNAREL SOLN 2mg/ml	$0(2)	NDS, PA
ESTROGENS - DRUGS TO REGULATE FEMALE HORMONES		
dotti PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	$0(2)	
estradiol PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr; PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr; TABS .5mg, 1mg, 2mg	$0(2)	
estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg	$0(2)	
estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg	$0(2)	

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
prednisone SOLN 5mg/5ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	$0(1)	B/D
prednisone 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		
diazoxide SUSP 50mg/ml	$0(2)	NDS
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	$0(2)	
GVOKE KIT SOLN 1mg/0.2ml	$0(2)	
GVOKE PFS SOSY 1mg/0.2ml	$0(2)	
MISCELLANEOUS		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	$0(2)	NDS, NM, LA, PA
betaine powder for oral solution	$0(2)	NDS, NM, LA
cabergoline TABS .5mg	$0(1)	
carglumic acid 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
cinacalcet hcl TABS 30mg, 60mg	$0(1)	B/D, QL (60 tabs / 30 days), NM
cinacalcet hcl TABS 90mg	$0(2)	NDS, B/D, QL (120 tabs / 30 days), NM
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	$0(2)	NM, LA, PA
desmopressin acetate SOLN 4mcg/ml	$0(2)	NDS
desmopressin acetate TABS .1mg, .2mg	$0(1)	
desmopressin acetate spray SOLN .01%	$0(1)	
desmopressin acetate spray refrigerated 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

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
javygtor PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	$0(2)	NDS, NM, LA, PA
KORLYM TABS 300mg	$0(2)	NDS, NM, LA, PA
lanreotide acetate SOLN 120mg/0.5ml	$0(2)	NDS, NM, PA
levocarnitine (metabolic modifiers) SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	$0(1)	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	$0(2)	NDS, NM, 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
mifepristone (hyperglycemia) TABS 300mg	$0(2)	NDS, NM, PA
miglustat CAPS 100mg	$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	$0(2)	NDS, NM, LA, PA
nitisinone CAPS 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	$0(2)	NDS, NM, PA
octreotide acetate SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml	$0(1)	NM, PA
octreotide acetate SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	$0(2)	NDS, NM, PA
raloxifene hcl TABS 60mg	$0(1)	
sapropterin dihydrochloride PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	$0(2)	NDS, NM, PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	$0(2)	NDS, NM, LA, PA
sodium phenylbutyrate 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

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

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

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CALCIUM CARBONATE SUSP 1250mg/5ml	$0(3)	NM; *
calcium carbonate (antacid) SUSP 1250mg/5ml	$0(3)	NM; *
gnp antacid CHEW 500mg	$0(3)	NM; *
gnp antacid & anti-gas/re	$0(3)	NM; *
gnp antacid and anti-gas/	$0(3)	NM; *
gnp antacid anti-gas/maxi	$0(3)	NM; *
gnp antacid extra strengt CHEW 750mg	$0(3)	NM; *
gnp antacid/regular stren	$0(3)	NM; *
heartburn relief extra st	$0(3)	NM; *
hm antacid CHEW 500mg	$0(3)	NM; *
hm antacid anti-gas extra	$0(3)	NM; *
hm antacid extra strength CHEW 750mg	$0(3)	NM; *
mag-al plus	$0(3)	NM; *
mag-al plus xs	$0(3)	NM; *
magnesium oxide TABS 400mg, 420mg	$0(3)	NM; *
mintox maximum strength	$0(3)	NM; *
mintox plus	$0(3)	NM; *
qc antacid CHEW 500mg	$0(3)	NM; *
qc antacid extra strength CHEW 750mg	$0(3)	NM; *
qc antacid/anti-gas	$0(3)	NM; *
qc antacid/anti-gas maxim	$0(3)	NM; *
qc heartburn antacid	$0(3)	NM; *
sm antacid CHEW 500mg	$0(3)	NM; *
sm antacid advanced	$0(3)	NM; *
sm antacid advanced maxi	$0(3)	NM; *
sm antacid extra strength CHEW 750mg	$0(3)	NM; *
sm antacid maximum streng	$0(3)	NM; *
sm calcium antacid extra CHEW 750mg	$0(3)	NM; *
smooth antacid extra stre CHEW 750mg	$0(3)	NM; *
sodium bicarbonate (antacid) TABS 325mg, 650mg	$0(3)	NM; *
SODIUM POW BICARBON	$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTI-DIARRHEAL		
anti-diarrheal CAPS 2mg; SOLN 1mg/7.5ml; TABS 2mg	$0(3)	NM; *
bismatrol CHEW 262mg	$0(3)	NM; *
bismuth subsalicylate CHEW 262mg	$0(3)	NM; *
gnp anti-diarrheal CAPS 2mg; TABS 2mg	$0(3)	NM; *
gnp loperamide hydrochlor SOLN 1mg/7.5ml	$0(3)	NM; *
gnp pink bismuth CHEW 262mg	$0(3)	NM; *
gnp stomach relief SUSP 525mg/30ml	$0(3)	NM; *
goodsense anti-diarrheal SOLN 1mg/7.5ml	$0(3)	NM; *
loperamide hcl SOLN 1mg/7.5ml, 2mg/15ml; TABS 2mg	$0(3)	NM; *
qc anti-diarrheal CAPS 2mg; TABS 2mg	$0(3)	NM; *
qc pink bismuth SUSP 525mg/15ml	$0(3)	NM; *
qc stomach relief CHEW 262mg; SUSP 525mg/30ml; TABS 262mg	$0(3)	NM; *
qc stomach relief ultra SUSP 525mg/15ml	$0(3)	NM; *
sm anti-diarrheal CAPS 2mg; SOLN 1mg/7.5ml; TABS 2mg	$0(3)	NM; *
sm stomach relief CHEW 262mg; TABS 262mg	$0(3)	NM; *
sm stomach relief liquid SUSP 525mg/30ml	$0(3)	NM; *
stomach relief CHEW 262mg; SUSP 525mg/30ml; TABS 262mg	$0(3)	NM; *
stomach relief extra stre SUSP 525mg/15ml	$0(3)	NM; *
stomach relief ultra SUSP 525mg/15ml	$0(3)	NM; *
ANTIEMETICS - DRUGS FOR NAUSEA AND VOMITING		
anti-nausea	$0(3)	NM; *
aprepitant CAPS 40mg, 80mg, 125mg	$0(1)	B/D
aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg	$0(1)	B/D

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
compro SUPP 25mg	$0(1)	
driminate TABS 50mg	$0(3)	NM; *
dronabinol CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg	$0(1)	B/D, QL (60 caps / 30 days)
gnp motion sickness relie TABS 25mg, 50mg	$0(3)	NM; *
gnp nausea relief	$0(3)	NM; *
granisetron hcl SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml	$0(1)	
granisetron hcl TABS 1mg	$0(1)	B/D
hm motion sickness TABS 50mg	$0(3)	NM; *
meclizine hcl CHEW 25mg; TABS 12.5mg	$0(3)	NM; *
meclizine hcl TABS 12.5mg, 25mg	$0(2)	
metoclopramide hcl SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml; TABS 5mg, 10mg	$0(1)	
motion sickness relief TABS 50mg	$0(3)	NM; *
motion sickness relief/le TABS 25mg	$0(3)	NM; *
motion-time CHEW 25mg	$0(3)	NM; *
nausea relief	$0(3)	NM; *
ondansetron TBDP 4mg, 8mg	$0(1)	B/D
ondansetron hcl SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml; SOSY 4mg/2ml	$0(1)	
ondansetron hcl SOLN 4mg/5ml; TABS 4mg, 8mg	$0(1)	B/D
prochlorperazine SUPP 25mg	$0(1)	
prochlorperazine edisylate SOLN 10mg/2ml	$0(1)	
prochlorperazine maleate TABS 5mg, 10mg	$0(1)	
promethazine hcl SOLN 6.25mg/5ml, 25mg/ml, 50mg/ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	$0(2)	PA; PA if 70 years and older
qc motion sickness relief TABS 50mg	$0(3)	NM; *
qc travel ease CHEW 25mg	$0(3)	NM; *
scopolamine PT72 1mg/3days	$0(2)	QL (10 patches / 30 days), PA; PA if 70 years and older
sm motion sickness TABS 25mg, 50mg	$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTISPASMODICS - DRUGS FOR STOMACH SPASMS		
dicyclomine hcl CAPS 10mg; SOLN 10mg/5ml; TABS 20mg	$0(2)	
glycopyrrolate TABS 1mg	$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
glycopyrrolate TABS 2mg	$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
H2-RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
acid reducer TABS 10mg	$0(3)	NM; *
acid reducer original str TABS 10mg	$0(3)	NM; *
famotidine SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml	$0(1)	
famotidine SUSR 40mg/5ml	$0(1)	QL (300 mL / 30 days)
famotidine TABS 10mg	$0(3)	NM; *
famotidine TABS 20mg	$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
famotidine TABS 40mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml	$0(1)	
famotidine original stren TABS 10mg	$0(3)	NM; *
gnp acid reducer TABS 10mg	$0(3)	NM; *
heartburn relief TABS 10mg	$0(3)	NM; *
nizatidine CAPS 150mg, 300mg	$0(1)	
qc famotidine acid reduce TABS 10mg	$0(3)	NM; *
sm acid reducer TABS 10mg	$0(3)	NM; *
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
balsalazide disodium CAPS 750mg	$0(1)	
budesonide CPEP 3mg	$0(1)	QL (90 caps / 30 days), PA
budesonide TB24 9mg	$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
hydrocortisone (intrarectal) ENEM 100mg/60ml	$0(1)	
mesalamine CP24 .375gm	$0(1)	QL (120 caps / 30 days)
mesalamine CPDR 400mg	$0(1)	QL (180 caps / 30 days)
mesalamine ENEM 4gm; SUPP 1000mg	$0(1)	
mesalamine TBEC 1.2gm	$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
mesalamine w/ cleanser KIT 4gm	$0(1)	
sulfasalazine TABS 500mg; TBEC 500mg	$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LAXATIVES		
bisacodyl SUPP 10mg	$0(3)	NM; *
bisacodyl ec TBEC 5mg	$0(3)	NM; *
calcium polycarbophil TABS 625mg	$0(3)	NM; *
chocolated laxative regul CHEW 15mg	$0(3)	NM; *
clearlax POWD 17gm/scoop	$0(3)	NM; *
colace 2-in-1	$0(3)	NM; *
COLACE CLEAR CAPS 50mg	$0(3)	NM; *
constulose SOLN 10gm/15ml	$0(1)	
docusate calcium CAPS 240mg	$0(3)	NM; *
docusate mini ENEM 283mg/5ml	$0(3)	NM; *
docusate sodium CAPS 100mg, 250mg; LIQD 50mg/5ml, 100mg/10ml	$0(3)	NM; *
DOCUSOL KIDS ENEM 100mg/5ml	$0(3)	NM; *
docusol mini ENEM 283mg/5ml	$0(3)	NM; *
docusol plus mini-enema	$0(3)	NM; *
dok TABS 100mg	$0(3)	NM; *
enema ready-to-use	$0(3)	NM; *
enemeez mini ENEM 283mg/5ml	$0(3)	NM; *
enemeez plus	$0(3)	NM; *
enulose SOLN 10gm/15ml	$0(1)	
fiber laxative TABS 625mg	$0(3)	NM; *
fiber-lax TABS 625mg	$0(3)	NM; *
FLEET ENE PED	$0(3)	NM; *
gavilax POWD 17gm/scoop	$0(3)	NM; *
gavilyte-c	$0(1)	
gavilyte-g	$0(1)	
generlac SOLN 10gm/15ml	$0(1)	
gentle laxative SUPP 10mg; TBEC 5mg	$0(3)	NM; *
glycerin (laxative) SUPP 2gm	$0(3)	NM; *
glycerin childrens SUPP 1gm	$0(3)	NM; *
gnp clearlax PACK 17gm; POWD 17gm/scoop	$0(3)	NM; *
gnp fiber therapy TABS 500mg	$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
gnp gentle laxative SUPP 10mg; TBEC 5mg	$0(3)	NM; *
gnp milk of magnesia SUSP 1200mg/15ml	$0(3)	NM; *
gnp natural fiber CAPS .52gm	$0(3)	NM; *
gnp senna lax TABS 8.6mg	$0(3)	NM; *
gnp senna plus	$0(3)	NM; *
gnp stool softener CAPS 100mg, 240mg, 250mg	$0(3)	NM; *
gnp stool softener/stimul	$0(3)	NM; *
gnp womens gentle laxativ TBEC 5mg	$0(3)	NM; *
goodsense clearlax POWD 17gm/scoop	$0(3)	NM; *
healthylax PACK 17gm	$0(3)	NM; *
hm clearlax POWD 17gm/scoop	$0(3)	NM; *
hm enema saline laxative	$0(3)	NM; *
hm gentle laxative SUPP 10mg	$0(3)	NM; *
hm laxative TBEC 5mg	$0(3)	NM; *
hm milk of magnesia SUSP 1200mg/15ml	$0(3)	NM; *
hm senna TABS 8.6mg	$0(3)	NM; *
hm stool softener CAPS 100mg, 250mg	$0(3)	NM; *
hm stool softener/stimula	$0(3)	NM; *
lactulose SOLN 10gm/15ml	$0(1)	
lactulose (encephalopathy) SOLN 10gm/15ml	$0(1)	
laxative maximum strength TABS 25mg	$0(3)	NM; *
laxative regular strength TABS 15mg	$0(3)	NM; *
milk of magnesia SUSP 7.75%, 400mg/5ml, 1200mg/15ml, 2400mg/30ml	$0(3)	NM; *
MILK OF MAGNESIA CONCENTR SUSP 2400mg/10ml	$0(3)	NM; *
PEDIA-LAX LIQD 50mg/15ml; SUPP 2.8gm	$0(3)	NM; *
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm	$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm	$0(1)	
PLENVU SOL	$0(2)	
polyethylene glycol 3350 PACK 17gm; POWD 17gm/scoop	$0(3)	NM; *
qc chocolated laxative CHEW 15mg	$0(3)	NM; *
qc enema	$0(3)	NM; *
qc fiber TABS 625mg	$0(3)	NM; *
qc fiber therapy POWD 25%, 51.7%; TABS 500mg	$0(3)	NM; *
qc gentle laxative SUPP 10mg	$0(3)	NM; *
qc gentle laxative womens TBEC 5mg	$0(3)	NM; *
qc laxative TBEC 5mg	$0(3)	NM; *
qc milk of magnesia SUSP 400mg/5ml	$0(3)	NM; *
qc natura-lax POWD 17gm/scoop	$0(3)	NM; *
qc stool softener CAPS 100mg, 250mg	$0(3)	NM; *
qc stool softener plus la	$0(3)	NM; *
qc stool softener plus st	$0(3)	NM; *
qc vegetable laxative TABS 8.6mg	$0(3)	NM; *
senexon-s	$0(3)	NM; *
senna plus	$0(3)	NM; *
SENNA PLUS CAP 8.6-50MG	$0(3)	NM; *
senna regular strength TABS 8.6mg	$0(3)	NM; *
senna-lax TABS 8.6mg	$0(3)	NM; *
senna-time TABS 8.6mg	$0(3)	NM; *
senna-time s	$0(3)	NM; *
sennosides CAPS 8.6mg; LIQD 8.8mg/5ml; SYRP 8.8mg/5ml; TABS 8.6mg	$0(3)	NM; *
sennosides-docusate sodium tab 8.6-50 mg	$0(3)	NM; *
senokot extra strength TABS 17.2mg	$0(3)	NM; *
sm clearlax POWD 17gm/scoop	$0(3)	NM; *
sm enema	$0(3)	NM; *
sm fiber TABS 625mg	$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
sm fiber laxative TABS 500mg	$0(3)	NM; *
sm gentle laxative TBEC 5mg	$0(3)	NM; *
sm milk of magnesia SUSP 1200mg/15ml	$0(3)	NM; *
sm stool softener CAPS 100mg; TABS 100mg	$0(3)	NM; *
sm stool softener/stimula	$0(3)	NM; *
sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml	$0(1)	
sodium phosphates - enema**	$0(3)	NM; *
soluble fiber	$0(3)	NM; *
SORBITOL SOLN 70%	$0(3)	NM; *
stimulant laxative	$0(3)	NM; *
STL SOFT/LAX CAP 8.6-50MG	$0(3)	NM; *
stool softener CAPS 100mg	$0(3)	NM; *
stool softener + stimulan	$0(3)	NM; *
MISCELLANEOUS		
alosetron hcl TABS .5mg, 1mg	$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
cromolyn sodium (mastocytosis) CONC 100mg/5ml	$0(1)	
diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml	$0(2)	
diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg	$0(2)	
GATTEX KIT 5mg	$0(2)	NDS, NM, LA, PA
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg	$0(2)	QL (30 caps / 30 days)
loperamide hcl CAPS 2mg	$0(1)	
misoprostol TABS 100mcg, 200mcg	$0(1)	
MOVANTIK TABS 12.5mg, 25mg	$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml	$0(2)	NDS, QL (28 syringes / 28 days), PA
sucralfate TABS 1gm	$0(1)	
ursodiol CAPS 300mg; TABS 250mg, 500mg	$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XERMELO TABS 250mg	$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 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)	
ZENPEP CAP 60000UNT	$0(2)	
PROTON PUMP INHIBITORS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
esomeprazole magnesium CPDR 20mg, 40mg	$0(1)	QL (30 caps / 30 days), ST
lansoprazole CPDR 15mg, 30mg	$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
omeprazole CPDR 10mg, 20mg, 40mg	$0(1)	
pantoprazole sodium SOLR 40mg; TBEC 20mg, 40mg	$0(1)	
rabeprazole sodium TBEC 20mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
GENITOURINARY - DRUGS TO TREAT GENITAL AND URINARY TRACT CONDITIONS		
BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA - DRUGS TO TREAT ENLARGED PROSTATE		
alfuzosin hcl TB24 10mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
dutasteride CAPS .5mg	$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg	$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
finasteride TABS 5mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
tamsulosin hcl CAPS .4mg	$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
MISCELLANEOUS		
acetic acid SOLN .25%	$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
bethanechol chloride TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	$0(1)	
potassium citrate (alkalinizer) TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	$0(1)	
URINARY ANTISPASMODICS - DRUGS TO TREAT URINARY INCONTINENCE		
GEMTESA TABS 75mg	$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
MYRBETRIQ SRER 8mg/ml	$0(2)	QL (300 mL / 28 days)
MYRBETRIQ TB24 25mg, 50mg	$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
oxybutynin chloride SOLN 5mg/5ml	$0(1)	QL (600 mL / 30 days)
oxybutynin chloride TABS 5mg	$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
oxybutynin chloride TB24 5mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
oxybutynin chloride TB24 10mg, 15mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
solifenacin succinate TABS 5mg, 10mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
tolterodine tartrate CP24 2mg, 4mg	$0(1)	QL (30 caps / 30 days), ST
tolterodine tartrate TABS 1mg, 2mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
trospium chloride TABS 20mg	$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
VAGINAL ANTI-INFECTIVES		
clindamycin phosphate vaginal CREA 2%	$0(1)	
clotrimazole vaginal CREA 1%	$0(3)	NM; *
3 day vaginal CREA 2%	$0(3)	NM; *
gnp clotrimazole 3 CREA 2%	$0(3)	NM; *
gnp miconazole 1 combinat	$0(3)	NM; *
gnp miconazole 3	$0(3)	NM; *
gnp miconazole 7 CREA 2%	$0(3)	NM; *
metronidazole vaginal GEL .75%	$0(1)	
miconazole 3 combination	$0(3)	NM; *
miconazole 3 combo pack	$0(3)	NM; *
miconazole 7 CREA 2%; SUPP 100mg	$0(3)	NM; *
miconazole nitrate vaginal CREA 2%	$0(3)	NM; *
qc clotrimazole CREA 1%	$0(3)	NM; *
qc miconazole 7 CREA 2%	$0(3)	NM; *
sm 3-day vaginal CREA 2%	$0(3)	NM; *
sm clotrimazole vaginal CREA 1%	$0(3)	NM; *
sm miconazole 3	$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
sm miconazole 7 CREA 2%; SUPP 100mg	$0(3)	NM; *
sm tioconazole-1 OINT 6.5%	$0(3)	NM; *
terconazole vaginal CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	$0(1)	
tioconazole 1 OINT 6.5%	$0(3)	NM; *
HEMATOLOGIC - DRUGS TO TREAT BLOOD DISORDERS		
ANTICOAGULANTS - BLOOD THINNERS		
ELIQUIS TABS 2.5mg	$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
ELIQUIS TABS 5mg	$0(2)	QL (74 tabs / 30 days)
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5mg	$0(2)	QL (74 tabs / 30 days)
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	$0(1)	
fondaparinux sodium SOLN 2.5mg/0.5ml	$0(1)	
fondaparinux sodium SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	$0(2)	NDS
HEP SOD/D5W INJ 20000UNT	$0(2)	
HEP SOD/D5W INJ 25000UNT	$0(2)	
HEP SOD/NACL INJ 12500UNT	$0(2)	
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	$0(2)	
heparin sodium (porcine) SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	$0(1)	B/D
HEPARIN/NACL INJ 25000UNT	$0(2)	
jantoven TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	$0(1)	
warfarin sodium 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)

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
MISCELLANEOUS		
ALVAIZ TABS 9mg, 54mg	$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ALVAIZ TABS 18mg, 36mg	$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
anagrelide hcl CAPS .5mg, 1mg	$0(1)	
BERINERT KIT 500unit	$0(2)	NDS, QL (24 boxes / 30 days), NM, LA, PA
cilostazol 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
icatibant acetate SOSY 30mg/3ml	$0(2)	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
l-glutamine (sickle cell) PACK 5gm	$0(2)	NDS, NM, PA
pentoxifylline 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

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PROMACTA TABS 50mg, 75mg	$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
sajazir SOSY 30mg/3ml	$0(2)	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, LA, PA
tranexamic acid SOLN 1000mg/10ml; TABS 650mg	$0(1)	
PLATELET AGGREGATION INHIBITORS		
aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg	$0(1)	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	$0(2)	
clopidogrel bisulfate TABS 75mg	$0(1)	
dipyridamole TABS 25mg, 50mg, 75mg	$0(2)	PA; PA if 70 years and older
prasugrel hcl TABS 5mg, 10mg	$0(1)	
IMMUNOLOGIC AGENTS - DRUGS TO TREAT DISORDERS OF THE IMMUNE SYSTEM		
AUTOIMMUNE AGENTS		
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	$0(2)	NDS, QL (56 pens / 365 days), NM, PA
DUPIXENT SOPN 200mg/1.14ml, 300mg/2ml; SOSY 100mg/0.67ml, 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	$0(2)	NDS, NM, PA
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml	$0(2)	NDS, QL (16 vials / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml	$0(2)	NDS, QL (16 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 50mg/ml	$0(2)	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml	$0(2)	NDS, QL (8 cartridges / 28 days), NM, PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml	$0(2)	NDS, QL (8 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml	$0(2)	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 20mg/0.2ml	$0(2)	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	$0(2)	NDS, QL (6 syringes / 28 days), NM, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HUMIRA PEN PNKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	$0(2)	NDS, QL (6 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN PNKT 80mg/0.8ml	$0(2)	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV	$0(2)	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START PNKT 80mg/0.8ml	$0(2)	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S PNKT 80mg/0.8ml	$0(2)	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
IDACIO (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	$0(2)	NDS, QL (56 pens / 365 days), NM, PA
IDACIO (2 SYRINGE) PSKT 40mg/0.8ml	$0(2)	NDS, QL (56 syringes / 365 days), NM, PA
IDACIO CROHN INJ DISEASE AJKT 40mg/0.8ml	$0(2)	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS AJKT 40mg/0.8ml	$0(2)	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg	$0(2)	NDS, NM, 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 20mg, 30mg	$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
OTEZLA TAB 10/20	$0(2)	NDS, QL (110 tabs / year), 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

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RINVOQ LQ SOLN 1mg/ml	$0(2)	NDS, QL (360 mL / 30 days), NM, PA
SKYRIZI SOCT 180mg/1.2ml, 360mg/2.4ml	$0(2)	NDS, QL (1 cartridge / 56 days), NM, PA
SKYRIZI SOLN 600mg/10ml	$0(2)	NDS, QL (12 vials / 365 days), 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
TALTZ SOSY 20mg/0.25ml, 40mg/0.5ml	$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, LA, PA
TREMFYA SOPN 100mg/ml	$0(2)	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOSY 100mg/ml	$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
XELJANZ SOLN 1mg/ml	$0(2)	NDS, QL (480 mL / 24 days), NM, PA
XELJANZ TABS 5mg, 10mg	$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg	$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS) - DRUGS TO TREAT RHEUMATOID ARTHRITIS		
hydroxychloroquine sulfate TABS 200mg	$0(1)	
JYLAMVO SOLN 2mg/ml	$0(2)	B/D
leflunomide TABS 10mg, 20mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
methotrexate sodium TABS 2.5mg	$0(1)	
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	$0(2)	B/D

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
IMMUNOGLOBULINS		
ALYGLO SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	$0(2)	NDS, PA
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml, 10%	$0(2)	NDS, NM, LA, PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 5gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/400ml	$0(2)	NDS, NM, PA
GAMASTAN INJ	$0(2)	B/D, NM, LA
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	$0(2)	NDS, NM, PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	$0(2)	NDS, NM, PA
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	$0(2)	NDS, NM, PA
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	$0(2)	NDS, NM, LA, PA
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	$0(2)	NDS, NM, PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	$0(2)	NDS, NM, PA
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	$0(2)	NDS, NM, PA
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	$0(2)	NDS, NM, PA
IMMUNOMODULATORS		
ACTIMMUNE SOLN 100mcg/0.5ml	$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ARCALYST SOLR 220mg	$0(2)	NDS, NM, LA, PA
IMMUNOSUPPRESSANTS		
ASTAGRAF XL CP24 5mg	$0(2)	NDS, B/D, NM
ASTAGRAF XL CP24 .5mg, 1mg	$0(2)	B/D, NM
azathioprine TABS 50mg	$0(1)	B/D

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; SOSY 200mg/ml	$0(2)	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, LA, PA
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	$0(2)	NDS, NM, LA, PA
cyclosporine CAPS 25mg, 100mg	$0(1)	B/D, NM
cyclosporine modified (for microemulsion) CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	$0(1)	B/D, NM
everolimus (immunosuppressant) TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	$0(2)	NDS, B/D, NM
gengraf CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	$0(1)	B/D, NM
mycophenolate mofetil CAPS 250mg; TABS 500mg	$0(1)	B/D, NM
mycophenolate mofetil SUSR 200mg/ml	$0(2)	NDS, B/D, NM
mycophenolate sodium 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
sirolimus SOLN 1mg/ml	$0(2)	NDS, B/D, NM
sirolimus TABS .5mg, 1mg, 2mg	$0(1)	B/D, NM
tacrolimus CAPS .5mg, 1mg, 5mg	$0(1)	B/D, NM
VACCINES		
ABRYSVO SOLR 120mcg/0.5ml	$0(1)	
ACTHIB INJ	$0(1)	
ADACEL INJ	$0(1)	
AREXVY SUSR 120mcg/0.5ml	$0(1)	
BCG VACCINE SOLR 50mg	$0(1)	
BEXSERO INJ	$0(1)	
BOOSTRIX INJ	$0(1)	
DAPTACEL INJ	$0(1)	
DENGVAXIA SUS	$0(1)	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	$0(1)	B/D

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ENGERIX-B SUSP 20mcg/ml; SUSY 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	$0(1)	B/D
GARDASIL 9 INJ	$0(1)	
HAVRIX SUSP 720elu/0.5ml, 1440elu/ml	$0(1)	
HEPLISAV-B SOSY 20mcg/0.5ml	$0(1)	B/D
HIBERIX SOLR 10mcg	$0(1)	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR 2.5unit/ml	$0(1)	B/D
INFANRIX INJ	$0(1)	
IPOL INJ INACTIVE	$0(1)	
IXCHIQ INJ	$0(1)	
IXIARO INJ	$0(1)	
JYNNEOS SUSP .5ml	$0(1)	B/D
KINRIX INJ	$0(1)	
M-M-R II INJ	$0(1)	
MENACTRA INJ	$0(1)	
MENQUADFI INJ	$0(1)	
MENVEO INJ	$0(1)	
MENVEO SOL	$0(1)	
MRESVIA SUSY 50mcg/0.5ml	$0(1)	
PEDIARIX INJ 0.5ML	$0(1)	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	$0(1)	
PENBRAYA INJ	$0(1)	
PENTACEL INJ	$0(1)	
PREHEVBRIO SUSP 10mcg/ml	$0(1)	B/D
PRIORIX INJ	$0(1)	
PROQUAD INJ	$0(1)	
QUADRACEL INJ	$0(1)	
QUADRACEL INJ 0.5ML	$0(1)	
RABAVERT INJ	$0(1)	B/D
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml; SUSY 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml	$0(1)	B/D
ROTARIX SUS	$0(1)	
ROTATEQ SOL	$0(1)	

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

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

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

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	$0(2)	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	$0(2)	B/D
plenamine	$0(1)	B/D
PREMASOL SOL 10%	$0(2)	NDS, B/D
PROSOL INJ 20%	$0(2)	B/D
TRAVASOL INJ 10%	$0(2)	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	$0(2)	B/D
VITAMINS		
ergocalciferol CAPS 1.25mg, 50000unit; SOLN 8000unit/ml	$0(3)	NM; *
phytonadione SOLN 10mg/ml; TABS 5mg	$0(3)	NM; *
pyridoxine hcl SOLN 100mg/ml	$0(3)	NM; *
thiamine hcl SOLN 100mg/ml	$0(3)	NM; *
OPHTHALMIC - DRUGS TO TREAT EYE CONDITIONS		
ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY - DRUGS TO TREAT INFECTIONS AND INFLAMMATION		
bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%	$0(1)	
neo-polycin hc ophth oint 1%	$0(1)	
neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%	$0(1)	
neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%	$0(1)	
neomycin-polymyxin-hc ophth susp	$0(1)	
sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%	$0(1)	
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	$0(2)	
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	$0(2)	
tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%	$0(1)	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	$0(2)	
ANTI-INFECTIVES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
bacitracin (ophthalmic) OINT 500unit/gm	$0(1)	
bacitracin-polymyxin b ophth oint	$0(1)	

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
flurbiprofen sodium SOLN .03%	$0(1)	
ketorolac tromethamine (ophth) SOLN .4%, .5%	$0(1)	
LOTEMAX OINT .5%	$0(2)	
loteprednol etabonate SUSP .2%	$0(1)	
prednisolone acetate (ophth) SUSP 1%	$0(1)	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	$0(2)	
PROLENSA SOLN .07%	$0(2)	
ANTIALLERGICS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
azelastine hcl (ophth) SOLN .05%	$0(1)	
cromolyn sodium (ophth) SOLN 4%	$0(1)	
ZERVIATE SOLN .24%	$0(2)	
ANTIGLAUCOMA - DRUGS TO TREAT GLAUCOMA		
betaxolol hcl (ophth) SOLN .5%	$0(1)	
BETOPTIC-S SUSP .25%	$0(2)	
brimonidine tartrate SOLN .15%, .2%	$0(1)	
brinzolamide SUSP 1%	$0(1)	
carteolol hcl (ophth) SOLN 1%	$0(1)	
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	$0(2)	
dorzolamide hcl SOLN 2%	$0(1)	
dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 2-0.5%	$0(1)	
latanoprost SOLN .005%	$0(1)	
levobunolol hcl SOLN .5%	$0(1)	
LUMIGAN SOLN .01%	$0(2)	
pilocarpine hcl SOLN 1%, 2%, 4%	$0(1)	
RHOPRESSA SOLN .02%	$0(2)	
ROCKLATAN DRO	$0(2)	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	$0(2)	
timolol maleate (ophth) SOLG .25%, .5%; SOLN .25%, .5%	$0(1)	
VYZULTA SOLN .024%	$0(2)	
MISCELLANEOUS		
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	$0(2)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
atropine sulfate (ophthalmic) SOLN 1%	$0(1)	
CYSTADROPS SOLN .37%	$0(2)	NDS, NM, LA, PA
CYSTARAN SOLN .44%	$0(2)	NDS, NM, LA, PA
MIEBO SOLN 1.338gm/ml	$0(2)	
proparacaine hcl SOLN .5%	$0(1)	
RESTASIS EMUL .05%	$0(2)	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	$0(2)	
TYRVAYA SOLN .03mg/act	$0(2)	
XIIDRA SOLN 5%	$0(2)	
OTIC - DRUGS TO TREAT CONDITIONS OF THE EAR		
OTIC AGENTS		
acetic acid (otic) SOLN 2%	$0(1)	
ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%	$0(1)	
flac OIL .01%	$0(1)	
fluocinolone acetonide (otic) OIL .01%	$0(1)	
neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%	$0(1)	
neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%	$0(1)	
ofloxacin (otic) 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)
ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml	$0(1)	B/D
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
ANTICHOLINERGICS - DRUGS TO TREAT COPD		
ATROVENT HFA AERS 17mcg/act	$0(2)	QL (2 inhalers / 30 days)
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh	$0(2)	QL (30 blisters / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ipratropium bromide SOLN .02%	$0(1)	B/D
ipratropium bromide (nasal) SOLN .03%, .06%	$0(1)	
ANTIHISTAMINES - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
all day allergy TABS 10mg	$0(3)	NM; *
all day allergy childrens SOLN 5mg/5ml	$0(3)	NM; *
allergy childrens LIQD 12.5mg/5ml; SOLN 5mg/5ml	$0(3)	NM; *
allergy relief CAPS 25mg; CHEW 25mg; TABS 5mg, 10mg, 25mg	$0(3)	NM; *
allergy relief childrens LIQD 12.5mg/5ml; SOLN 1mg/ml, 5mg/5ml	$0(3)	NM; *
allergy relief/indoor/out TABS 10mg	$0(3)	NM; *
azelastine hcl SOLN .1%	$0(1)	
banophen CAPS 25mg, 50mg; TABS 25mg	$0(3)	NM; *
cetirizine hcl CHEW 5mg, 10mg; TABS 5mg, 10mg	$0(3)	NM; *
cetirizine hcl SOLN 5mg/5ml	$0(1)	QL (300 mL / 30 days)
cetirizine hcl allergy ch SOLN 5mg/5ml	$0(3)	NM; *
cetirizine hcl childrens SOLN 1mg/ml, 5mg/5ml	$0(3)	NM; *
cetirizine hydrochloride SOLN 5mg/5ml	$0(3)	NM; *
childrens loratadine SOLN 5mg/5ml	$0(3)	NM; *
complete allergy medicine CAPS 25mg	$0(3)	NM; *
cyproheptadine hcl SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg	$0(2)	PA; PA if 70 years and older
diphenhydramine hcl CAPS 25mg, 50mg; LIQD 12.5mg/5ml, 25mg/10ml; TABS 25mg	$0(3)	NM; *
diphenhydramine hcl SOLN 50mg/ml	$0(1)	
gnp all day allergy TABS 10mg	$0(3)	NM; *
gnp all day allergy child SOLN 1mg/ml, 5mg/5ml	$0(3)	NM; *
gnp all day allergy relie CAPS 10mg	$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
gnp allergy TABS 25mg	$0(3)	NM; *
gnp allergy relief CAPS 25mg; CHEW 12.5mg; TABS 25mg	$0(3)	NM; *
gnp allergy relief maximu LIQD 12.5mg/5ml	$0(3)	NM; *
gnp childrens allergy LIQD 12.5mg/5ml	$0(3)	NM; *
gnp loratadine SOLN 5mg/5ml; TABS 10mg; TBDP 10mg	$0(3)	NM; *
gnp loratadine childrens SOLN 5mg/5ml	$0(3)	NM; *
goodsense all day allergy SOLN 5mg/5ml; TABS 10mg	$0(3)	NM; *
goodsense allergy relief TABS 10mg	$0(3)	NM; *
hm all day allergy TABS 10mg	$0(3)	NM; *
hm all day allergy childr SOLN 5mg/5ml	$0(3)	NM; *
hm allergy relief CAPS 25mg; TABS 10mg	$0(3)	NM; *
hm cetirizine hydrochlori TABS 10mg	$0(3)	NM; *
hm loratadine TABS 10mg	$0(3)	NM; *
hydroxyzine hcl SOLN 25mg/ml, 50mg/ml; SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg	$0(2)	PA; PA if 70 years and older
hydroxyzine pamoate CAPS 25mg, 50mg	$0(2)	PA; PA if 70 years and older
levocetirizine dihydrochloride SOLN 2.5mg/5ml	$0(1)	QL (300 mL / 30 days)
levocetirizine dihydrochloride TABS 5mg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
loratadine CAPS 10mg; SOLN 5mg/5ml; TABS 10mg; TBDP 10mg	$0(3)	NM; *
loratadine childrens CHEW 5mg; SOLN 5mg/5ml	$0(3)	NM; *
m-dryl LIQD 12.5mg/5ml	$0(3)	NM; *
qc all day allergy relief CAPS 10mg	$0(3)	NM; *
qc allergy childrens LIQD 12.5mg/5ml	$0(3)	NM; *
qc allergy relief CAPS 10mg, 25mg; TABS 10mg, 25mg	$0(3)	NM; *
qc loratadine allergy rel TABS 10mg	$0(3)	NM; *
siladryl allergy LIQD 12.5mg/5ml	$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
sm all day allergy TABS 10mg	$0(3)	NM; *
sm all day allergy child SOLN 1mg/ml	$0(3)	NM; *
sm all day allergy childr SOLN 5mg/5ml	$0(3)	NM; *
sm all day allergy relief TABS 10mg	$0(3)	NM; *
sm allergy childrens SOLN 5mg/5ml	$0(3)	NM; *
sm allergy relief TABS 25mg	$0(3)	NM; *
sm allergy relief childre LIQD 12.5mg/5ml	$0(3)	NM; *
sm loratadine SOLN 5mg/5ml; TABS 10mg	$0(3)	NM; *
BETA AGONISTS - DRUGS TO TREAT ASTHMA AND COPD		
albuterol sulfate AERS 108mcg/act	$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proair HFA)
albuterol sulfate AERS 108mcg/act	$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proventil HFA)
albuterol sulfate AERS 108mcg/act	$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Ventolin HFA)
albuterol sulfate NEBU .083%, .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	$0(1)	B/D
albuterol sulfate SYRP 2mg/5ml; TABS 2mg, 4mg	$0(1)	
levalbuterol hcl NEBU .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	$0(1)	B/D
levalbuterol tartrate AERO 45mcg/act	$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days), ST
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose	$0(2)	QL (60 inhalations / 30 days)
terbutaline sulfate 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		
chest congestion relief LIQD 100mg/5ml	$0(3)	NM; *
chest congestion relief d	$0(3)	NM; *
dextromethorphan-guaifenesin syrup 10-100 mg/5ml	$0(3)	NM; *
gnp mucus dm maximum stre	$0(3)	NM; *
gnp mucus er TB12 600mg, 1200mg	$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
gnp mucus relief er maxim TB12 1200mg	$0(3)	NM; *
gnp nasal decongestant TABS 30mg	$0(3)	NM; *
gnp nasal decongestant/ma TABS 30mg	$0(3)	NM; *
gnp tussin dm cough	$0(3)	NM; *
gnp tussin mucus & chest LIQD 100mg/5ml	$0(3)	NM; *
goodsense mucus dm	$0(3)	NM; *
goodsense mucus er TB12 600mg	$0(3)	NM; *
goodsense mucus er maximu TB12 1200mg	$0(3)	NM; *
guaifenesin LIQD 100mg/5ml; TB12 600mg	$0(3)	NM; *
hm mucus relief dm	$0(3)	NM; *
mucus & chest congestion LIQD 100mg/5ml	$0(3)	NM; *
mucus relief TB12 600mg	$0(3)	NM; *
mucus relief dm	$0(3)	NM; *
mucus relief dm maximum s	$0(3)	NM; *
mucus relief er TB12 600mg	$0(3)	NM; *
mucus relief maximum stre TB12 1200mg	$0(3)	NM; *
nasal decongestant TABS 30mg	$0(3)	NM; *
promethazine w/ codeine syrup 6.25-10 mg/5ml	$0(3)	NM; *
pseudoephedrine hcl TABS 30mg	$0(3)	NM; *
qc mucus relief 12 hour TB12 600mg	$0(3)	NM; *
qc mucus relief childrens LIQD 100mg/5ml	$0(3)	NM; *
qc mucus relief dm max	$0(3)	NM; *
qc mucus relief er 12 hou TB12 1200mg	$0(3)	NM; *
qc nasal decongestant max TABS 30mg	$0(3)	NM; *
qc tussin dm cough & ches	$0(3)	NM; *
qc tussin expectorant adu LIQD 100mg/5ml	$0(3)	NM; *
robafen mucus/chest conge LIQD 200mg/10ml	$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
siltussin sa LIQD 100mg/5ml	$0(3)	NM; *
siltussin-dm	$0(3)	NM; *
sinus congestion maximum TABS 30mg	$0(3)	NM; *
sm mucus relief TB12 600mg	$0(3)	NM; *
sm mucus relief maximum s TB12 1200mg	$0(3)	NM; *
sm mucus relief/12 hour TB12 600mg	$0(3)	NM; *
sm nasal decongestant max TABS 30mg	$0(3)	NM; *
sm tussin dm	$0(3)	NM; *
sm tussin dm cough/chest	$0(3)	NM; *
sm tussin mucus + chest c LIQD 100mg/5ml	$0(3)	NM; *
sudogest TABS 30mg	$0(3)	NM; *
sudogest maximum strength TABS 30mg	$0(3)	NM; *
tusnel diabetic	$0(3)	NM; *
tusnel-ex LIQD 100mg/5ml	$0(3)	NM; *
tussin dm	$0(3)	NM; *
tussin mucus & chest cong LIQD 100mg/5ml	$0(3)	NM; *
tussin mucus + chest cong LIQD 100mg/5ml	$0(3)	NM; *
LEUKOTRIENE MODULATORS		
montelukast sodium CHEW 4mg, 5mg; PACK 4mg; TABS 10mg	$0(1)	
zafirlukast TABS 10mg, 20mg	$0(1)	
MISCELLANEOUS		
acetylcysteine SOLN 10%, 20%	$0(1)	B/D
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	$0(2)	NDS, NM, LA, PA
BRONCHITOL CAPS 40mg	$0(2)	NDS, QL (560 caps / 28 days), NM, LA, PA
cromolyn sodium NEBU 20mg/2ml	$0(1)	B/D
epinephrine (anaphylaxis) SOAJ .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	$0(1)	(generic of EpiPen)
epinephrine (anaphylaxis) SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml	$0(1)	(generic of Adrenaclick)

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FASENRA SOSY 10mg/0.5ml, 30mg/ml	$0(2)	NDS, NM, LA, PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	$0(2)	NDS, NM, LA, PA
KALYDECO PACK 5.8mg, 13.4mg, 25mg, 50mg, 75mg	$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
KALYDECO TABS 150mg	$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
OFEV CAPS 100mg, 150mg	$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
ORKAMBI GRA 75-94MG	$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI GRA 100-125	$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI GRA 150-188	$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI TAB 100-125	$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI TAB 200-125	$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
pirfenidone CAPS 267mg	$0(2)	NDS, QL (270 caps / 30 days), NM, PA
pirfenidone TABS 267mg	$0(2)	NDS, QL (270 tabs / 30 days), NM, PA
pirfenidone TABS 534mg, 801mg	$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml	$0(2)	NDS, NM, LA, PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	$0(2)	NDS, NM, PA
roflumilast TABS 250mcg	$0(1)	QL (56 tabs / year)
roflumilast TABS 500mcg	$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
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
theophylline ELIX 80mg/15ml; SOLN 80mg/15ml; TB12 100mg, 200mg, 300mg, 450mg; TB24 400mg, 600mg	$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
XOLAIR SOAJ 75mg/0.5ml, 150mg/ml, 300mg/2ml; SOLR 150mg; SOSY 75mg/0.5ml, 150mg/ml, 300mg/2ml	$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg, 4000mg, 5000mg	$0(2)	NDS, NM, LA, PA
NASAL STEROIDS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
flunisolide (nasal) SOLN .025%	$0(1)	QL (3 bottles / 30 days)
fluticasone propionate (nasal) SUSP 50mcg/act	$0(1)	QL (1 bottle / 30 days)
XHANCE EXHU 93mcg/act	$0(2)	QL (32 mL / 30 days), PA
STEROID INHALANTS - DRUGS TO TREAT ASTHMA		
ALVESCO AERS 80mcg/act	$0(2)	QL (3 inhalers / 30 days)
ALVESCO AERS 160mcg/act	$0(2)	QL (2 inhalers / 30 days)
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act	$0(2)	QL (30 inhalations / 30 days)
budesonide (inhalation) SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	$0(1)	B/D
STEROID/BETA-AGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT ASTHMA AND COPD		
ADVAIR HFA AER 45/21	$0(2)	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 115/21	$0(2)	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 230/21	$0(2)	QL (1 inhaler / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG	$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 100-25	$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 200-25	$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
DULERA AER 50-5MCG	$0(2)	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 100-5MCG	$0(2)	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 200-5MCG	$0(2)	QL (3 inhalers / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act	$0(1)	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act	$0(1)	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act	$0(1)	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
wixela inhub	$0(1)	QL (60 inhalations / 30 days)
TOPICAL - DRUGS TO TREAT EAR AND SKIN CONDITIONS		
DERMATOLOGY, ACNE		
accutane CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	$0(1)	PA
amnesteem CAPS 10mg, 20mg, 40mg	$0(1)	PA
benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%	$0(1)	QL (46.6 gm / 30 days)
claravis CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	$0(1)	PA
clindamycin phosphate (topical) GEL 1%	$0(1)	QL (75 gm / 30 days)
clindamycin phosphate (topical) LOTN 1%; SOLN 1%	$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
ery PADS 2%	$0(1)	QL (60 pledgets / 30 days)
erythromycin (acne aid) GEL 2%	$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
erythromycin (acne aid) SOLN 2%	$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
isotretinoin CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	$0(1)	PA
sulfacetamide sodium (acne) LOTN 10%	$0(1)	QL (118 mL / 30 days)
tretinoin CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025%	$0(1)	QL (45 gm / 30 days), PA
zenatane CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	$0(1)	PA
DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS		
gentamicin sulfate (topical) CREA .1%; OINT .1%	$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
mupirocin OINT 2%	$0(1)	QL (220 gm / 30 days)
silver sulfadiazine CREA 1%	$0(1)	

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ssd CREA 1%	$0(1)	
SULFAMYLON CREA 85mg/gm	$0(2)	QL (453.6 gm / 30 days)
DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS		
ciclopirox olamine CREA .77%	$0(1)	QL (90 gm / 30 days)
ciclopirox olamine SUSP .77%	$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
clotrimazole (topical) CREA 1%	$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
clotrimazole (topical) SOLN 1%	$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%	$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
ketoconazole (topical) CREA 2%	$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
klayesta POWD 100000unit/gm	$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
nyamyc POWD 100000unit/gm	$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
nystatin (topical) CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm	$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
nystatin (topical) POWD 100000unit/gm	$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
nystop POWD 100000unit/gm	$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS		
acitretin CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg	$0(1)	PA
calcipotriene CREA .005%; OINT .005%	$0(1)	QL (120 gm / 30 days), PA
calcipotriene SOLN .005%	$0(1)	QL (120 mL / 30 days), PA
calcitrene OINT .005%	$0(1)	QL (120 gm / 30 days), PA
tazarotene CREA .1%	$0(1)	QL (60 gm / 30 days), PA
TAZORAC CREA .05%	$0(2)	QL (60 gm / 30 days), PA
DERMATOLOGY, ANTISEBORRHEICS		
ketoconazole (topical) SHAM 2%	$0(1)	QL (120 mL / 30 days)
selenium sulfide LOTN 2.5%	$0(1)	
DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS		
ala-cort CREA 1%, 2.5%	$0(1)	
alclometasone dipropionate CREA .05%; OINT .05%	$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
betamethasone dipropionate (topical) CREA .05%; OINT .05%	$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
betamethasone dipropionate (topical) LOTN .05%	$0(1)	QL (120 mL / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
betamethasone dipropionate augmented CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
betamethasone dipropionate augmented LOTN .05%	$0(1)	QL (120 mL / 30 days)
betamethasone valerate CREA .1%; OINT .1%	$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
betamethasone valerate LOTN .1%	$0(1)	QL (120 mL / 30 days)
clobetasol propionate CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
clobetasol propionate SOLN .05%	$0(1)	QL (50 mL / 30 days)
clobetasol propionate e CREA .05%	$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
ENSTILAR AER	$0(2)	QL (120 gm / 30 days), PA
fluocinolone acetonide CREA .01%	$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
fluocinolone acetonide CREA .025%; OINT .025%	$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
fluocinolone acetonide OIL .01%	$0(1)	QL (118.28 mL / 30 days)
fluocinolone acetonide SOLN .01%	$0(1)	QL (90 mL / 30 days)
fluocinonide CREA .05%	$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
fluocinonide GEL .05%; OINT .05%	$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
fluocinonide SOLN .05%	$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
fluocinonide emulsified base CREA .05%	$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
fluticasone propionate CREA .05%; OINT .005%	$0(1)	
halobetasol propionate CREA .05%; OINT .05%	$0(1)	QL (50 gm / 30 days)
hydrocortisone (topical) CREA 1%, 2.5%; LOTN 2.5%; OINT 2.5%	$0(1)	
mometasone furoate CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	$0(1)	
triamcinolone acetonide (topical) CREA .025%, .1%, .5%	$0(1)	QL (454 gm / 30 days)
triamcinolone acetonide (topical) LOTN .025%, .1%; OINT .025%, .1%, .5%	$0(1)	
DERMATOLOGY, LOCAL ANESTHETICS		
glydo PRSY 2%	$0(1)	QL (60 mL / 30 days), PA

Nombre del medicamento	Costo del medica-mento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
lidocaine OINT 5%	$0(1)	QL (50 gm / 30 days), PA
lidocaine PTCH 5%	$0(1)	QL (3 patches / 1 day), PA
lidocaine hcl SOLN 4%	$0(1)	QL (50 mL / 30 days), PA
lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%	$0(1)	B/D, QL (30 gm / 30 days)
lidocan PTCH 5%	$0(1)	QL (3 patches / 1 day), PA
tridacaine ii PTCH 5%	$0(1)	QL (3 patches / 1 day), PA
DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE		
bexarotene (topical) GEL 1%	$0(2)	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA
diclofenac sodium (topical) GEL 1%	$0(1)	QL (1000 gm / 30 days)
diclofenac sodium (topical) SOLN 1.5%	$0(1)	QL (300 mL / 28 days)
fluorouracil (topical) CREA 5%	$0(1)	QL (40 gm / 30 days)
fluorouracil (topical) SOLN 2%, 5%	$0(1)	QL (10 mL / 30 days)
hydrocortisone (rectal) CREA 1%, 2.5%	$0(1)	
imiquimod CREA 5%	$0(1)	QL (24 packets / 30 days)
lactic acid (ammonium lactate) CREA 12%; LOTN 12%	$0(1)	
metronidazole (topical) CREA .75%; GEL .75%	$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
metronidazole (topical) LOTN .75%	$0(1)	QL (59 mL / 30 days)
nitroglycerin (intra-anal) OINT .4%	$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
PANRETIN GEL .1%	$0(2)	NDS, QL (60 gm / 30 days), PA
podofilox SOLN .5%	$0(1)	QL (7 mL / 28 days)
procto-med hc CREA 2.5%	$0(1)	
proctocort CREA 1%	$0(1)	
proctosol hc CREA 2.5%	$0(1)	
proctozone-hc CREA 2.5%	$0(1)	
RECTIV OINT .4%	$0(2)	QL (30 gm / 30 days)
tacrolimus (topical) OINT .03%, .1%	$0(1)	QL (100 gm / 30 days)
VALCHLOR GEL .016%	$0(2)	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, LA, PA
DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES		
malathion LOTN .5%	$0(1)	QL (59 mL / 30 days)
permethrin CREA 5%	$0(1)	QL (60 gm / 30 days)

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

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

D. Índice de medicamentos cubiertos

Nombre del medicamento **Página n.°**

*****

*sodium phosphates - enema*** 86

3

3 day vaginal 88

A

abacavir sulfate 11
abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg 13
ABELCET 10
ABILIFY MAINTENA 48
abiraterone acetate 21
ABRYSVO 95
acamprosate calcium 60
acarbose 62
accutane 111
acebutolol hcl 40
acetaminophen 2
acetaminophen extra stren 2
acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml 6
acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg ... 6
acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg .. 6
acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg .. 6
acetazolamide 42
acetic acid 87
acetic acid (otic) 103
acetylcysteine 108
acid gone 78
acid reducer 82
acid reducer original str 82
acitretin 112
ACTHIB INJ 95
ACTIMMUNE 94
acyclovir 14
acyclovir sodium 14
ADACEL INJ 95
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN) 91
adefovir dipivoxil 15
ADEMPAS 44
ADMELOG 65
ADMELOG SOLOSTAR 65

Nombre del medicamento **Página n.°**

adult aspirin regimen 2
ADVAIR HFA AER 45/21 110
ADVAIR HFA AER 115/21 110
ADVAIR HFA AER 230/21 110
afirmelle 67
AIMOVIG 58
AKEEGA TAB 50/500MG 21
AKEEGA TAB 100/500 21
ala-cort 112
albendazole 8
albuterol sulfate 106
alclometasone dipropionate 112
ALDURAZYME 75
ALECENSA 24
alendronate sodium 66
alfuzosin hcl 87
aliskiren fumarate 43
all day allergy 104
all day allergy childrens 104
all day pain relief 4
all day relief 4
allergy childrens 104
allergy relief 104
allergy relief childrens 104
allergy relief/indoor/out 104
allopurinol 2
almacone double strength 78
alosetron hcl 86
alprazolam 44
ALREX 101
altavera 67
ALUMINUM HYDROXIDE 78
ALUNBRIG 24
ALUNBRIG PAK 24
ALVAIZ 90
ALVESCO 110
alyacen 1/35 67
alyacen 7/7/7 67
ALYGLO 94
amantadine hcl 47
ambrisentan 44
amethia 67
amikacin sulfate 8
amiloride hcl 42

Nombre del medicamento **Página n.°**

amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg 42
amiodarone hcl 38
amitriptyline hcl 45
amlodipine besylate 41
amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg 34
amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg 34
amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg 34
amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg 34
amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg 34
amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg 34
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg 36
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg 36
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg 36
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg 36
amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg 36
amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg 36
amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg 36
amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg 36
amnesteem 111
amoxapine 45
amoxicillin 18
amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg 18
amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml 18
amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml 18
amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml 18
amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml 18

Nombre del medicamento **Página n.°**

amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg 18
amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg 18
amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg 18
amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg 18
amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg 56
amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg 56
amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg 56
amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg 56
amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg 56
amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg 56
amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg 56
amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg 56
amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg 56
amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg 56
amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg 56
amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg 56
amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg 56
amphotericin b 10
amphotericin b liposome 10
ampicillin 18
ampicillin sodium 18
ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm 18
ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm 18
ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm 18
ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm 18
ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm 18
anagrelide hcl 90

Nombre del medicamento **Página n.°**

anastrozole 21
ANORO ELLIPT AER 62.5-25 103
antacid 78
antacid/antigas liquid 78
antacid calcium regular s 78
antacid extra strength 78
antacid maximum strength 78
antacid regular strength 78
anti-diarrheal 80
anti-gas/ and gnp antacid 79
anti-nausea 80
aprepitant 80
aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg 80
apri 67
APTIOM 51
APTIVUS 11
ARALAST NP 108
aranelle 67
ARCALYST 94
AREXVY 95
aripiprazole 48
ARISTADA 48
ARISTADA INITIO 48
armodafinil 60
ARNUITY ELLIPTA 110
asenapine maleate 48
ashlyna 67
aspirin 2
aspirin adult low dose 2
aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg 91
aspirin low dose 2
aspirin low strength 2
aspirin regimen 2
ASTAGRAF XL 94
atazanavir sulfate 11
atenolol 40
atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg 40
atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg 40
atomoxetine hcl 56
atorvastatin calcium 39
atovaquone 8
atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg 11
atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg 11
ATROPINE SULFATE 102

Nombre del medicamento **Página n.°**

atropine sulfate (ophthalmic) 103
ATROVENT HFA 103
aubra eq 67
AUGTYRO 24
aurovela 1/20 67
aurovela 24 fe 67
aurovela fe 1.5/30 67
aurovela fe 1/20 67
AUSTEDO 58
AUSTEDO XR 58
AUSTEDO XR TAB TITR KIT 58
AUVELITY TAB 45-105MG 45
aviane 67
ayuna 67
AYVAKIT 24
azacitidine 20
azathioprine 94
azelastine hcl 104
azelastine hcl (ophth) 102
azithromycin 17
aztreonam 8
azurette 67

B

bacitracin (ophthalmic) 100
bacitracin-polymyxin b ophth oint 100
bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1% 100
baclofen 59
BAFIERTAM 59
balsalazide disodium 82
BALVERSA 24
balziva 67
banophen 104
BARACLUDE 15
BASAGLAR KWIKPEN 65
BCG VACCINE 95
BD ALCOHOL SWABS 65
benazepril hcl 35
benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg 34
benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg 34
benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg 34

Nombre del medicamento **Página n.°**

benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg 34
BENDAMUSTINE HYDROCHLORID 20
BENDEKA 20
BENLYSTA 95
benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3% 111
benztropine mesylate 47
BERINERT 90
BESIVANCE 101
BESREMI 23
betaine powder for oral solution 75
betamethasone dipropionate augmented 113
betamethasone dipropionate (topical) 112
betamethasone valerate 113
BETASERON 59
betaxolol hcl 41
betaxolol hcl (ophth) 102
bethanechol chloride 88
BETOPTIC-S 102
BEVESPI AER 9-4.8MCG 103
bexarotene 23
bexarotene (topical) 114
BEXSERO INJ 95
bicalutamide 21
BICILLIN L-A 18
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG 13
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG 13
bisacodyl 83
bisacodyl ec 83
bismatrol 80
bismuth subsalicylate 80
bisoprolol fumarate 41
bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg 40
bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg 40
bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg 40
BIVIGAM 94
blisovi 24 fe 67
blisovi fe 1.5/30 67
BOOSTRIX INJ 95
bortezomib 24
BORTEZOMIB 24
bosentan 44
BOSULIF 25

Nombre del medicamento **Página n.°**

BRAFTOVI 25
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG 110
BREO ELLIPTA INH 100-25 110
BREO ELLIPTA INH 200-25 110
BREZTRI AERO AER SPHERE 103
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK) 103
briellyn 68
BRILINTA 91
brimonidine tartrate 102
brinzolamide 102
BRIVIACT 51
bromfenac sodium (ophth) 101
bromocriptine mesylate 47
BROMSITE 101
BRONCHITOL 108
BRUKINSA 25
budesonide 82
budesonide (inhalation) 110
bumetanide 42
buprenorphine 5
buprenorphine hcl 60
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv) 60
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv) 60
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv) 60
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv) 61
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv) 61
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv) 61
bupropion hcl 45
bupropion hcl (smoking deterrent) 61
buspirone hcl 44
butorphanol tartrate 6
BYDUREON BCISE 62
BYETTA 62

C

cabergoline 75
CABOMETYX 25
calcipotriene 112
calcitonin (salmon) spray 66

Nombre del medicamento **Página n.°**
calcitrene 112
calcitriol 78
calcitriol (oral) 78
calcium acetate (phosphate binder) 77
calcium antacid 78
calcium antacid extra str 78
CALCIUM CARBONATE 79
calcium carbonate (antacid) 79
calcium polycarbophil 83
cal-gest antacid 78
CALQUENCE 25
camila 68
camrese 68
camrese lo 68
candesartan cilexetil 38
candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg 36
candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg 36
candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-25 mg 36
CAPLYTA 48
CAPRELSA 25
captopril 35
captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg 34
captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg 34
captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg 34
captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg 34
carbamazepine 51
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg 47
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg 47
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg 47
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg 47
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg 48
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg 48
carbidopa & levodopa tab 10-100 mg 47
carbidopa & levodopa tab 25-100 mg 47
carbidopa & levodopa tab 25-250 mg 47
carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg 47
carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg 47
carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg 47
carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg 47
carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg 47
carboplatin 20
carglumic acid 75
carisoprodol 60
carteolol hcl (ophth) 102
cartia xt 41
carvedilol 41
caspofungin acetate 10
CAYSTON 8
cefaclor 16
CEFACLOR ER 16
cefadroxil 16
CEFAZOLIN 16
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML 16
cefazolin sodium 16
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4% 16
cefdinir 16
cefepime hcl 16
cefixime 16
cefoxitin sodium 16
cefpodoxime proxetil 16
cefprozil 16
ceftazidime 16
ceftriaxone sodium 16
cefuroxime axetil 16
cefuroxime sodium 16
celecoxib 4
cephalexin 16
CERDELGA 75
CEREZYME 75
cetirizine hcl 104
cetirizine hcl allergy ch 104
cetirizine hcl childrens 104
cetirizine hydrochloride 104
cevimeline hcl 115
chateal eq 68
CHEMET 67

Nombre del medicamento **Página n.°**

chest congestion relief 106
chest congestion relief d 106
childrens acetaminophen 2
childrens loratadine 104
childrens silapap 2
chlorhexidine gluconate (mouth-throat) 115
chloroquine phosphate 11
chlorpromazine hcl 49
chlorthalidone 42
chocolated laxative regul 83
cholestyramine 39
cholestyramine light 39
ciclopirox olamine 112
cilostazol 90
CILOXAN 101
CIMDUO TAB 300-300 13
cinacalcet hcl 75
CIPRO 17
ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w 17
ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w 17
ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1% 103
ciprofloxacin hcl 17
ciprofloxacin hcl (ophth) 101
cisplatin 20
citalopram hydrobromide 45
claravis 111
clarithromycin 17
clearlax 83
clindamycin hcl 8
clindamycin palmitate hydrochloride 8
clindamycin phosphate 8
clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml 8
clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml 8
clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml 8
clindamycin phosphate (topical) 111
clindamycin phosphate vaginal 88
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML 8
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML 8
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML 8
CLINIMIX INJ 4.25/D5W 99
CLINIMIX INJ 4.25/D10 99
CLINIMIX INJ 5%/D15W 99

Nombre del medicamento **Página n.°**

CLINIMIX INJ 5%/D20W 99
CLINIMIX INJ 6/5 99
CLINIMIX INJ 8/10 99
CLINIMIX INJ 8/14 99
clinisol sf 15% 99
CLINOLIPID EMU 20% 99
clobazam 51
clobetasol propionate 113
clobetasol propionate e 113
clomipramine hcl 45
clonazepam 51, 52
clonidine 43
clonidine hcl 43
clopidogrel bisulfate 91
clorazepate dipotassium 52
clotrimazole 115
clotrimazole (topical) 112
clotrimazole vaginal 88
clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05% 112
clozapine 49
COARTEM TAB 20-120MG 11
colace 2-in-1 83
COLACE CLEAR 83
colchicine 2
colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg 2
colesevelam hcl 39
colestipol hcl 39
colistimethate sodium 8
COMBIGAN SOL 0.2/0.5% 102
COMBIVENT AER 20-100 103
COMETRIQ (60MG DOSE) 25
COMETRIQ KIT 100MG 25
COMETRIQ KIT 140MG 25
COMPLERA TAB 13
complete allergy medicine 104
compro 81
constulose 83
COPIKTRA 25
CORLANOR 43
COTELLIC 25
CREON CAP 3000UNIT 87
CREON CAP 6000UNIT 87
CREON CAP 12000UNT 87
CREON CAP 24000UNT 87
CREON CAP 36000UNT 87

Nombre del medicamento **Página n.°**

cromolyn sodium 108
cromolyn sodium (mastocytosis) 86
cromolyn sodium (ophth) 102
cryselle-28 68
cvs pinworm treatment 8
cyclobenzaprine hcl 60
cyclophosphamide 20
CYCLOPHOSPHAMIDE 20
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR 20
cycloserine 14
cyclosporine 95
cyclosporine modified (for microemulsion) . 95
cyproheptadine hcl 104
cyred eq 68
CYSTADROPS 103
CYSTAGON 75
CYSTARAN 103
cytarabine 21

D

D2.5W/NACL INJ 0.45% 97
D5W/LYTES INJ #48 97
D10W/NACL INJ 0.2% 97
dalfampridine 59
danazol 73
dantrolene sodium 60
dapsone 8
DAPTACEL INJ 95
daptomycin 8
DAPTOMYCIN 8
darunavir 11, 12
dasetta 1/35 68
dasetta 7/7/7 68
DAURISMO 25
daysee 68
DAYVIGO 57
deblitane 68
deferasirox 67
DELSTRIGO TAB 13
DENGVAXIA SUS 95
DEPO-SUBQ PROVERA 104 68
depo-testosterone 62
DESCOVY TAB 120-15MG 13
DESCOVY TAB 200/25MG 13
desipramine hcl 45
desmopressin acetate 75

Nombre del medicamento **Página n.°**

desmopressin acetate spray 75
desmopressin acetate spray refrigerated 75
desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5) 68
desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg 68
desvenlafaxine succinate 45
dexamethasone 74
DEXAMETHASONE INTENSOL 74
dexamethasone sodium phosphate 74
dexamethasone sodium phosphate (ophth) 101
dexmethylphenidate hcl 56, 57
dextromethorphan-guaifenesin syrup 10-100 mg/5ml 106
dextrose 99
dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45% .. 97
dextrose 5% in lactated ringers 97
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2% 97
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3% 97
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9% 97
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45% 97
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225% ... 97
dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45% 97
DIACOMIT 52
diazepam 52
diazepam (anticonvulsant) 52
diazepam inj 52
diazepam intensol 52
diazoxide 75
diclofenac potassium 4
diclofenac sodium 4
diclofenac sodium (ophth) 101
diclofenac sodium (topical) 114
dicloxacillin sodium 19
dicyclomine hcl 82
DIFICID 17
diflunisal 4
digoxin 43
dihydroergotamine mesylate 58
DILANTIN 52
DILANTIN-125 52
DILANTIN INFATABS 52
diltiazem hcl 41
diltiazem hcl coated beads 41
diltiazem hcl extended release beads 41

Nombre del medicamento **Página n.º**

dilt-xr 41
diphenhydramine hcl 104
diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml 86
diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg 86
DIP/TET PED INJ 25-5LFU 95
dipyridamole 91
disopyramide phosphate 38
disulfiram 61
divalproex sodium 52
docetaxel 23, 24
DOCETAXEL 24
docusate calcium 83
docusate mini 83
docusate sodium 83
DOCUSOL KIDS 83
docusol mini 83
docusol plus mini-enema 83
dofetilide 38
dok 83
donepezil hydrochloride 44
DOPTELET 90
dorzolamide hcl 102
dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 2-0.5% 102
dotti 73
DOVATO TAB 50-300MG 13
doxazosin mesylate 36
doxepin hcl 45
doxepin hcl (sleep) 57
doxorubicin hcl 20
doxorubicin hcl liposomal 20
DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE 20
doxy 100 19
doxycycline hyclate 19
doxycycline (monohydrate) 19
driminate 81
DRIZALMA SPRINKLE 46
dronabinol 81
drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg 68
drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg 68
drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.03-0.451 mg 68

Nombre del medicamento **Página n.º**

DROXIA 90
droxidopa 43
DULERA AER 50-5MCG 110
DULERA AER 100-5MCG 110
DULERA AER 200-5MCG 110
duloxetine hcl 46
DUPIXENT 91
dutasteride 87
dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg 87

E

ec-naproxen 4
econtra ez 68
econtra one-step 68
ed-apap 2
EDURANT 12
e.e.s. 400 17
efavirenz 12
efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg 13
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg 13
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg 13
ELIGARD 21
elinest 68
ELIQUIS 89
ELIQUIS STARTER PACK 89
ELLENCE 20
eluryng 68
EMSAM 46
emtricitabine 12
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg 13
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg 13
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg 14
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg 14
EMTRIVA 12
EMVERM 8
emzahh 68
enalapril maleate 35
enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg 34

Nombre del medicamento **Página n.°**

enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg 35
ENBREL 91
ENBREL MINI 91
ENBREL SURECLICK 91
ENDARI 90
endocet tab 2.5-325mg 6
endocet tab 5-325mg 6
endocet tab 7.5-325mg 6
endocet tab 10-325mg 6
enema ready-to-use 83
enemeez mini 83
enemeez plus 83
ENGERIX-B 96
enilloring 68
enoxaparin sodium 89
enpresse-28 68
enskyce 68
ENSTILAR AER 113
entacapone 48
entecavir 15
ENTRESTO CAP 6-6MG 36
ENTRESTO CAP 15-16MG 36
ENTRESTO TAB 24-26MG 36
ENTRESTO TAB 49-51MG 36
ENTRESTO TAB 97-103MG 36
enulose 83
EPCLUSA PAK 150-37.5 15
EPCLUSA PAK 200-50MG 15
EPCLUSA TAB 200-50MG 15
EPCLUSA TAB 400-100 15
EPIDIOLEX 52
epinephrine (anaphylaxis) 43, 108
epitol 52
eplerenone 35
EPRONTIA 53
ergocalciferol 100
ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg 58
ERIVEDGE 26
ERLEADA 21, 22
erlotinib hcl 26
errin 68
ertapenem sodium 8
ery 111
ery-tab 17
ERYTHROCIN LACTOBIONATE 17

Nombre del medicamento **Página n.°**

erythromycin (acne aid) 111
erythromycin base 17
erythromycin ethylsuccinate 17
erythromycin lactobionate 17
erythromycin (ophth) 101
escitalopram oxalate 46
esomeprazole magnesium 87
estarylla 68
estradiol 73
estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg 73
estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg 73
estradiol vaginal 74
estradiol valerate 74
eszopiclone 57
ethambutol hcl 14
ethosuximide 53
ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg 68
ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg 69
etodolac 4
etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-0.015 mg/24hr 69
etoposide 24
etravirine 12
EULEXIN 22
euthyrox 77
everolimus 26
everolimus (immunosuppressant) 95
EVOTAZ TAB 300-150 14
exemestane 22
EYSUVIS 101
ezetimibe 39
ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg 40
ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg 40
ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg 40
ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg 40

F

FABRAZYME 75
falmina 69
famciclovir 15
famotidine 82

Nombre del medicamento **Página n.°**

famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml ... 82
famotidine original stren ... 82
FANAPT ... 49
FANAPT PAK ... 49
FARXIGA ... 62
FASENRA ... 109
FASENRA PEN ... 109
felbamate ... 53
felodipine ... 41
fenofibrate ... 39
fenofibrate micronized ... 39
fentanyl ... 5
fentanyl citrate ... 6
FETZIMA ... 46
FETZIMA CAP TITRATIO ... 46
feverall childrens ... 2
FEVERALL INFANTS ... 2
FEVERALL JUNIOR STRENGTH ... 2
FIASP ... 65
FIASP FLEXTOUCH ... 65
FIASP PENFILL ... 65
FIASP PUMPCART ... 65
fiber-lax ... 83
fiber laxative ... 83
finasteride ... 87
fingolimod hcl ... 59
FINTEPLA ... 53
finzala ... 69
FIRMAGON ... 22
flac ... 103
FLAREX ... 101
FLEBOGAMMA DIF ... 94
flecainide acetate ... 38
FLEET ENE PED ... 83
fluconazole ... 10
fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml 10
fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml ... 10
flucytosine ... 10
fludrocortisone acetate ... 74
flunisolide (nasal) ... 110
fluocinolone acetonide ... 113
fluocinolone acetonide (otic) ... 103
fluocinonide ... 113
fluocinonide emulsified base ... 113

Nombre del medicamento **Página n.°**

fluorometholone (ophth) ... 101
fluorouracil ... 21
fluorouracil (topical) ... 114
fluoxetine hcl ... 46
fluphenazine decanoate ... 49
fluphenazine hcl ... 49
flurbiprofen ... 5
flurbiprofen sodium ... 102
fluticasone propionate ... 113
fluticasone propionate (nasal) ... 110
fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act ... 111
fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act ... 111
fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act ... 111
fluvoxamine maleate ... 44
fondaparinux sodium ... 89
fosamprenavir calcium ... 12
fosinopril sodium ... 35
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg ... 35
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg ... 35
FOTIVDA ... 26
FRUZAQLA ... 26
fulvestrant ... 22
furosemide ... 42
furosemide inj ... 42
FUZEON ... 12
fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg ... 74
fyavolv tab 1mg-5mcg ... 74
FYCOMPA ... 53

G

gabapentin ... 53
galantamine hydrobromide ... 44, 45
GAMASTAN INJ ... 94
GAMMAGARD LIQUID ... 94
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH ... 94
GAMMAKED ... 94
GAMMAPLEX ... 94
GAMUNEX-C ... 94
ganciclovir sodium ... 15
GARDASIL 9 INJ ... 96
gatifloxacin (ophth) ... 101

Nombre del medicamento	Página n.°
GATTEX	86
GAUZE PADS 2	65
gavilax	83
gavilyte-c	83
gavilyte-g	83
GAVRETO	26
gefitinib	26
gemcitabine hcl	21
gemfibrozil	39
GEMTESA	88
generlac	83
gengraf	95
GENOTROPIN	75
GENOTROPIN MINIQUICK	75
gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml	8
gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml	9
gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml	9
gentamicin in saline inj 1 mg/ml	9
gentamicin in saline inj 2 mg/ml	9
gentamicin sulfate	9
gentamicin sulfate (ophth)	101
gentamicin sulfate (topical)	111
gentle laxative	83
GENVOYA TAB	14
GILOTRIF	26
glatiramer acetate	59
glatopa	59
GLEOSTINE	20
glimepiride	62
glipizide	62, 63
glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg	63
glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg	63
glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg	63
glipizide xl	63
glycerin childrens	83
glycerin (laxative)	83
glycopyrrolate	82
glydo	113
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	63
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	63
gnp acetaminophen	2
gnp acid reducer	82
gnp adult aspirin low str	2
gnp all day allergy	104
gnp all day allergy child	104
gnp all day allergy relie	104

Nombre del medicamento	Página n.°
gnp allergy	105
gnp allergy relief	105
gnp allergy relief maximu	105
gnp antacid	79
and anti-gas/	79
gnp antacid anti-gas/maxi	79
gnp antacid & anti-gas/re	79
gnp antacid extra strengt	79
gnp antacid/regular stren	79
gnp anti-diarrheal	80
gnp aspirin	2
gnp aspirin low dose	2
gnp childrens allergy	105
gnp clearlax	83
gnp clotrimazole 3	88
gnp fiber therapy	83
gnp gentle laxative	84
gnp headache relief extra	2
gnp ibuprofen	5
gnp infants pain/fever	3
gnp loperamide hydrochlor	80
gnp loratadine	105
gnp loratadine childrens	105
gnp miconazole 1 combinat	88
gnp miconazole 3	88
gnp miconazole 7	88
gnp migraine relief	3
gnp milk of magnesia	84
gnp motion sickness relie	81
gnp mucus dm maximum stre	106
gnp mucus er	106
gnp mucus relief er maxim	107
gnp naproxen	5
gnp nasal decongestant	107
gnp nasal decongestant/ma	107
gnp natural fiber	84
gnp nausea relief	81
gnp nicotine gum	61
gnp nicotine mini lozenge	61
gnp nicotine polacrilex	61
gnp nicotine polacrilex m	61
gnp nicotine transdermal	61
gnp pain & fever children	3
gnp pain & fever infants	3
gnp pain relief	3

Nombre del medicamento **Página n.°**

gnp pain relief extra str ... 3
gnp pink bismuth ... 80
gnp senna lax ... 84
gnp senna plus ... 84
gnp stomach relief ... 80
gnp stool softener ... 84
gnp stool softener/stimul ... 84
gnp tussin dm cough ... 107
gnp tussin mucus & chest ... 107
gnp womens gentle laxativ ... 84
goodsense all day allergy ... 105
goodsense allergy relief ... 105
goodsense anti-diarrheal ... 80
goodsense aspirin ... 3
goodsense aspirin adults ... 3
goodsense clearlax ... 84
goodsense ibuprofen ... 5
goodsense migraine formul ... 3
goodsense mucus dm ... 107
goodsense mucus er ... 107
goodsense mucus er maximu ... 107
goodsense naproxen sodium ... 5
goodsense nicotine ... 61
goodsense nicotine gum ... 61
goodsense nicotine polacr ... 61
goodsense pain & fever ch ... 3
goodsense pain & fever in ... 3
goodsense pain relief ... 3
goodsense pain relief ext ... 3
granisetron hcl ... 81
griseofulvin microsize ... 11
griseofulvin ultramicrosize ... 11
guaifenesin ... 107
guanfacine hcl ... 43
guanfacine hcl (adhd) ... 57
GVOKE HYPOPEN 2-PACK ... 75
GVOKE KIT ... 75
GVOKE PFS ... 75

H

HAEGARDA ... 90
hailey 1.5/30 ... 69
hailey 24 fe ... 69
halobetasol propionate ... 113
haloette ... 69
haloperidol ... 49
haloperidol decanoate ... 49
haloperidol lactate ... 49
HARVONI PAK 33.75-150MG ... 15
HARVONI PAK 45-200MG ... 15
HARVONI TAB 45-200MG ... 15
HARVONI TAB 90-400MG ... 15
HAVRIX ... 96
headache relief ... 3
headache relief/extra str ... 3
healthylax ... 84
heartburn relief ... 82
heartburn relief extra st ... 79
heather ... 69
HEPARIN/NACL INJ 25000UNT ... 89
heparin sodium (porcine) ... 89
HEPLISAV-B ... 96
HEP SOD/D5W INJ 20000UNT ... 89
HEP SOD/D5W INJ 25000UNT ... 89
HEP SOD/NACL INJ 12500UNT ... 89
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT ... 89
HERCEP HYLEC SOL 60-10000 ... 26
HERCEPTIN ... 26
HERZUMA ... 26
HIBERIX ... 96
hm adult aspirin ... 3
hm all day allergy ... 105
hm all day allergy childr ... 105
hm allergy relief ... 105
hm antacid ... 79
hm antacid anti-gas extra ... 79
hm antacid extra strength ... 79
hm aspirin ... 3
hm aspirin ec low dose ... 3
hm cetirizine hydrochlori ... 105
hm clearlax ... 84
hm enema saline laxative ... 84
hm gentle laxative ... 84
hm ibuprofen ... 5
hm laxative ... 84
hm loratadine ... 105
hm milk of magnesia ... 84
hm motion sickness ... 81
hm mucus relief dm ... 107
hm nicotine polacrilex ... 61
hm nicotine transdermal s ... 61
hm pain reliever ... 3

Nombre del medicamento **Página n.°**

hm senna 84
hm stool softener 84
hm stool softener/stimula 84
HUMIRA 91
HUMIRA PEN 92
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START 92
HUMIRA PEN KIT PS/UV 92
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S 92
HUMULIN R U-500 (CONCENTR 65
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 65
hydralazine hcl 43
hydrochlorothiazide 42
hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml 6
hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg 6
hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-325 mg 6
hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg 7
hydrocodone bitartrate 5
hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg 7
hydrocortisone 74
hydrocortisone (intrarectal) 82
hydrocortisone (rectal) 114
hydrocortisone (topical) 113
hydromorphone hcl 7
hydroxychloroquine sulfate 93
hydroxyurea 23
hydroxyzine hcl 105
hydroxyzine pamoate 105
HYSINGLA ER 6

I

ibandronate sodium 66
IBRANCE 26
ibu 5
ibuprofen 5
icatibant acetate 90
iclevia 69
ICLUSIG 26
IDACIO (2 PEN) 92
IDACIO (2 SYRINGE) 92
IDACIO CROHN INJ DISEASE 92
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS 92
IDHIFA 27
imatinib mesylate 27

Nombre del medicamento **Página n.°**

IMBRUVICA 27
imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg 9
imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg 9
imipramine hcl 46
imiquimod 114
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) 96
INBRIJA 48
incassia 69
INCRELEX 75
INCRUSE ELLIPTA 103
indapamide 42
INFANRIX INJ 96
INFLIXIMAB 92
INLYTA 27
INQOVI TAB 35-100MG 21
INREBIC 27
INSULIN PEN NEEDLES\ BD/NOVO 65
INSULIN SAFETY NEEDLES 65
INSULIN SYRINGES\ BD 65
INTELENCE 12
INTRALIPID 100
introvale 69
INVEGA HAFYERA 49
INVEGA SUSTENNA 49
INVEGA TRINZA 49
IPOL INJ INACTIVE 96
ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml 103
ipratropium bromide 104
ipratropium bromide (nasal) 104
irbesartan 38
irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg 36
irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg 37
irinotecan hcl 23
ISENTRESS 12
ISENTRESS HD 12
isibloom 69
ISOLYTE-P INJ /D5W 97
ISOLYTE-S INJ 97
ISOLYTE-S INJ PH 7.4 97
isoniazid 14
isosorbide dinitrate 43

Nombre del medicamento **Página n.°**

isosorbide mononitrate 43
isotretinoin 111
isradipine 42
itraconazole 11
ivabradine hcl 43
ivermectin 9
IWILFIN 23
IXCHIQ INJ 96
IXIARO INJ 96

J

JAKAFI 27
jantoven 89
JANUMET TAB 50-500MG 63
JANUMET TAB 50-1000 63
JANUMET XR TAB 50-500MG 63
JANUMET XR TAB 50-1000 63
JANUMET XR TAB 100-1000 63
JANUVIA 63
JARDIANCE 63
jasmiel 69
javygtor 76
JAYPIRCA 27
JENTADUETO TAB 2.5-500 63
JENTADUETO TAB 2.5-850 63
JENTADUETO TAB 2.5-1000 63
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG 63
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG 63
jinteli 74
jolessa 69
juleber 69
JULUCA TAB 50-25MG 14
junel 1.5/30 69
junel 1/20 69
junel fe 1.5/30 69
junel fe 1/20 69
junel fe 24 69
JYLAMVO 93
JYNNEOS 96

K

KADCYLA 27
kaitlib fe 69
KALYDECO 109
KANJINTI 27
kariva 69

Nombre del medicamento **Página n.°**

kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj 97
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj 97
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj 97
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj 98
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj 98
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj 98
kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj 98
kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj 98
kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj 98
kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj 98
kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj 98
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9% 98
kelnor 1/35 69
kelnor 1/50 69
KERENDIA 35
KESIMPTA 59
ketoconazole 11
ketoconazole (topical) 112
ketorolac tromethamine (ophth) 102
KEVZARA 92
KEYTRUDA 27
KINRIX INJ 96
kionex 67
KISQALI 200 DOSE 27
KISQALI 200 PAK FEMARA 23
KISQALI 400 DOSE 27
KISQALI 400 PAK FEMARA 23
KISQALI 600 DOSE 27
KISQALI 600 PAK FEMARA 23
klayesta 112
klor-con 99
klor-con 8 99
klor-con 10 99
klor-con m10 99
klor-con m15 99
klor-con m20 99
KORLYM 76
KOSELUGO 28
kourzeq 115

Nombre del medicamento **Página n.°**

KRAZATI 28
kurvelo 69

L

labetalol hcl 41
lacosamide 53
lacosamide oral 53
lactated ringer's solution 98
lactic acid (ammonium lactate) 114
lactulose 84
lactulose (encephalopathy) 84
lamivudine 12
lamivudine (hbv) 15
lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg 14
lamotrigine 53
lanreotide acetate 76
lansoprazole 87
lanthanum carbonate 77
LANTUS 65
LANTUS SOLOSTAR 65
lapatinib ditosylate 28
larin 1.5/30 69
larin 1/20 69
larin 24 fe 69
larin fe 1.5/30 69
larin fe 1/20 69
latanoprost 102
laxative maximum strength 84
laxative regular strength 84
layolis fe 69
leena 69
leflunomide 93
lenalidomide 22
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE 28
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE 28
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE 28
LENVIMA 12MG DAILY DOSE 28
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE 28
LENVIMA CAP 14 MG 28
LENVIMA CAP 18 MG 28
LENVIMA CAP 24 MG 28
lessina 70
letrozole 22
leucovorin calcium 33, 34
LEUKERAN 20
leuprolide acetate 22

Nombre del medicamento **Página n.°**

levalbuterol hcl 106
levalbuterol tartrate 106
levetiracetam 53
levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml 53
levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml 53
levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml 53
levobunolol hcl 102
levocarnitine (metabolic modifiers) 76
levocetirizine dihydrochloride 105
levofloxacin 17
levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml 17
levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml 17
levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml 17
levonest 70
levonor-eth est tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg &eth est 0.01 mg 70
levonorgestrel (emergency oc) 70
levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg 70
levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg 70
levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg 70
levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg 70
levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth est tab 0.01mg(7) 70
levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) & eth est tab 0.01mg(7) 70
levora 0.15/30-28 70
levo-t 77
levothyroxine sodium 77
levoxyl 78
l-glutamine (sickle cell) 90
LIBERVANT 54
lidocaine 114
lidocaine hcl 114
lidocaine hcl (local anesth.) 8
lidocaine hcl (mouth-throat) 115
lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5% 114
lidocan 114
linezolid 9
LINEZOLID INJ 2MG/ML 9

Nombre del medicamento **Página n.°**

LINZESS 86
liothyronine sodium 78
liquid acetaminophen 3
lisinopril 35
lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg 35
lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg 35
lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg 35
lithium 59
lithium carbonate 59
loestrin 1.5/30-21 70
loestrin 1/20-21 70
loestrin fe 1.5/30 70
loestrin fe 1/20 70
LOKELMA 67
LONSURF TAB 15-6.14 21
LONSURF TAB 20-8.19 21
loperamide hcl 80, 86
lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml) 14
lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg 14
lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg 14
loratadine 105
loratadine childrens 105
lorazepam 44
lorazepam intensol 44
LORBRENA 28
loryna 70
losartan potassium 38
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg 37
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg 37
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg 37
LOTEMAX 102
loteprednol etabonate 102
lovastatin 39
low-ogestrel 70
loxapine succinate 49
LUMAKRAS 28
LUMIGAN 102
LUMIZYME 76
LUPRON DEPOT (1-MONTH) 22

Nombre del medicamento **Página n.°**

LUPRON DEPOT (3-MONTH) 22
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH 76
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH 76
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH 76
lurasidone hcl 49, 50
lutera 70
lyleq 70
lyllana 74
LYNPARZA 28
LYSODREN 22
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 28
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 29
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 29
lyza 70

M

mag-al plus 79
mag-al plus xs 79
magnesium oxide 79
magnesium sulfate 98
MAGNESIUM SULFATE 98
magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml 98
malathion 114
mapap childrens 3
maraviroc 12
marlissa 70
MARPLAN 46
MATULANE 23
MAVYRET PAK 50-20MG 15
MAVYRET TAB 100-40MG 15
m-dryl 105
meclizine hcl 81
medroxyprogesterone acetate 77
medroxyprogesterone acetate (contraceptive) 70
mefloquine hcl 11
megestrol acetate 22, 77
megestrol acetate (appetite) 77
MEKINIST 29
MEKTOVI 29
meloxicam 5
memantine hcl 45
memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg titration pack 45
MENACTRA INJ 96

Nombre del medicamento **Página n.°**

MENQUADFI INJ 96
MENVEO INJ 96
MENVEO SOL 96
mercaptopurine 21
meropenem 9
mesalamine 82
mesalamine w/ cleanser 82
MESNEX 34
metformin hcl 63
methadone hcl 6
methadone hydrochloride i 6
methazolamide 42
methenamine hippurate 9
methimazole 78
methocarbamol 60
methotrexate sodium 21, 93
methsuximide 54
methylphenidate hcl 57
methylprednisolone 74
methylprednisolone acetate 74
methylprednisolone sod succ 74
methyltestosterone 62
metoclopramide hcl 81
metolazone 42
metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg 40
metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg 40
metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg 40
metoprolol succinate 41
metoprolol tartrate 41
metronidazole 9
metronidazole (topical) 114
metronidazole vaginal 88
metyrosine 43
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML 98
mibelas 24 fe 70
micafungin sodium 11
miconazole 3 combination 88
miconazole 3 combo pack 88
miconazole 7 88
miconazole nitrate vaginal 88
microgestin 1.5/30 70
microgestin 1/20 70
microgestin 24 fe 71

Nombre del medicamento **Página n.°**

microgestin fe 1.5/30 71
microgestin fe 1/20 71
midodrine hcl 43
MIEBO 103
mifepristone (hyperglycemia) 76
miglustat 76
migraine relief 3
mili 71
milk of magnesia 84
MILK OF MAGNESIA CONCENTR 84
mimvey 74
minocycline hcl 19
minoxidil 43
mintox maximum strength 79
mintox plus 79
mirtazapine 46
misoprostol 86
MITIGARE 2
M-M-R II INJ 96
M-NATAL PLUS TAB 99
modafinil 60
moexipril hcl 35
molindone hcl 50
mometasone furoate 113
MONJUVI 29
mono-linyah 71
montelukast sodium 108
morphine sulfate 6, 7
MORPHINE SULFATE 7
MORPHINE SULFATE/SODIUM C 7
motion sickness relief 81
motion sickness relief/le 81
motion-time 81
MOUNJARO 63
MOVANTIK 86
moxifloxacin hcl 17
moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj 17
moxifloxacin hcl (ophth) 101
m-pap 3
MRESVIA 96
mucus & chest congestion 107
mucus relief 107
mucus relief dm 107
mucus relief dm maximum s 107
mucus relief er 107

Nombre del medicamento **Página n.°**

mucus relief maximum stre 107
MULTAQ 38
multiple electrolytes ph 5.5 98
multiple electrolytes ph 7.4 98
mupirocin 111
my choice 71
mycophenolate mofetil 95
mycophenolate sodium 95
MYRBETRIQ 88
my way 71

N

nabumetone 5
nadolol 41
nafcillin sodium 19
NAGLAZYME 76
nalbuphine hcl 7
naloxone hcl 61
naltrexone hcl 61
NAMZARIC CAP 7-10MG 45
NAMZARIC CAP 14-10MG 45
NAMZARIC CAP 21-10MG 45
NAMZARIC CAP 28-10MG 45
NAMZARIC CAP PACK 45
naproxen 5
naproxen dr 5
naproxen sodium 5
naratriptan hcl 58
nasal decongestant 107
NATACYN 101
nateglinide 63
NATPARA 66
nausea relief 81
NAYZILAM 54
nebivolol hcl 41
necon 0.5/35-28 71
nefazodone hcl 46
neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin 101
neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml 101
neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1% 100
neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1% 100
neomycin-polymyxin-hc ophth susp 100

Nombre del medicamento **Página n.°**

neomycin-polymyxin-hc otic soln 1% 103
neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1% 103
neomycin sulfate 9
neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin 101
neo-polycin hc ophth oint 1% 100
NERLYNX 29
NEUPRO 48
nevirapine 12
new day 71
NEXAVAR 29
NEXLETOL 40
NEXLIZET TAB 180/10MG 40
niacin (antihyperlipidemic) 40
nicardipine hcl 42
nicotine 61
nicotine mini lozenge 61
nicotine polacrilex 61
nicotine polacrilex mini 61
NICOTINE SYS KIT TRANSDER 61
nicotine transdermal syst 62
NICOTROL INHALER 62
NICOTROL NS 62
nifedipine 42
nikki 71
nilutamide 22
nimodipine 42
NINLARO 29
nitazoxanide 9
nitisinone 76
NITRO-BID 43
nitrofurantoin macrocrystal 9
nitrofurantoin monohyd macro 9
nitroglycerin 43
nitroglycerin (intra-anal) 114
nizatidine 82
nora-be 71
norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr 71
norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab 1 mg-20 mcg (24) 71
norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg 71
norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg 71

Nombre del medicamento **Página n.°**

norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg 71
norethindrone acetate 77
norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg 74
norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg 74
norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg 71
norethindrone (contraceptive) 71
norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg 71
norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.8 mg-25 mcg 71
norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg 71
norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg 71
norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg 71
norlyroc 72
NORPACE CR 38
nortrel 0.5/35 (28) 72
nortrel 1/35 (21) 72
nortrel 1/35 (28) 72
nortrel 7/7/7 72
nortriptyline hcl 46
NORVIR 12
NOVOLIN INJ 70/30 65
NOVOLIN INJ 70/30 FP 65
NOVOLIN N 65
NOVOLIN N FLEXPEN 65
NOVOLIN R 65
NOVOLIN R FLEXPEN 65
NOVOLOG MIX INJ 70/30 65
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN 65
NUBEQA 22
NUEDEXTA CAP 20-10MG 59
NULOJIX 95
NUPLAZID 50
NURTEC 58
NUTRILIPID 100
NUZYRA 19
nyamyc 112
nylia 1/35 72
nylia 7/7/7 72

Nombre del medicamento **Página n.°**

NYMALIZE 42
nymyo 72
nystatin 11
nystatin (mouth-throat) 115
nystatin (topical) 112
nystop 112

O

ocella 72
OCTAGAM 94
octreotide acetate 76
ODEFSEY TAB 14
ODOMZO 29
OFEV 109
ofloxacin (ophth) 101
ofloxacin (otic) 103
OGIVRI 29
OGSIVEO 29
OJEMDA 29
OJJAARA 29
olanzapine 50
olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg 37
olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg 37
olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg 37
olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg 37
olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg 37
olmesartan medoxomil 38
olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg 37
olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg 37
olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg 37
omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm 40
omeprazole 87
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO 65
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS 65
OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO 65
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS 65
OMNIPOD DASH KIT INTRO 65
OMNIPOD DASH MIS PODS 65

Nombre del medicamento **Página n.°**

OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY 66
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY 66
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY 66
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY 66
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY 66
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY 66
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY 66
OMNIPOD MIS CLASSIC 66
ondansetron 81
ondansetron hcl 81
ONTRUZANT 29
ONUREG 21
opcicon one-step 72
OPSUMIT 44
option 2 72
ORGOVYX 22
ORKAMBI GRA 75-94MG 109
ORKAMBI GRA 100-125 109
ORKAMBI GRA 150-188 109
ORKAMBI TAB 100-125 109
ORKAMBI TAB 200-125 109
ORSERDU 22
oseltamivir phosphate 15
OTEZLA 92
OTEZLA TAB 10/20 92
OTEZLA TAB 10/20/30 92
oxacillin sodium 19
oxaliplatin 20
oxcarbazepine 54
oxybutynin chloride 88
oxycodone hcl 7
oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg 7
oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg 7
oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg 7
oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg 7
OXYCONTIN 6
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 64
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) 64
OZEMPIC (1MG/DOSE) 64
OZEMPIC (2MG/DOSE) 64

Nombre del medicamento **Página n.°**

P

pacerone 38
paclitaxel 24
paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg 24
pain & fever childrens 3
pain & fever infants 3
pain reliever plus 3
paliperidone 50
pamidronate disodium 66
PAMIDRONATE DISODIUM 66
PANRETIN 114
pantoprazole sodium 87
PANZYGA 94
paraplatin 20
paricalcitol 78
paroxetine hcl 46
PAXLOVID TAB 150-100 15
PAXLOVID TAB 300-100 15
pazopanib hcl 29
PEDIA-LAX 84
PEDIARIX INJ 0.5ML 96
PEDVAX HIB 96
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm 84
peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm 85
PEGASYS 15
PEMAZYRE 30
pemetrexed disodium 21
PENBRAYA INJ 96
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML 19
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML 19
penicillamine 67
penicillin g potassium 19
penicillin g sodium 19
penicillin v potassium 19
PENTACEL INJ 96
pentamidine isethionate inh 9
pentamidine isethionate inj 9
pentoxifylline 90
perindopril erbumine 35
periogard 115
permethrin 114
perphenazine 50

Nombre del medicamento **Página n.°**
PERSERIS 50
pfizerpen 19
phenelzine sulfate 46
phenobarbital 54
phenobarbital sodium 54
phenytek 54
phenytoin 54
phenytoin sodium 54
phenytoin sodium extended 54
PHESGO SOL 30
philith 72
phytonadione 100
PIFELTRO 12
pilocarpine hcl 102
pilocarpine hcl (oral) 115
pimozide 50
pimtrea 72
pin-away 9
pindolol 41
pioglitazone hcl 64
pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-500 mg 64
pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg 64
piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm) 19
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm) 19
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm) 19
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm) 19
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm) 19
PIQRAY 200MG DAILY DOSE 30
PIQRAY 250MG TAB DOSE 30
PIQRAY 300MG DAILY DOSE 30
pirfenidone 109
piroxicam 5
PLASMA-LYTE INJ -148 98
PLASMA-LYTE INJ -A 98
plenamine 100
PLENVU SOL 85
podofilox 114
polycin ophth oint 101
polyethylene glycol 3350 85
polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1% 101
POMALYST 23
portia-28 72
posaconazole 11
potassium chloride 98, 99
POTASSIUM CHLORIDE 98
potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj 99
potassium chloride microencapsulated crystals er 99
potassium citrate (alkalinizer) 88
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ 98
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ 98
POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ 98
pramipexole dihydrochloride 48
prasugrel hcl 91
pravastatin sodium 39
praziquantel 9
prazosin hcl 36
prednisolone 74
prednisolone acetate (ophth) 102
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP 102
prednisolone sodium phosphate 74
prednisone 75
PREDNISONE INTENSOL 75
pregabalin 54
PREHEVBRIO 96
PREMASOL SOL 10% 100
PRENATAL TAB 27-1MG 99
PRENATAL TAB PLUS 99
prevalite 40
PREVYMIS 15
PREZCOBIX TAB 800-150 14
PREZISTA 12
PRIFTIN 14
primaquine phosphate 11
PRIMAQUINE PHOSPHATE 11
primidone 54
PRIORIX INJ 96
PRIVIGEN 94
probenecid 2
prochlorperazine 81
prochlorperazine edisylate 81
prochlorperazine maleate 81
PROCRIT 90

Nombre del medicamento **Página n.°**

proctocort 114
procto-med hc 114
proctosol hc 114
proctozone-hc 114
progesterone 77
PROGRAF 95
PROLASTIN-C 109
PROLENSA 102
PROLIA 66
PROMACTA 90, 91
promethazine hcl 81
promethazine w/ codeine syrup 6.25-10 mg/5ml 107
propafenone hcl 39
proparacaine hcl 103
propranolol hcl 41
propylthiouracil 78
PROQUAD INJ 96
PROSOL INJ 20% 100
protriptyline hcl 46
pseudoephedrine hcl 107
PULMOZYME 109
PURIXAN 21
pyrazinamide 14
pyridostigmine bromide 59
pyridoxine hcl 100

Q

qc acetaminophen infants 3
qc all day allergy relief 105
qc allergy childrens 105
qc allergy relief 105
qc antacid 79
qc antacid/anti-gas 79
qc antacid/anti-gas maxim 79
qc antacid extra strength 79
qc anti-diarrheal 80
qc aspirin 3
qc aspirin low dose 3
qc chocolated laxative 85
qc clotrimazole 88
qc enema 85
qc enteric aspirin 4
qc famotidine acid reduce 82
qc fiber 85
qc fiber therapy 85

Nombre del medicamento **Página n.°**

qc gentle laxative 85
qc gentle laxative womens 85
qc headache relief 4
qc heartburn antacid 79
qc ibuprofen 5
qc laxative 85
qc loratadine allergy rel 105
qc miconazole 7 88
qc milk of magnesia 85
qc motion sickness relief 81
qc mucus relief 12 hour 107
qc mucus relief childrens 107
qc mucus relief dm max 107
qc mucus relief er 12 hou 107
qc naproxen sodium 5
qc nasal decongestant max 107
qc natura-lax 85
qc non-aspirin extra stre 4
qc pain relief 4
qc pain relief childrens 4
qc pain relief extra stre 4
qc pink bismuth 80
qc stomach relief 80
qc stomach relief ultra 80
qc stool softener 85
qc stool softener plus la 85
qc stool softener plus st 85
qc travel ease 81
qc tussin dm cough & ches 107
qc tussin expectorant adu 107
qc vegetable laxative 85
QINLOCK 30
QUADRACEL INJ 96
QUADRACEL INJ 0.5ML 96
quetiapine fumarate 50
quinapril hcl 35
quinidine sulfate 39
quinine sulfate 11
QULIPTA 58

R

RABAVERT INJ 96
rabeprazole sodium 87
raloxifene hcl 76
ramipril 35
ranolazine 43

Nombre del medicamento **Página n.º**

rasagiline mesylate 48
RAYALDEE 78
reclipsen 72
RECOMBIVAX HB 96
RECTIV 114
reeses pinworm medicine 9
REGRANEX 115
RELENZA DISKHALER 15
RELISTOR 86
REMICADE 92
RENFLEXIS 92
repaglinide 64
REPATHA 40
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 40
REPATHA SURECLICK 40
RESTASIS 103
RESTASIS MULTIDOSE 103
RETEVMO 30
REVLIMID 23
REXULTI 50
REYATAZ 12
REZLIDHIA 30
REZUROCK 95
RHOPRESSA 102
ribavirin (hepatitis c) 15
rifabutin 14
rifampin 14
riluzole 59
rimantadine hydrochloride 15
RINVOQ 92
RINVOQ LQ 93
risedronate sodium 66
risperidone 50
risperidone microspheres 50, 51
ritonavir 12
rivastigmine 45
rivastigmine tartrate 45
rivelsa 72
rizatriptan benzoate 58
robafen mucus/chest conge 107
ROCKLATAN DRO 102
roflumilast 109
ropinirole hydrochloride 48
rosuvastatin calcium 39
ROTARIX SUS 96
ROTATEQ SOL 96

Nombre del medicamento **Página n.º**

roweepra 54
ROZLYTREK 30
RUBRACA 30
rufinamide 54
RUKOBIA 12
RYBELSUS 64
RYDAPT 30

S

sajazir 91
SANDIMMUNE 95
SANTYL 115
sapropterin dihydrochloride 76
SCEMBLIX 30, 31
scopolamine 81
SECUADO 51
selegiline hcl 48
selenium sulfide 112
SELZENTRY 12
senexon-s 85
senna-lax 85
senna plus 85
SENNA PLUS CAP 8.6-50MG 85
senna regular strength 85
senna-time 85
senna-time s 85
sennosides 85
sennosides-docusate sodium tab 8.6-50 mg 85
senokot extra strength 85
SEREVENT DISKUS 106
sertraline hcl 46
setlakin 72
sevelamer carbonate 77
sharobel 72
SHINGRIX 97
SIGNIFOR 76
siladryl allergy 105
sildenafil citrate (pulmonary hypertension) . 44
siltussin-dm 108
siltussin sa 108
silver sulfadiazine 111
SIMBRINZA SUS 1-0.2% 102
simliya 72
simpesse 72
simvastatin 39

Nombre del medicamento **Página n.º**
sinus congestion maximum 108
sirolimus 95
SIRTURO 14
SIVEXTRO 9
SKYRIZI 93
SKYRIZI PEN 93
sm 3-day vaginal 88
sm acid reducer 82
sm adult aspirin 4
sm all day allergy 106
sm all day allergy child 106
sm all day allergy childr 106
sm all day allergy relief 106
sm allergy childrens 106
sm allergy relief 106
sm allergy relief childre 106
sm antacid 79
sm antacid advanced 79
sm antacid advanced maxi 79
sm antacid extra strength 79
sm antacid maximum streng 79
sm anti-diarrheal 80
sm aspirin adult low stre 4
sm aspirin enteric coated 4
sm aspirin low dose 4
sm calcium antacid extra 79
sm clearlax 85
sm clotrimazole vaginal 88
sm enema 85
sm fiber 85
sm fiber laxative 86
sm gentle laxative 86
sm ibuprofen 5
sm ibuprofen ib 5
sm loratadine 106
sm miconazole 3 88
sm miconazole 7 89
sm migraine relief 4
sm milk of magnesia 86
sm motion sickness 81
sm mucus relief 108
sm mucus relief/12 hour 108
sm mucus relief maximum s 108
sm naproxen sodium 5
sm nasal decongestant max 108
sm nicotine 62

Nombre del medicamento **Página n.º**
sm nicotine polacrilex 62
sm nicotine transdermal s 62
smooth antacid extra stre 79
sm pain & fever childrens 4
sm pain & fever infants 4
sm pain relief extra stre 4
sm pain reliever 4
sm pain reliever children 4
sm pain reliever extra st 4
sm stomach relief 80
sm stomach relief liquid 80
sm stool softener 86
sm stool softener/stimula 86
sm tioconazole-1 89
sm tussin dm 108
sm tussin dm cough/chest 108
sm tussin mucus + chest c 108
sodium bicarbonate (antacid) 79
sodium chloride 99
sodium chloride (gu irrigant) 115
sodium fluoride chew\; tab\; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln 99
SODIUM OXYBATE 60
sodium phenylbutyrate 76
sodium polystyrene sulfonate powder 67
SODIUM POW BICARBON 79
sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml 86
solifenacin succinate 88
SOLIQUA INJ 100/33 66
SOLTAMOX 22
soluble fiber 86
SOLU-CORTEF 75
SOMATULINE DEPOT 76
SOMAVERT 76
sorafenib tosylate 31
SORBITOL 86
sorine 39
sotalol hcl 39
sotalol hcl (afib/afl) 39
spironolactone 35
spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg 42
sprintec 28 72
SPRITAM 54
SPRYCEL 31

Nombre del medicamento **Página n.°**

sps 67
sronyx 72
ssd 112
STELARA 93
stimulant laxative 86
STIVARGA 31
STL SOFT/LAX CAP 8.6-50MG 86
stomach relief 80
stomach relief extra stre 80
stomach relief ultra 80
stool softener 86
stool softener + stimulan 86
streptomycin sulfate 9
STRIBILD TAB 14
subvenite 55
sucralfate 86
sudogest 108
sudogest maximum strength 108
sulfacetamide sodium (acne) 111
sulfacetamide sodium (ophth) 101
sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)% 100
sulfadiazine 9
sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml 10
sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml 10
sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg 10
sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg 10
SULFAMYLON 112
sulfasalazine 82
sulindac 5
sumatriptan 58
sumatriptan succinate 58
sunitinib malate 31
SUNLENCA 12
syeda 72
SYMDEKO TAB 50-75MG 109
SYMDEKO TAB 100-150 109
SYMPAZAN 55
SYMTUZA TAB 14
SYNAREL 73
SYNJARDY TAB 5-500MG 64
SYNJARDY TAB 5-1000MG 64

Nombre del medicamento **Página n.°**

SYNJARDY TAB 12.5-500 64
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG 64
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG 64
SYNJARDY XR TAB 10-1000 64
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000 64
SYNJARDY XR TAB 25-1000 64
SYNTHROID 78

T

TABLOID 21
TABRECTA 31
tacrolimus 95
tacrolimus (topical) 114
TAFINLAR 31
TAGRISSO 31
TALTZ 93
TALZENNA 31
tamoxifen citrate 22
tamsulosin hcl 87
tarina 24 fe 72
tarina fe 1/20 eq 72
TASIGNA 31
tasimelteon 57
tazarotene 112
tazicef 16
TAZORAC 112
TAZVERIK 31
TDVAX INJ 2-2 LF 97
TECENTRIQ 31
TEFLARO 16
telmisartan 38
telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg 37
telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg 37
telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg 37
telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg 37
telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg 37
telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg 37
telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-25 mg 37
temazepam 57
TENIVAC INJ 5-2LF 97
tenofovir disoproxil fumarate 12
TEPMETKO 31
terazosin hcl 36

Nombre del medicamento **Página n.°**

terbinafine hcl 11
terbutaline sulfate 106
terconazole vaginal 89
TERIPARATIDE 66
testosterone 62
testosterone cypionate 62
testosterone enanthate 62
tetrabenazine 59
tetracycline hcl 19
THALOMID 23
theophylline 109
thiamine hcl 100
thioridazine hcl 51
thiothixene 51
tiadylt er 42
tiagabine hcl 55
TIBSOVO 31
TICOVAC 97
tigecycline 19
tilia fe 72
timolol maleate 41
timolol maleate (ophth) 102
tinidazole 10
tioconazole 1 89
TIVICAY 13
TIVICAY PD 13
tizanidine hcl 60
TOBRADEX OIN 0.3-0.1% 100
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05 100
tobramycin 10
tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1% 100
tobramycin (ophth) 101
tobramycin sulfate 10
tolterodine tartrate 88
topiramate 55
toremifene citrate 22
torpenz 32
torsemide 42
TOUJEO MAX SOLOSTAR 66
TOUJEO SOLOSTAR 66
TPN ELECTROL INJ 99
TRADJENTA 64
tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg 7
tramadol hcl 7
trandolapril 35

Nombre del medicamento **Página n.°**

tranexamic acid 91
tranylcypromine sulfate 46
TRAVASOL INJ 10% 100
TRAZIMERA 32
trazodone hcl 46
TRECATOR 14
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG 103
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG - 103
TREMFYA 93
treprostinil 44
TRESIBA 66
TRESIBA FLEXTOUCH 66
tretinoin 111
tretinoin (chemotherapy) 23
triamcinolone acetonide (mouth) 115
triamcinolone acetonide (topical) 113
triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg 42
triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg 42
triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg 43
tri-buffered aspirin 4
tridacaine ii 114
trientine hcl 67
tri-estarylla 72
trifluoperazine hcl 51
trifluridine 101
trihexyphenidyl hcl 48
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG 64
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG - 64
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG 64
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG . 64
TRIKAFTA PAK 59.5MG 110
TRIKAFTA PAK 75MG 110
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG 110
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG 110
tri-legest fe 72
tri-linyah 72
tri-lo-estarylla 72
tri-lo-marzia 72
tri-lo-mili 72
tri-lo-sprintec 72

Nombre del medicamento **Página n.°**

trimethoprim 10
tri-mili 72
trimipramine maleate 46
TRINTELLIX 46
tri-nymyo 73
tri-sprintec 73
TRIUMEQ PD TAB 14
TRIUMEQ TAB 14
trivora-28 73
tri-vylibra 73
tri-vylibra lo 73
TRIZIVIR TAB 14
TROGARZO 13
TROPHAMINE INJ 10% 100
trospium chloride 88
TRULICITY 64
TRUMENBA INJ 97
TRUQAP 32
TRUXIMA 32
TUKYSA 32
TURALIO 32
turqoz 73
tusnel diabetic 108
tusnel-ex 108
tussin dm 108
tussin mucus + chest cong 108
tussin mucus & chest cong 108
TWINRIX INJ 97
TYBOST 13
tydemy 73
TYPHIM VI 97
TYRVAYA 103

U

UBRELVY 58
unithroid 78
ursodiol 86

V

valacyclovir hcl 15
VALCHLOR 114
valganciclovir hcl 15
valproate sodium 55
valproic acid 55
valsartan 38

Nombre del medicamento **Página n.°**

valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg 37
valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg 38
valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg 38
valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg 38
valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg 38
VALTOCO 5 MG DOSE 55
VALTOCO 10 MG DOSE 55
VALTOCO 15 MG DOSE 55
VALTOCO 20 MG DOSE 55
vancomycin hcl 10
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE 10
VANCOMYCIN INJ 1 GM 10
VANCOMYCIN INJ 500MG 10
VANCOMYCIN INJ 750MG 10
VANFLYTA 32
VAQTA 97
varenicline tartrate 62
varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack 62
VARIVAX 97
VASCEPA 40
velivet 73
VELPHORO 77
VELTASSA 67
VEMLIDY 15
VENCLEXTA 32
VENCLEXTA TAB START PK 32
venlafaxine hcl 47
VENTAVIS 44
VENTOLIN HFA 106
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) 106
verapamil hcl 42
VERQUVO 43
VERSACLOZ 51
VERZENIO 32
vestura 73
V-GO 20 KIT 66
V-GO 30 KIT 66
V-GO 40 KIT 66
vienva 73
vigabatrin 55

Nombre del medicamento **Página n.º**

vigadrone 55
vigpoder 55
vilazodone hcl 47
vincristine sulfate 24
vinorelbine tartrate 24
viorele 73
VIRACEPT 13
VIREAD 13
VITRAKVI 32
VIVITROL 62
VIZIMPRO 32
VONJO 32
voriconazole 11
VOSEVI TAB 16
VRAYLAR 51
vyfemla 73
vylibra 73
VYZULTA 102

W

warfarin sodium 89
water for irrigation, sterile irrigation soln 115
WELIREG 23
wera 73
wixela inhub 111
wymzya fe 73

X

XALKORI 32, 33
XARELTO 89
XARELTO STAR TAB 15/20MG 89
XATMEP 93
XCOPRI 55
XCOPRI PAK 12.5-25 55
XCOPRI PAK 50-100MG 55
XCOPRI PAK 100-150 55
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE) 55
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION) 55
XDEMVY 101
XELJANZ 93
XELJANZ XR 93
XERMELO 87
XGEVA 66
XHANCE 110
XIFAXAN 87

Nombre del medicamento **Página n.º**

XIGDUO XR TAB 2.5-1000 64
XIGDUO XR TAB 5-500MG 64
XIGDUO XR TAB 5-1000MG 64
XIGDUO XR TAB 10-500MG 64
XIGDUO XR TAB 10-1000 65
XIIDRA 103
XOFLUZA 16
XOLAIR 110
XOSPATA 33
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY 33
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY 33
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY 33
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY 33
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY 33
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY 33
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY 33
XTANDI 22
xulane 73
XULTOPHY INJ 100/3.6 66

Y

yargesa 77
YF-VAX INJ 97
yuvafem 74

Z

zafemy 73
zafirlukast 108
zaleplon 57
ZARXIO 90
ZEJULA 33
ZELBORAF 33
ZEMAIRA 110
zenatane 111
ZENPEP CAP 3000UNIT 87
ZENPEP CAP 5000UNIT 87
ZENPEP CAP 10000UNT 87
ZENPEP CAP 15000UNT 87
ZENPEP CAP 20000UNT 87
ZENPEP CAP 25000UNT 87
ZENPEP CAP 40000UNT 87
ZENPEP CAP 60000UNT 87
ZERVIATE 102
zidovudine 13
ZIEXTENZO 90
ziprasidone hcl 51

Nombre del medicamento **Página n.°**

ziprasidone mesylate 51
ZIRABEV 33
ZIRGAN 101
zoledronic acid 67
ZOLINZA 33
zolpidem tartrate 57
ZONISADE 55
zonisamide 56
zovia 1/35 73
ZTALMY 56
zumandimine 73
ZURZUVAE 47
ZYDELIG 33
ZYKADIA 33
ZYLET SUS 0.5-0.3% 100
ZYPREXA RELPREVV 51

Form Approved
OMB# 0938-1421

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hawaiian: He kōkua māhele ʻōlelo kā mākou i mea e pane ʻia ai kāu mau nīnau e pili ana i kā mākou papahana olakino a lāʻau lapaʻau paha. I mea e loaʻa ai ke kōkua māhele ʻōlelo, e kelepona mai iā mākou ma **1-866-600-2139 (TTY: 711)**. E hiki ana i kekahi mea ʻōlelo Pelekānia/ʻŌlelo ke kōkua iā ʻoe. He pōmaikaʻi manuahi kēia.

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

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

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

©2024 Aetna Inc.
IL-23-09-08 (SP) J (10/24)
Sin cambios realizados desde el 10/01/2024