

Lista de medicamentos cubiertos/ Formulario 2024

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

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

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



Aetna Better Health of Ohio | *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) para 2024*

Introducción

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

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

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

Índice

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

Esta sección continúa en la siguiente página.

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



B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos?	VIII
B8. ¿Qué sucede si el medicamento que deseo tomar no figura en la Lista de medicamentos?	VIII
B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo de Aetna Better Health of Ohio y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos, o si tengo algún problema para obtener mi medicamento?	IX
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?	X
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?	XI
B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?	XI
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	XI
B14. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?	XI
B15. ¿Aetna Better Health of Ohio cubre productos OTC que no sean medicamentos?	XI
B16. ¿Cuál es mi copago?	XII
B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?	XII
C. Medicamentos agrupados según la afección médica	XIII
D. Índice de medicamentos cubiertos	191



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

AetnaBetterHealth.com/Ohio.

A. Descargos de responsabilidad

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

- ❖ Aetna Better Health of Ohio es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Ohio para brindar los beneficios de ambos programas a sus inscritos.
- ❖ El formulario podría cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.
- ❖ ATTENTION: If you speak Spanish or Somali, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. The call is free.
- ❖ ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de idiomas gratuitos. Llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.
- ❖ FIIRI: Haddii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada luuqadda, oo bilaash ah, ayaa lagu heli karaa adiga. Wac **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, 24 saacadood maalintii, 7 maalmood todobaadkii. Wicitaanku waa bilaash.

❖ **Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o audio. Llame al 1-855-364-0974 (TTY: 711), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.**

- ❖ Si desea realizar o modificar una solicitud permanente para recibir los materiales en un idioma que no sea inglés o en otro formato, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of Ohio al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

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



B. Preguntas frecuentes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esta sección continúa en la siguiente página.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esta sección continúa en la siguiente página.

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



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

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

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

Cuando estos cambios tengan lugar, haremos lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

Esta sección continúa en la siguiente página.



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

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

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos adicionales o límites consultando las tablas en las páginas 1 a 190. También puede obtener más información en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Ohio**. Hemos publicado documentos en Internet que explican nuestras restricciones de tratamiento escalonado y autorización previa. También puede pedirnos que le enviemos una copia.

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

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

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

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

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

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



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

Hay dos formas para encontrar un medicamento:

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

Para buscar por **orden alfabético**, vaya a la sección del Índice de medicamentos cubiertos. Podrá encontrarla en la página 191. El Índice proporciona un listado alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos se encuentran en el Índice. Consulte el Índice y busque su medicamento. Junto al medicamento, verá el número de página en el que puede encontrar la información de cobertura.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

Esta sección continúa en la siguiente página.

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



Miembros actuales con un cambio en el nivel de atención

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

Nota: Las formas de dosificación oral sólida de marca, como en el caso de los comprimidos o las cápsulas, se limitan a surtidos de 14 días con excepciones, según lo exigido por las normas de la Parte D de Medicare. Para solicitar el suministro temporal de un medicamento, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

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

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

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

También puede solicitarnos que cambiemos las normas para su medicamento.

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



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

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

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

B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?

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

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

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

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

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

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

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

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

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

Esta sección continúa en la siguiente página.

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



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

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

B16. ¿Cuál es mi copago?

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

B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?

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

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

Ningún nivel tiene copago.



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

C. Medicamentos agrupados según la afección médica

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

La siguiente Lista de medicamentos cubiertos le proporciona información sobre los medicamentos cubiertos por Aetna Better Health of Ohio. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página 191. En el índice se encuentran todos los medicamentos cubiertos por Aetna Better Health of Ohio por orden alfabético.

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

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

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

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

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

Esta sección continúa en la siguiente página.

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



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

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



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

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

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp 8 hour pain relief</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp 8 hour pain reliever</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp acetaminophen</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp adult aspirin low str</i> CHEW 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp aspirin</i> TABS 325mg; TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp aspirin low dose</i> TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp infants pain/fever</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pain & fever children</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pain relief</i> CHEW 160mg; TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pain relief extra str</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense arthritis pain</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense aspirin</i> CHEW 81mg; TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense aspirin adults</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense pain & fever ch</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense pain & fever in</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense pain relief</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense pain relief ext</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm acetaminophen children</i> CHEW 160mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm adult aspirin</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm arthritis pain relief</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm aspirin</i> TBEC 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm aspirin ec low dose</i> TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm pain & fever childrens</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm pain relief</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm pain reliever</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>8 hour arthritis pain rel</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>liquid acetaminophen</i> LIQD 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>m-pap</i> LIQD 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mapap</i> CAPS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>mapap arthritis pain</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>mapap childrens</i> CHEW 80mg, 160mg	\$0(3)	NM; *
<i>pain & fever childrens</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>pain & fever infants</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>pain relief extra strengt</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>pharbetol</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>pharbetol extra strength</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc acetaminophen 8 hours</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc acetaminophen infants</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc arthritis pain relief</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc aspirin</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc aspirin low dose</i> CHEW 81mg; TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc enteric aspirin</i> TBEC 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc non-aspirin childrens</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc non-aspirin extra stre</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc pain relief</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc pain relief childrens</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc pain relief extra stre</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm 8 hour pain relief</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm adult aspirin</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm arthritis pain relief</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm aspirin adult low stre</i> TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm aspirin enteric coated</i> TBEC 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm aspirin low dose</i> CHEW 81mg; TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm childrens aspirin</i> CHEW 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain & fever childrens</i> SUSP 80mg/2.5ml, 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain & fever infants</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain relief extra stre</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain reliever</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

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

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

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

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

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

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

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

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

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

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COVID-19 AT- KIT 1-PACK	\$0(3)	QL (8 kits / 30 days), NM; *
COVID-19 RAP KIT 1-PACK	\$0(3)	QL (8 kits / 30 days), NM; *
COVID-19 RAP KIT 2-PACK	\$0(3)	QL (8 kits / 30 days), NM; *
COVID-19 TES KIT SPECIMEN	\$0(3)	QL (8 kits / 30 days), NM; *
CVS COVID-19 KIT HOME 2PK	\$0(3)	QL (8 kits / 30 days), NM; *
<i>cvs pinworm treatment</i> SUSP 144mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>dapsone</i> TABS 25mg, 100mg	\$0(1)	
DAPTOMYCIN SOLR 350mg	\$0(2)	NDS
<i>daptomycin</i> SOLR 350mg, 500mg	\$0(2)	NDS
DIATRUST KIT COVID-19	\$0(3)	QL (8 kits / 30 days), NM; *
ELLUME COV19 KIT HOME TES	\$0(3)	QL (8 kits / 30 days), NM; *
EMVERM CHEW 100mg	\$0(2)	NDS, QL (12 tabs / year)
<i>ertapenem sodium</i> SOLR 1gm	\$0(1)	
FLOWFLEX KIT TEST	\$0(3)	QL (8 kits / 30 days), NM; *
<i>gentamicin in saline inj</i> 0.8 mg/ml	\$0(1)	
<i>gentamicin in saline inj</i> 1 mg/ml	\$0(1)	
<i>gentamicin in saline inj</i> 1.2 mg/ml	\$0(1)	
<i>gentamicin in saline inj</i> 1.6 mg/ml	\$0(1)	
<i>gentamicin in saline inj</i> 2 mg/ml	\$0(1)	
<i>gentamicin sulfate</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/ml	\$0(1)	
IHEALTH 2-PK KIT COVID-19	\$0(3)	QL (8 kits / 30 days), NM; *
IHEALTH 5-PK KIT COVID-19	\$0(3)	QL (8 kits / 30 days), NM; *
IHEALTH 40PK KIT COVID-19	\$0(3)	QL (8 kits / 30 days), NM; *
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> 250 mg	\$0(1)	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> 500 mg	\$0(1)	
INDICAID KIT COVID-19	\$0(3)	QL (8 kits / 30 days), NM; *
INTELISWAB KIT COVID-19	\$0(3)	QL (8 kits / 30 days), NM; *
<i>ivermectin</i> TABS 3mg	\$0(1)	QL (12 tabs / 90 days), PA
<i>linezolid</i> SOLN 600mg/300ml	\$0(1)	
<i>linezolid</i> SUSR 100mg/5ml	\$0(2)	NDS, QL (1800 mL / 30 days)
<i>linezolid</i> TABS 600mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LINEZOLID INJ 2MG/ML	\$0(1)	
LUCIRA CHECK KIT COVID-19	\$0(3)	QL (8 kits / 30 days), NM; *
<i>meropenem</i> SOLR 1gm, 500mg	\$0(1)	
<i>methenamine hippurate</i> TABS 1gm	\$0(1)	
<i>metronidazole</i> SOLN 500mg/100ml; TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>neomycin sulfate</i> TABS 500mg	\$0(1)	
<i>nitazoxanide</i> TABS 500mg	\$0(2)	NDS, QL (6 tabs / 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> CAPS 50mg, 100mg	\$0(2)	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> CAPS 100mg	\$0(2)	
ON/GO COVID KIT ANTIGEN	\$0(3)	QL (8 kits / 30 days), NM; *
ON/GO ONE KIT COVID-19	\$0(3)	QL (8 kits / 30 days), NM; *
<i>pentamidine isethionate inh</i> SOLR 300mg	\$0(1)	B/D
<i>pentamidine isethionate inj</i> SOLR 300mg	\$0(1)	
PILOT COVID KIT HOME TES	\$0(3)	QL (8 kits / 30 days), NM; *
<i>pin-away</i> SUSP 144mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>pinworm medicine</i> SUSP 144mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>praziquantel</i> TABS 600mg	\$0(1)	
QUICKVUE HOM KIT COVID-19	\$0(3)	QL (8 kits / 30 days), NM; *
<i>reeses pinworm medicine</i> SUSP 144mg/ml	\$0(3)	NM; *
SIVEXTRO SOLR 200mg; TABS 200mg	\$0(2)	NDS
SPEEDY SWAB KIT COVID-19	\$0(3)	QL (8 kits / 30 days), NM; *
<i>streptomycin sulfate</i> SOLR 1gm	\$0(2)	NDS
<i>sulfadiazine</i> TABS 500mg	\$0(2)	NDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln</i> 400-80 mg/5ml	\$0(1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp</i> 200-40 mg/5ml	\$0(1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 400-80 mg	\$0(1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 800-160 mg	\$0(1)	

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

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

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>posaconazole</i> SUSP 40mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (630 mL / 30 days), PA
<i>posaconazole</i> TBEC 100mg	\$0(2)	NDS, QL (93 tabs / 30 days), PA
<i>terbinafine hcl</i> TABS 250mg	\$0(1)	QL (90 tabs / year)
<i>voriconazole</i> SOLR 200mg	\$0(1)	PA
<i>voriconazole</i> SUSR 40mg/ml	\$0(2)	NDS, PA
<i>voriconazole</i> TABS 50mg	\$0(1)	QL (480 tabs / 30 days), PA
<i>voriconazole</i> TABS 200mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days), PA
ANTIMALARIALS - DRUGS TO TREAT MALARIA		
<i>atovaquone-proguanil hcl tab</i> 62.5-25 mg	\$0(1)	
<i>atovaquone-proguanil hcl tab</i> 250-100 mg	\$0(1)	
<i>chloroquine phosphate</i> TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
COARTEM TAB 20-120MG	\$0(2)	
<i>mefloquine hcl</i> TABS 250mg	\$0(1)	
<i>primaquine phosphate</i> TABS 26.3mg	\$0(1)	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg	\$0(2)	
<i>quinine sulfate</i> CAPS 324mg	\$0(1)	PA
ANTIRETROVIRAL AGENTS - DRUGS TO SUPPRESS HIV/AIDS INFECTION		
<i>abacavir sulfate</i> SOLN 20mg/ml; TABS 300mg	\$0(1)	NM
APTIVUS CAPS 250mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>atazanavir sulfate</i> CAPS 150mg, 200mg, 300mg	\$0(1)	NM
<i>darunavir</i> TABS 600mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>darunavir</i> TABS 800mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
EDURANT TABS 25mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>efavirenz</i> TABS 600mg	\$0(1)	NM
<i>emtricitabine</i> CAPS 200mg	\$0(1)	NM
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	\$0(2)	NM
<i>etravirine</i> TABS 100mg, 200mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>fosamprenavir calcium</i> TABS 700mg	\$0(2)	NDS, NM

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FUZEON SOLR 90mg	\$0(2)	NDS, NM, LA
INTELENCE TABS 25mg	\$0(2)	NM
ISENTRESS CHEW 25mg	\$0(2)	NM
ISENTRESS CHEW 100mg; PACK 100mg; TABS 400mg	\$0(2)	NDS, NM
ISENTRESS HD TABS 600mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>lamivudine</i> SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	\$0(1)	NM
<i>maraviroc</i> TABS 150mg, 300mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>nevirapine</i> SUSP 50mg/5ml; TABS 200mg; TB24 400mg	\$0(1)	NM
NORVIR PACK 100mg	\$0(2)	NM
PIFELTRO TABS 100mg	\$0(2)	NDS, NM
PREZISTA SUSP 100mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (400 mL / 30 days), NM
PREZISTA TABS 75mg	\$0(2)	QL (480 tabs / 30 days), NM
PREZISTA TABS 150mg	\$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM
REYATAZ PACK 50mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>ritonavir</i> TABS 100mg	\$0(1)	NM
RUKOBIA TB12 600mg	\$0(2)	NDS, NM
SELZENTRY SOLN 20mg/ml; TABS 75mg	\$0(2)	NDS, NM
SELZENTRY TABS 25mg	\$0(2)	NM
SUNLENCA TBPK 300mg	\$0(2)	NDS, NM, LA
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> TABS 300mg	\$0(1)	NM
TIVICAY TABS 10mg	\$0(2)	NM
TIVICAY TABS 25mg, 50mg	\$0(2)	NDS, NM
TIVICAY PD TBSO 5mg	\$0(2)	NDS, NM
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	\$0(2)	NDS, NM, LA
TYBOST TABS 150mg	\$0(2)	NM
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	\$0(2)	NDS, NM
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	\$0(2)	NDS, NM

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>zidovudine</i> CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml; TABS 300mg	\$0(1)	NM
ANTIRETROVIRAL COMBINATION AGENTS - DRUGS TO SUPPRESS HIV/AIDS INFECTION		
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab</i> 600-300 mg	\$0(1)	NM
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	\$0(2)	NDS, NM
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	\$0(2)	NDS, NM
CIMDUO TAB 300-300	\$0(2)	NDS, NM
COMPLERA TAB	\$0(2)	NDS, NM
DELSTRIGO TAB	\$0(2)	NDS, NM
DESCOVY TAB 120-15MG	\$0(2)	NDS, NM
DESCOVY TAB 200/25MG	\$0(2)	NDS, NM
DOVATO TAB 50-300MG	\$0(2)	NDS, NM
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab</i> 600-200-300 mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab</i> 400-300-300 mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab</i> 600-300-300 mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab</i> 100-150 mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab</i> 133-200 mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab</i> 167-250 mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab</i> 200-300 mg	\$0(1)	NM
EVOTAZ TAB 300-150	\$0(2)	NDS, NM
GENVOYA TAB	\$0(2)	NDS, NM
JULUCA TAB 50-25MG	\$0(2)	NDS, NM
<i>lamivudine-zidovudine tab</i> 150-300 mg	\$0(1)	NM
<i>lopinavir-ritonavir soln</i> 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)	\$0(1)	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab</i> 100-25 mg	\$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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	\$0(1)	NM
ODEFSEY TAB	\$0(2)	NDS, NM
PREZCOBIX TAB 800-150	\$0(2)	NDS, NM
STRIBILD TAB	\$0(2)	NDS, NM
SYMTUZA TAB	\$0(2)	NDS, NM
TRIUMEQ PD TAB	\$0(2)	NDS, NM
TRIUMEQ TAB	\$0(2)	NDS, NM
ANTITUBERCULAR AGENTS - DRUGS TO TREAT TUBERCULOSIS		
<i>cycloserine CAPS 250mg</i>	\$0(2)	NDS
<i>ethambutol hcl TABS 100mg, 400mg</i>	\$0(1)	
<i>isoniazid SYRP 50mg/5ml; TABS 100mg, 300mg</i>	\$0(1)	
PRIFTIN TABS 150mg	\$0(2)	
<i>pyrazinamide TABS 500mg</i>	\$0(1)	
<i>rifabutin CAPS 150mg</i>	\$0(1)	
<i>rifampin CAPS 150mg, 300mg; SOLR 600mg</i>	\$0(1)	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
TRECTOR TABS 250mg	\$0(2)	
ANTIVIRALS - DRUGS TO TREAT VIRAL INFECTIONS		
<i>acyclovir CAPS 200mg; SUSP 200mg/5ml; TABS 400mg, 800mg</i>	\$0(1)	
<i>acyclovir sodium SOLN 50mg/ml</i>	\$0(1)	B/D
<i>adefovir dipivoxil TABS 10mg</i>	\$0(1)	NM
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	\$0(2)	NDS, NM
<i>entecavir TABS .5mg, 1mg</i>	\$0(1)	NM
EPCLUSA PAK 150-37.5	\$0(2)	NDS, NM, PA
EPCLUSA PAK 200-50MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
EPCLUSA TAB 200-50MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
EPCLUSA TAB 400-100	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>famciclovir TABS 125mg, 250mg, 500mg</i>	\$0(1)	
<i>ganciclovir sodium SOLR 500mg</i>	\$0(1)	B/D
HARVONI PAK 33.75-150MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
HARVONI PAK 45-200MG	\$0(2)	NDS, NM, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HARVONI TAB 45-200MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
HARVONI TAB 90-400MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>lamivudine (hbv)</i> TABS 100mg	\$0(1)	NM
MAVYRET PAK 50-20MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
MAVYRET TAB 100-40MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 30mg	\$0(1)	QL (168 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 45mg, 75mg	\$0(1)	QL (84 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> SUSR 6mg/ml	\$0(1)	QL (1080 mL / year)
PAXLOVID TAB 150-100	\$0(2)	QL (40 tabs / 30 days); \$0 Cost Share
PAXLOVID TAB 300-100	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days); \$0 Cost Share
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; SOSY 180mcg/0.5ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days), PA
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister	\$0(2)	QL (6 inhalers / year)
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	\$0(1)	NM
<i>rimantadine hydrochloride</i> TABS 100mg	\$0(1)	
<i>valacyclovir hcl</i> TABS 1gm, 500mg	\$0(1)	
<i>valganciclovir hcl</i> SOLR 50mg/ml	\$0(2)	NDS
<i>valganciclovir hcl</i> TABS 450mg	\$0(1)	
VEMLIDY TABS 25mg	\$0(2)	NDS, NM
VOSEVI TAB	\$0(2)	NDS, NM, PA
XOFLUZA TBPK 40mg, 80mg	\$0(2)	QL (1 tab / 180 days)
CEPHALOSPORINS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>cefaclor</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 250mg/5ml	\$0(1)	
CEFACTOR ER TB12 500mg	\$0(2)	
<i>cefadroxil</i> CAPS 500mg; SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	\$0(1)	
CEFAZOLIN SOLR 2gm, 3gm	\$0(2)	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	\$0(2)	
CEFAZOLIN INJ 3GM/150ML-4%	\$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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cefazolin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 3gm, 10gm, 500mg	\$0(1)	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	\$0(2)	
<i>cefdinir</i> CAPS 300mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	\$0(1)	
<i>cefepime hcl</i> SOLR 1gm, 2gm	\$0(1)	
<i>cefixime</i> CAPS 400mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	\$0(1)	
<i>cefoxitin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	\$0(1)	
<i>cefpodoxime proxetil</i> SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml; TABS 100mg, 200mg	\$0(1)	
<i>cefprozil</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>ceftazidime</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	\$0(1)	
<i>ceftriaxone sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>cefuroxime axetil</i> TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>cefuroxime sodium</i> SOLR 1.5gm, 750mg	\$0(1)	
<i>cephalexin</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	\$0(1)	
<i>tazicef</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	\$0(1)	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	\$0(2)	NDS
ERYTHROMYCINS/MACROLIDES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>azithromycin</i> PACK 1gm; SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 600mg	\$0(1)	
<i>clarithromycin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg; TB24 500mg	\$0(1)	
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	\$0(2)	NDS
e.e.s. 400 TABS 400mg	\$0(1)	
<i>ery-tab</i> TBEC 250mg, 333mg, 500mg	\$0(1)	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	\$0(2)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>erythromycin base</i> CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	\$0(1)	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> TABS 400mg	\$0(1)	
<i>erythromycin lactobionate</i> SOLR 500mg	\$0(1)	
FLUOROQUINOLONES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
CIPRO SUSR 500mg/5ml	\$0(2)	
<i>ciprofloxacin</i> 200 mg/100ml in d5w	\$0(1)	
<i>ciprofloxacin</i> 400 mg/200ml in d5w	\$0(1)	
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg	\$0(1)	
<i>levofloxacin</i> SOLN 25mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg	\$0(1)	
<i>levofloxacin</i> in d5w iv soln 250 mg/50ml	\$0(1)	
<i>levofloxacin</i> in d5w iv soln 500 mg/100ml	\$0(1)	
<i>levofloxacin</i> in d5w iv soln 750 mg/150ml	\$0(1)	
<i>moxifloxacin hcl</i> TABS 400mg	\$0(1)	
<i>moxifloxacin hcl</i> 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj	\$0(1)	
PENICILLINS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>amoxicillin</i> CAPS 250mg, 500mg; CHEW 125mg, 250mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab</i> 400-57 mg	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i> 200-28.5 mg/5ml	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i> 250-62.5 mg/5ml	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i> 400-57 mg/5ml	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i> 600-42.9 mg/5ml	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab</i> 250-125 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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin CAPS 500mg</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg</i>	\$0(1)	
<i>BICILLIN L-A SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml</i>	\$0(2)	
<i>dicloxacillin sodium CAPS 250mg, 500mg</i>	\$0(1)	
<i>nafcillin sodium SOLR 1gm, 2gm</i>	\$0(1)	
<i>nafcillin sodium SOLR 10gm</i>	\$0(2)	NDS
<i>oxacillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm</i>	\$0(1)	
<i>PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML</i>	\$0(2)	
<i>PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML</i>	\$0(2)	
<i>penicillin g potassium SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	\$0(1)	
<i>penicillin g sodium SOLR 5000000unit</i>	\$0(1)	
<i>penicillin v potassium SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg</i>	\$0(1)	
<i>pfizerpen SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	\$0(1)	

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 2.25 gm (2-0.25 gm)	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 4.5 gm (4-0.5 gm)	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 13.5 gm (12-1.5 gm)	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 40.5 gm (36-4.5 gm)	\$0(1)	
TETRACYCLINES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>doxy 100</i> SOLR 100mg	\$0(1)	
<i>doxycycline (monohydrate)</i> CAPS 50mg, 100mg; SUSR 25mg/5ml; TABS 50mg, 75mg, 100mg	\$0(1)	
<i>doxycycline hyclate</i> CAPS 50mg, 100mg; SOLR 100mg; TABS 20mg, 100mg	\$0(1)	
<i>minocycline hcl</i> CAPS 50mg, 75mg, 100mg	\$0(1)	
NUZYRA SOLR 100mg; TABS 150mg	\$0(2)	NDS, NM, LA
<i>tetracycline hcl</i> CAPS 250mg, 500mg	\$0(1)	PA
<i>tigecycline</i> SOLR 50mg	\$0(2)	NDS
ANTINEOPLASTIC AGENTS - DRUGS TO TREAT CANCER		
ALKYLATING AGENTS		
BENDAMUSTINE HYDROCHLORID SOLN 100mg/4ml	\$0(2)	NDS, B/D, NM
BENDEKA SOLN 100mg/4ml	\$0(2)	NDS, B/D, NM, LA
<i>carboplatin</i> SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml	\$0(1)	B/D
<i>cisplatin</i> SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml	\$0(1)	B/D
<i>cyclophosphamide</i> CAPS 25mg, 50mg; SOLR 1gm, 500mg	\$0(1)	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml, 500mg/5ml, 1000mg/10ml, 2000mg/20ml	\$0(2)	NDS, B/D
<i>cyclophosphamide</i> SOLR 2gm	\$0(2)	NDS, B/D

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS 25mg, 50mg	\$0(2)	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR SOLN 2gm/10ml	\$0(2)	NDS, B/D
GLEOSTINE CAPS 10mg, 40mg	\$0(2)	NM
GLEOSTINE CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, NM
LEUKERAN TABS 2mg	\$0(2)	NDS
<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml; SOLR 50mg	\$0(1)	B/D
<i>oxaliplatin</i> SOLR 100mg	\$0(2)	NDS, B/D
<i>paraplatin</i> SOLN 1000mg/100ml	\$0(1)	B/D
ANTIBIOTICS		
<i>doxorubicin hcl</i> SOLN 2mg/ml	\$0(1)	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> SUSP 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		
<i>azacitidine</i> SUSR 100mg	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>cytarabine</i> SOLN 20mg/ml	\$0(1)	B/D
<i>fluorouracil</i> SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	\$0(1)	B/D
<i>gemcitabine hcl</i> SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml; SOLR 1gm, 2gm, 200mg	\$0(1)	B/D
INQOVI TAB 35-100MG	\$0(2)	NDS, QL (5 tabs / 28 days), NM, LA, PA
LONSURF TAB 15-6.14	\$0(2)	NDS, QL (100 tabs / 28 days), NM, LA, PA
LONSURF TAB 20-8.19	\$0(2)	NDS, QL (80 tabs / 28 days), NM, LA, PA
<i>mercaptopurine</i> TABS 50mg	\$0(1)	
<i>methotrexate sodium</i> SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	\$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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ONUREG TABS 200mg, 300mg	\$0(2)	NDS, QL (14 tabs / 28 days), NM, LA, PA
<i>pemetrexed disodium</i> SOLR 100mg, 500mg, 750mg, 1000mg	\$0(2)	NDS, B/D
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	\$0(2)	NDS, NM, LA
TABLOID TABS 40mg	\$0(2)	
HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS		
<i>abiraterone acetate</i> TABS 250mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
<i>abiraterone acetate</i> TABS 500mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AKEEGA TAB 50/500MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
AKEEGA TAB 100/500	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>anastrozole</i> TABS 1mg	\$0(1)	
<i>bicalutamide</i> TABS 50mg	\$0(1)	
ELIGARD KIT 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg	\$0(2)	NM, PA
ERLEADA TABS 60mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ERLEADA TABS 240mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
EULEXIN CAPS 125mg	\$0(2)	NDS
<i>exemestane</i> TABS 25mg	\$0(1)	
FIRMAGON SOLR 80mg	\$0(2)	NM, PA
FIRMAGON SOLR 120mg/vial	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>fulvestrant</i> SOSY 250mg/5ml	\$0(2)	NDS, B/D
<i>letrozole</i> TABS 2.5mg	\$0(1)	
<i>leuprolide acetate</i> KIT 1mg/0.2ml	\$0(1)	NM, PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
LYSODREN TABS 500mg	\$0(2)	NDS, NM, LA
<i>megestrol acetate</i> TABS 20mg, 40mg	\$0(2)	
<i>nilutamide</i> TABS 150mg	\$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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NUBEQA TABS 300mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ORGOVYX TABS 120mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ORSERDU TABS 86mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ORSERDU TABS 345mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	\$0(2)	NDS
<i>tamoxifen citrate</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>toremifene citrate</i> TABS 60mg	\$0(1)	
XTANDI CAPS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
XTANDI TABS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
XTANDI TABS 80mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
IMMUNOMODULATORS		
<i>lenalidomide</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	\$0(2)	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, LA, PA
<i>lenalidomide</i> CAPS 20mg, 25mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
POMALYST CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
REVLIMID CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	\$0(2)	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, LA, PA
REVLIMID CAPS 20mg, 25mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
THALOMID CAPS 50mg	\$0(2)	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, LA, PA
THALOMID CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, LA, PA
THALOMID CAPS 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, LA, PA
MISCELLANEOUS		
BESREMI SOSY 500mcg/ml	\$0(2)	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, LA, PA

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

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MOLECULAR TARGET AGENTS		
ALECENSA CAPS 150mg	\$0(2)	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, LA, PA
ALUNBRIG TABS 30mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ALUNBRIG TABS 90mg, 180mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ALUNBRIG PAK	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
AUGTYRO CAPS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, LA, PA
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
BALVERSA TABS 3mg	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
BALVERSA TABS 4mg	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
BALVERSA TABS 5mg	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, LA, PA
BORTEZOMIB SOLR 1mg, 2.5mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>bortezomib</i> SOLR 3.5mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
BOSULIF CAPS 50mg	\$0(2)	NDS, QL (360 caps / 30 days), NM, PA
BOSULIF CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (150 caps / 25 days), NM, PA
BOSULIF TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
BOSULIF TABS 400mg, 500mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
BRAFTOVI CAPS 75mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA
BRUKINSA CAPS 80mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg	\$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 medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
<i>dasatinib</i> TABS 20mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>dasatinib</i> TABS 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
DAURISMO TABS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
DAURISMO TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ERIVEDGE CAPS 150mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 100mg, 150mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 2mg	\$0(2)	NDS, QL (150 tabs / 30 days), NM, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>everolimus</i> TBSO 3mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 5mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
FRUZAQLA CAPS 1mg	\$0(2)	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, LA, PA
FRUZAQLA CAPS 5mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
GAVRETO CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
<i>gefitinib</i> TABS 250mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg	\$0(2)	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, LA, PA
ICLUSIG TABS 10mg, 15mg, 30mg, 45mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
IDHIFA TABS 50mg, 100mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 400mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA CAPS 70mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
IMBRUVICA CAPS 140mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
KOSELUGO CAPS 10mg	\$0(2)	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, LA, PA
KOSELUGO CAPS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
KRAZATI TABS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>lapatinib ditosylate</i> TABS 250mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
LAZCLUZE TABS 80mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LAZCLUZE TABS 240mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, 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
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

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
<i>pazopanib hcl</i> TABS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, LA, PA
PHESGO SOL	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200mg	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
PIQRAY 250MG TAB DOSE	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
SCSEMBLIX TABS 20mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
SCSEMBLIX TABS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (300 tabs / 30 days), NM, PA
SCSEMBLIX TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sorafenib tosylate</i> TABS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
SPRYCEL TABS 20mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
SPRYCEL TABS 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
STIVARGA TABS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
<i>sunitinib malate</i> CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
TABRECTA TABS 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
TAFINLAR TBSO 10mg	\$0(2)	NDS, QL (900 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TAGRISSE TABS 40mg, 80mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TALZENNA CAPS .1mg, .35mg, .5mg, .75mg, 1mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
TALZENNA CAPS .25mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
TASIGNA CAPS 50mg	\$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
<i>torpenz</i> 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

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
VORANIGO TABS 10mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
VORANIGO TABS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
XALKORI CAPS 200mg, 250mg; CPSP 50mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
XALKORI CPSP 20mg	\$0(2)	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, LA, PA
XALKORI CPSP 150mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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		
<i>leucovorin calcium</i> SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	\$0(1)	B/D
<i>leucovorin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 25mg	\$0(1)	
MESNEX TABS 400mg	\$0(2)	NDS

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CARDIOVASCULAR - DRUGS TO TREAT HEART AND CIRCULATION CONDITIONS		
ACE INHIBITOR COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>	\$0(1)	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg</i>	\$0(1)	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</i>	\$0(1)	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	\$0(1)	

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>terazosin hcl CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg</i>	\$0(1)	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ENTRESTO CAP 6-6MG	\$0(2)	QL (240 caps / 30 days)
ENTRESTO CAP 15-16MG	\$0(2)	QL (240 caps / 30 days)
ENTRESTO TAB 24-26MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
ENTRESTO TAB 49-51MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
ENTRESTO TAB 97-103MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	\$0(1)	

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>candesartan cilexetil TABS 4mg, 8mg, 16mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil TABS 32mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>irbesartan TABS 75mg, 150mg, 300mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	\$0(1)	
<i>olmesartan medoxomil TABS 5mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil TABS 20mg, 40mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan TABS 20mg, 40mg, 80mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan TABS 40mg, 80mg, 160mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>valsartan TABS 320mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ANTIARRHYTHMICS - DRUGS TO CONTROL HEART RHYTHM		
<i>amiodarone hcl SOLN 50mg/ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 200mg, 400mg</i>	\$0(1)	
<i>disopyramide phosphate CAPS 100mg, 150mg</i>	\$0(2)	
<i>dofetilide CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg</i>	\$0(1)	NM
<i>flecainide acetate TABS 50mg, 100mg, 150mg</i>	\$0(1)	
MULTAQ TABS 400mg	\$0(2)	
NORPACE CR CP12 100mg, 150mg	\$0(2)	
<i>pacerone TABS 100mg, 200mg, 400mg</i>	\$0(1)	
<i>propafenone hcl CP12 225mg, 325mg, 425mg; TABS 150mg, 225mg, 300mg</i>	\$0(1)	
<i>quinidine sulfate TABS 200mg, 300mg</i>	\$0(1)	
<i>sorine TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg</i>	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sotalol hcl</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	\$0(1)	
<i>sotalol hcl (afib/afl)</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg	\$0(1)	
ANTILIPEMICS, FIBRATES		
<i>fenofibrate</i> TABS 48mg, 54mg, 145mg, 160mg	\$0(1)	
<i>fenofibrate micronized</i> CAPS 67mg, 134mg, 200mg	\$0(1)	
<i>gemfibrozil</i> TABS 600mg	\$0(1)	
ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS - DRUGS TO TREAT HIGH CHOLESTEROL		
<i>atorvastatin calcium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lovastatin</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pravastatin sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>rosuvastatin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>simvastatin</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS - DRUGS TO TREAT HIGH CHOLESTEROL		
<i>cholestyramine</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	\$0(1)	
<i>cholestyramine light</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	\$0(1)	
<i>colesevelam hcl</i> PACK 3.75gm; TABS 625mg	\$0(1)	
<i>colestipol hcl</i> GRAN 5gm; PACK 5gm; TABS 1gm	\$0(1)	
<i>ezetimibe</i> TABS 10mg	\$0(1)	
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
NEXLETOL TABS 180mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NEXLIZET TAB 180/10MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> TBCR 500mg, 750mg, 1000mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	\$0(1)	PA
<i>prevalite</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	\$0(1)	
REPATHA SOSY 140mg/ml	\$0(2)	NM, PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SOCT 420mg/3.5ml	\$0(2)	NM, PA
REPATHA SURECLICK SOAJ 140mg/ml	\$0(2)	NM, PA
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	\$0(2)	
BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS		
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	\$0(1)	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	\$0(1)	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	\$0(1)	
BETA-BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS		
<i>acebutolol hcl</i> CAPS 200mg, 400mg	\$0(1)	
<i>atenolol</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>betaxolol hcl</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>bisoprolol fumarate</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>carvedilol</i> TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg	\$0(1)	

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

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

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	
toremide 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)	
triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg	\$0(1)	
MISCELLANEOUS		
aliskiren fumarate TABS 150mg, 300mg	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clonidine</i> PTWK .1mg/24hr, .2mg/24hr, .3mg/24hr	\$0(1)	
<i>clonidine hcl</i> TABS .1mg, .2mg, .3mg	\$0(1)	
CORLANOR SOLN 5mg/5ml	\$0(2)	QL (450 mL / 30 days)
CORLANOR TABS 5mg, 7.5mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>digoxin</i> SOLN .05mg/ml, .25mg/ml	\$0(1)	
<i>digoxin</i> TABS 125mcg, 250mcg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>droxidopa</i> CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
<i>droxidopa</i> CAPS 200mg, 300mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOLN 1mg/ml	\$0(1)	
<i>guanfacine hcl</i> TABS 1mg, 2mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>hydralazine hcl</i> SOLN 20mg/ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>ivabradine hcl</i> TABS 5mg, 7.5mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>metyrosine</i> CAPS 250mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>midodrine hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>minoxidil</i> TABS 2.5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>ranolazine</i> TB12 500mg, 1000mg	\$0(1)	
VERQUVO TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
NITRATES - DRUGS TO TREAT HEART CONDITIONS		
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	\$0(1)	
<i>isosorbide mononitrate</i> TABS 10mg, 20mg; TB24 30mg, 60mg, 120mg	\$0(1)	
NITRO-BID OINT 2%	\$0(2)	
<i>nitroglycerin</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr; SOLN .4mg/spray; SUBL .3mg, .4mg, .6mg	\$0(1)	
PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION - DRUGS TO TREAT PULMONARY HYPERTENSION		
ADEMPAS TABS .5mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 2.5mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ambrisentan</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>bosentan</i> TABS 62.5mg, 125mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
OPSUMIT TABS 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days), NM, PA
<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
VENTAVIS SOLN 10mcg/ml, 20mcg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
CENTRAL NERVOUS SYSTEM - DRUGS TO TREAT NERVOUS SYSTEM DISORDERS		
ANTIANXIETY - DRUGS TO TREAT ANXIETY		
<i>alprazolam</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	\$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
<i>buspirone hcl</i> TABS 5mg, 7.5mg, 10mg, 15mg, 30mg	\$0(1)	
<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml	\$0(1)	QL (150 mL / 30 days)
<i>lorazepam</i> SOLN 2mg/ml, 4mg/ml	\$0(1)	
<i>lorazepam</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	\$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
<i>lorazepam intensol</i> CONC 2mg/ml	\$0(1)	QL (150 mL / 30 days)
ANTIDEMENTIA - DRUGS TO TREAT DEMENTIA AND MEMORY LOSS		
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 5mg; TBDP 5mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 10mg; TBDP 10mg	\$0(1)	
<i>galantamine hydrobromide</i> CP24 8mg, 16mg, 24mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i> SOLN 4mg/ml	\$0(1)	QL (200 mL / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i> TABS 4mg, 8mg, 12mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>memantine hcl</i> CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml; TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	PA; PA applies if 29 years and younger

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg titration pack</i>	\$0(2)	PA; PA applies if 29 years and younger
NAMZARIC CAP 7-10MG	\$0(2)	
NAMZARIC CAP 14-10MG	\$0(2)	
NAMZARIC CAP 21-10MG	\$0(2)	
NAMZARIC CAP 28-10MG	\$0(2)	
NAMZARIC CAP PACK	\$0(2)	
<i>rivastigmine PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr</i>	\$0(1)	QL (30 patches / 30 days)
<i>rivastigmine tartrate CAPS 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
ANTIDEPRESSANTS - DRUGS TO TREAT DEPRESSION		
<i>amitriptyline hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg</i>	\$0(2)	
<i>amoxapine TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg</i>	\$0(2)	
AUVELITY TAB 45-105MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>bupropion hcl TABS 75mg, 100mg</i>	\$0(1)	
<i>bupropion hcl TB12 100mg, 150mg, 200mg; TB24 150mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl TB24 300mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>citalopram hydrobromide SOLN 10mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg</i>	\$0(1)	
<i>clomipramine hcl CAPS 25mg, 50mg, 75mg</i>	\$0(2)	PA
<i>desipramine hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg</i>	\$0(2)	
<i>desvenlafaxine succinate TB24 25mg, 50mg, 100mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>doxepin hcl CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg; CONC 10mg/ml</i>	\$0(2)	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20mg, 30mg, 40mg, 60mg	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>duloxetine hcl CPEP 20mg, 30mg, 60mg</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr	\$0(2)	NDS, QL (30 patches / 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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>escitalopram oxalate</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 5mg, 10mg, 20mg	\$0(1)	
FETZIMA CP24 20mg, 40mg	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days), PA
FETZIMA CP24 80mg, 120mg	\$0(2)	QL (30 caps / 30 days), PA
FETZIMA CAP TITRATIO	\$0(2)	QL (2 packs / year), PA
<i>fluoxetine hcl</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg; SOLN 20mg/5ml	\$0(1)	
<i>imipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg	\$0(2)	
MARPLAN TABS 10mg	\$0(2)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>mirtazapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 30mg, 45mg; TBDP 15mg, 30mg, 45mg	\$0(1)	
<i>nefazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	\$0(1)	
<i>nortriptyline hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg; SOLN 10mg/5ml	\$0(2)	
<i>paroxetine hcl</i> SUSP 10mg/5ml	\$0(2)	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>paroxetine hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(2)	
<i>phenelzine sulfate</i> TABS 15mg	\$0(1)	
<i>protriptyline hcl</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	
<i>sertraline hcl</i> CONC 20mg/ml; TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>tranylcypromine sulfate</i> TABS 10mg	\$0(1)	
<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	\$0(1)	
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 25mg, 50mg	\$0(2)	QL (120 caps / 30 days)
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days)
TRINTELLIX TABS 5mg, 10mg, 20mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>venlafaxine hcl</i> CP24 37.5mg, 75mg, 150mg; TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	\$0(1)	
<i>vilazodone hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ZURZUVAE CAPS 20mg, 25mg	\$0(2)	NDS, QL (28 caps / 14 days), NM, LA, PA

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

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

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INBRIJA CAPS 42mg	\$0(2)	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, LA, PA
NEUPRO PT24 1mg/24hr, 2mg/24hr, 3mg/24hr, 4mg/24hr, 6mg/24hr, 8mg/24hr	\$0(2)	
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg	\$0(1)	
<i>rasagiline mesylate</i> TABS .5mg, 1mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ropinirole hydrochloride</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg	\$0(1)	
<i>selegiline hcl</i> CAPS 5mg; TABS 5mg	\$0(1)	
<i>trihexyphenidyl hcl</i> SOLN .4mg/ml; TABS 2mg, 5mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
ANTIPSYCHOTICS - DRUGS TO TREAT PSYCHOSES		
ABILIFY MAINTENA PRSY 300mg, 400mg	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ABILIFY MAINTENA SRER 300mg, 400mg	\$0(2)	NDS, QL (1 injection / 28 days)
<i>aripiprazole</i> SOLN 1mg/ml	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days)
<i>aripiprazole</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>aripiprazole</i> TBDP 10mg, 15mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 56 days)
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	\$0(2)	NDS
<i>asenapine maleate</i> SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days)
<i>chlorpromazine hcl</i> CONC 30mg/ml, 100mg/ml; SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	\$0(1)	
<i>clozapine</i> TABS 25mg, 50mg	\$0(1)	
<i>clozapine</i> TABS 100mg	\$0(1)	QL (270 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TABS 200mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg	\$0(1)	PA

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clozapine</i> TBDP 100mg	\$0(1)	QL (270 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 150mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 200mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), PA
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
FANAPT PAK	\$0(2)	QL (2 packs / year), PA
<i>fluphenazine decanoate</i> SOLN 25mg/ml	\$0(1)	
<i>fluphenazine hcl</i> CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>haloperidol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>haloperidol decanoate</i> SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	\$0(1)	
<i>haloperidol lactate</i> CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	\$0(1)	
INVEGA HAFYERA SUSY 1092mg/3.5ml, 1560mg/5ml	\$0(2)	NDS, QL (1 injection / 180 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml	\$0(2)	QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.88ml, 410mg/1.32ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.63ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 90 days)
<i>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	\$0(1)	
<i>lurasidone hcl</i> TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lurasidone hcl</i> TABS 80mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	\$0(1)	
NUPLAZID CAPS 34mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
NUPLAZID TABS 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>olanzapine</i> SOLR 10mg	\$0(1)	QL (3 vials / 1 day)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>olanzapine</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg; TBDP 10mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 20mg; TBDP 5mg, 15mg, 20mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg, 3mg, 9mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>paliperidone</i> TB24 6mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	\$0(1)	
PERSERIS PRSY 90mg, 120mg	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 30 days)
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	\$0(1)	
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 25mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 300mg, 400mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 50mg, 300mg, 400mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 150mg, 200mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
REXULTI TABS 3mg, 4mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
<i>risperidone</i> SOLN 1mg/ml	\$0(1)	QL (240 mL / 30 days)
<i>risperidone</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	\$0(1)	
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>risperidone</i> TBDP 4mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>risperidone microspheres</i> SRER 12.5mg, 25mg	\$0(1)	QL (2 injections / 28 days)
<i>risperidone microspheres</i> SRER 37.5mg, 50mg	\$0(2)	NDS, QL (2 injections / 28 days)
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr	\$0(2)	NDS, QL (30 patches / 30 days)
<i>thioridazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>thiothixene</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>trifluoperazine hcl</i> TABS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
VERSACLOZ SUSP 50mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA
VRAYLAR CAPS 1.5mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days)
VRAYLAR CAPS 3mg, 4.5mg, 6mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days)
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	\$0(2)	QL (2 packs / year)
<i>ziprasidone hcl</i> CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>ziprasidone mesylate</i> SOLR 20mg	\$0(1)	QL (6 injections / 3 days)
ZYPREXA RELPREVV SUSR 210mg, 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
<i>carbamazepine</i> CHEW 100mg; CP12 100mg, 200mg, 300mg; SUSP 100mg/5ml; TABS 200mg; TB12 100mg, 200mg, 400mg	\$0(1)	
<i>clobazam</i> SUSP 2.5mg/ml	\$0(1)	QL (480 mL / 30 days), PA
<i>clobazam</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>clonazepam</i> TABS 2mg; TBDP 2mg	\$0(1)	QL (300 tabs / 30 days)
<i>clonazepam</i> TABS .5mg, 1mg; TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days), PA; PA if 65 years and older
DIACOMIT CAPS 250mg	\$0(2)	NDS, QL (360 caps / 30 days), NM, LA, PA

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DIACOMIT CAPS 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA
DIACOMIT PACK 250mg	\$0(2)	NDS, QL (360 packets / 30 days), NM, LA, PA
DIACOMIT PACK 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
<i>diazepam</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(1)	QL (1200 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older after a 5 day supply in a calendar year
<i>diazepam</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older after a 5 day supply in a calendar year
<i>diazepam (anticonvulsant)</i> GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	\$0(1)	
<i>diazepam intensol</i> CONC 5mg/ml	\$0(1)	QL (240 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older after a 5 day supply in a calendar year
DILANTIN CAPS 30mg, 100mg	\$0(2)	
DILANTIN INFATABS CHEW 50mg	\$0(2)	
DILANTIN-125 SUSP 125mg/5ml	\$0(2)	
<i>divalproex sodium</i> CSDR 125mg; TB24 250mg, 500mg; TBEC 125mg, 250mg, 500mg	\$0(1)	
EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (600 mL / 30 days), NM, LA, PA
<i>epitol</i> TABS 200mg	\$0(1)	
EPRONTIA SOLN 25mg/ml	\$0(2)	QL (480 mL / 30 days), PA
<i>ethosuximide</i> CAPS 250mg; SOLN 250mg/5ml	\$0(1)	
<i>felbamate</i> SUSP 600mg/5ml	\$0(2)	NDS
<i>felbamate</i> TABS 400mg, 600mg	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (360 mL / 30 days), NM, LA, PA
FYCOMPA SUSP .5mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (720 mL / 30 days), PA
FYCOMPA TABS 2mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA
FYCOMPA TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>gabapentin</i> CAPS 100mg, 300mg, 400mg	\$0(1)	QL (180 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> SOLN 250mg/5ml, 300mg/6ml	\$0(1)	QL (2160 mL / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 600mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 800mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> SOLN 200mg/20ml	\$0(1)	
<i>lacosamide</i> TABS 50mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> TABS 100mg, 150mg, 200mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>lacosamide oral</i> SOLN 10mg/ml	\$0(1)	QL (1200 mL / 30 days)
<i>lamotrigine</i> CHEW 5mg, 25mg; TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg; TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg	\$0(1)	
<i>levetiracetam</i> SOLN 100mg/ml, 500mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	\$0(1)	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 500 mg/100ml	\$0(1)	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1000 mg/100ml	\$0(1)	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1500 mg/100ml	\$0(1)	
LIBERVANT FILM 5mg, 7.5mg, 10mg, 12.5mg, 15mg	\$0(2)	
<i>methsuximide</i> CAPS 300mg	\$0(1)	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	\$0(2)	
<i>oxcarbazepine</i> SUSP 300mg/5ml; TABS 150mg, 300mg, 600mg	\$0(1)	

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml	\$0(2)	QL (1500 mL / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>phenobarbital</i> TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg	\$0(2)	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>phenytek</i> CAPS 200mg, 300mg	\$0(1)	
<i>phenytoin</i> CHEW 50mg; SUSP 125mg/5ml	\$0(1)	
<i>phenytoin sodium</i> SOLN 50mg/ml	\$0(1)	
<i>phenytoin sodium extended</i> CAPS 100mg, 200mg, 300mg	\$0(1)	
<i>pregabalin</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin</i> CAPS 200mg	\$0(1)	QL (90 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin</i> CAPS 225mg, 300mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin</i> SOLN 20mg/ml	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>primidone</i> TABS 50mg, 125mg, 250mg	\$0(1)	
<i>roweepra</i> TABS 500mg	\$0(1)	
<i>rufinamide</i> SUSP 40mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (2400 mL / 30 days), PA
<i>rufinamide</i> TABS 200mg	\$0(1)	QL (480 tabs / 30 days), PA
<i>rufinamide</i> TABS 400mg	\$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), PA
SPRITAM TB3D 250mg	\$0(2)	QL (360 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 500mg	\$0(2)	QL (180 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 750mg	\$0(2)	QL (120 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 1000mg	\$0(2)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>subvenite</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	\$0(1)	
SYMPAZAN FILM 5mg, 10mg, 20mg	\$0(2)	NDS, QL (60 films / 30 days), PA
<i>tiagabine hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	\$0(1)	

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>topiramate</i> CPSP 15mg, 25mg; TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	\$0(1)	
<i>valproate sodium</i> SOLN 100mg/ml, 250mg/5ml	\$0(1)	
<i>valproic acid</i> CAPS 250mg	\$0(1)	
VALTOCO 5 MG DOSE LIQD 5mg/0.1ml	\$0(2)	
VALTOCO 10 MG DOSE LIQD 10mg/0.1ml	\$0(2)	
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5mg/0.1ml	\$0(2)	
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10mg/0.1ml	\$0(2)	
<i>vigabatrin</i> PACK 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
<i>vigabatrin</i> TABS 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>vigadrone</i> PACK 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
<i>vigadrone</i> TABS 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
VIGAFYDE SOLN 100mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (900 mL / 30 days), NM, LA, PA
<i>vigpoder</i> PACK 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
XCOPRI TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
XCOPRI TABS 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
XCOPRI PAK 12.5-25	\$0(2)	QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 50-100MG	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 100-150	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
ZONISADE SUSP 100mg/5ml	\$0(2)	NDS, QL (900 mL / 30 days), PA
<i>zonisamide</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
ZTALMY SUSP 50mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (1100 mL / 30 days), NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER - DRUGS TO TREAT ADHD		
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>atomoxetine hcl CAPS 10mg, 18mg, 25mg</i>	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 40mg</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 60mg, 80mg, 100mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 2.5mg, 5mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 10mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>guanfacine hcl (adhd) TB24 1mg, 2mg, 4mg</i>	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> TB24 3mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(1)	QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN 10mg/5ml	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 20mg; TBCR 10mg, 20mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
HYPNOTICS - DRUGS TO TREAT INSOMNIA		
DAYVIGO TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl (sleep)</i> TABS 3mg, 6mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>eszopiclone</i> TABS 1mg, 2mg, 3mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>tasimelteon</i> CAPS 20mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>temazepam</i> CAPS 7.5mg, 30mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>temazepam</i> CAPS 15mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>zaleplon</i> CAPS 5mg	\$0(2)	QL (30 caps / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>zaleplon</i> CAPS 10mg	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>zolpidem tartrate</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
MIGRAINE - DRUGS TO TREAT SEVERE HEADACHES		
AIMOVIG SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml	\$0(2)	QL (1 pen / 30 days), NM, PA
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	\$0(2)	NDS

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 4mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (8 mL / 30 days), PA
<i>ergotamine w/ caffeine tab</i> 1-100 mg	\$0(1)	QL (40 tabs / 28 days), PA
<i>naratriptan hcl</i> TABS 1mg, 2.5mg	\$0(1)	QL (12 tabs / 30 days)
NURTEC TBDP 75mg	\$0(2)	QL (16 tabs / 30 days), PA
QULIPTA TABS 10mg, 30mg, 60mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>rizatriptan benzoate</i> TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (18 tabs / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 5mg/act	\$0(1)	QL (24 units / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 20mg/act	\$0(1)	QL (12 units / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml	\$0(1)	QL (18 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 6mg/0.5ml; SOCT 6mg/0.5ml; SOLN 6mg/0.5ml	\$0(1)	QL (12 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	QL (12 tabs / 30 days)
UBRELVY TABS 50mg, 100mg	\$0(2)	QL (16 tabs / 30 days), PA
MISCELLANEOUS		
AUSTEDO TABS 6mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
AUSTEDO XR TB24 6mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 12mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 18mg, 24mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 30mg, 36mg, 42mg, 48mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TAB TITR KIT	\$0(2)	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
<i>lithium</i> SOLN 8meq/5ml	\$0(1)	
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg; TABS 300mg; TBCR 300mg, 450mg	\$0(1)	

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cyclobenzaprine hcl</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	QL (90 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>dantrolene sodium</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>methocarbamol</i> TABS 500mg	\$0(2)	QL (360 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>methocarbamol</i> TABS 750mg	\$0(2)	QL (240 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>tizanidine hcl</i> TABS 2mg, 4mg	\$0(1)	
NARCOLEPSY/CATAPLEXY - DRUGS FOR SLEEP DISORDERS		
<i>armodafinil</i> TABS 50mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>armodafinil</i> TABS 150mg, 200mg, 250mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>modafinil</i> TABS 100mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>modafinil</i> TABS 200mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
SODIUM OXYBATE SOLN 500mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (540 mL / 30 days), NM, LA, PA
PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC		
<i>acamprosate calcium</i> TBEC 333mg	\$0(1)	
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL 2mg, 8mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 2-0.5 mg (base equiv)	\$0(1)	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 4-1 mg (base equiv)	\$0(1)	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 8-2 mg (base equiv)	\$0(1)	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 12-3 mg (base equiv)	\$0(1)	QL (60 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i> 2-0.5 mg (base equiv)	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)

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

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sm nicotine</i> GUM 4mg; LOZG 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm nicotine polacrilex</i> GUM 2mg, 4mg; LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm nicotine transdermal s</i> PT24 7mg/24hr, 14mg/24hr, 21mg/24hr	\$0(3)	NM; *
<i>varenicline tartrate</i> TABS .5mg, 1mg	\$0(1)	QL (56 tabs / 28 days), PA
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack</i>	\$0(1)	QL (2 packs / year), PA
VIVITROL SUSR 380mg	\$0(2)	NDS, NM
ENDOCRINE AND METABOLIC - DRUGS TO TREAT DIABETES AND REGULATE HORMONES		
ANDROGENS - DRUGS TO REGULATE MALE HORMONES		
<i>depo-testosterone</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	\$0(1)	PA
<i>methyltestosterone</i> CAPS 10mg	\$0(2)	NDS, QL (600 caps / 30 days), PA
<i>testosterone</i> GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm	\$0(1)	QL (300 gm / 30 days), PA
<i>testosterone</i> GEL 1.62%	\$0(1)	QL (150 gm / 30 days), PA
<i>testosterone cypionate</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	\$0(1)	PA
<i>testosterone enanthate</i> SOLN 200mg/ml	\$0(1)	PA
ANTIDIABETICS		
<i>acarbose</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
BYDUREON BCISE AUIJ 2mg/0.85ml	\$0(2)	QL (4 pens / 28 days), PA
BYETTA SOPN 5mcg/0.02ml, 10mcg/0.04ml	\$0(2)	QL (1 pen / 30 days), PA
FARXIGA TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>glimepiride</i> TABS 1mg, 2mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glimepiride</i> TABS 4mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TABS 5mg	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TABS 10mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TB24 2.5mg, 5mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TB24 10mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl</i> TB24 2.5mg, 5mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>glipizide xl</i> TB24 10mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 2.5-250 mg	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 2.5-500 mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 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)
<i>metformin hcl</i> TABS 500mg	\$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 850mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 1000mg	\$0(1)	QL (75 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TB24 500mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
<i>metformin hcl</i> TB24 750mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
MOUNJARO SOAJ 2.5mg/0.5ml, 5mg/0.5ml, 7.5mg/0.5ml, 10mg/0.5ml, 12.5mg/0.5ml, 15mg/0.5ml	\$0(2)	QL (4 pens / 28 days), PA
<i>nateglinide</i> TABS 60mg, 120mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml	\$0(2)	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/3ml	\$0(2)	QL (1 pen / 28 days), PA

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

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

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 DX KIT INT G7G6	\$0(2)	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 DX MIS POD G7G6	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO	\$0(2)	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD DASH KIT INTRO	\$0(2)	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD DASH MIS PODS	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD MIS CLASSIC	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
SOLIQUA INJ 100/33	\$0(2)	QL (5 pens / 25 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	\$0(2)	
TOUJEO SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	\$0(2)	
TRESIBA SOLN 100unit/ml	\$0(2)	
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml	\$0(2)	
V-GO 20 KIT	\$0(2)	QL (30 devices / 30 days), PA
V-GO 30 KIT	\$0(2)	QL (30 devices / 30 days), PA
V-GO 40 KIT	\$0(2)	QL (30 devices / 30 days), PA
XULTOPHY INJ 100/3.6	\$0(2)	QL (5 pens / 30 days)
CALCIUM REGULATORS		
<i>alendronate sodium</i> SOLN 70mg/75ml; TABS 10mg, 35mg, 70mg	\$0(1)	
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	\$0(1)	B/D
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg	\$0(1)	B/D
NATPARA CART 25mcg, 50mcg, 75mcg, 100mcg	\$0(2)	NDS, LA, PA
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	\$0(2)	B/D
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml	\$0(1)	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml	\$0(2)	QL (1 syringe / 180 days), NM
<i>risedronate sodium</i> TABS 5mg, 35mg, 150mg; TBEC 35mg	\$0(1)	
TERIPARATIDE SOPN 620mcg/2.48ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml; SOLN 5mg/100ml	\$0(1)	B/D, NM
CHELATING AGENTS		
CHEMET CAPS 100mg	\$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 medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>deferasirox</i> PACK 90mg, 180mg, 360mg; TABS 180mg, 360mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>deferasirox</i> TABS 90mg	\$0(1)	NM, PA
<i>kionex</i> SUSP 15gm/60ml	\$0(1)	
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	\$0(2)	
<i>penicillamine</i> TABS 250mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	\$0(1)	
<i>sps</i> SUSP 15gm/60ml	\$0(1)	
<i>trientine hcl</i> CAPS 250mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
VELTASSA PACK 8.4gm, 16.8gm, 25.2gm	\$0(2)	
CONTRACEPTIVES - DRUGS FOR BIRTH CONTROL		
<i>afirmelle</i>	\$0(1)	
<i>aftera</i> TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
AIMSCO MIS LUBRICAT	\$0(3)	NM; *
<i>altavera</i>	\$0(1)	
<i>alyacen</i> 1/35	\$0(1)	
<i>alyacen</i> 7/7/7	\$0(1)	
<i>amethia</i>	\$0(1)	
<i>apri</i>	\$0(1)	
<i>aranelle</i>	\$0(1)	
<i>ashlyna</i>	\$0(1)	
<i>aubra eq</i>	\$0(1)	
<i>aurovela</i> 1/20	\$0(1)	
<i>aurovela</i> 24 fe	\$0(1)	
<i>aurovela</i> fe 1.5/30	\$0(1)	
<i>aurovela</i> fe 1/20	\$0(1)	
<i>aviane</i>	\$0(1)	
<i>ayuna</i>	\$0(1)	
<i>azurette</i>	\$0(1)	
<i>balziva</i>	\$0(1)	
<i>blisovi</i> 24 fe	\$0(1)	
<i>blisovi</i> fe 1.5/30	\$0(1)	
<i>briellyn</i>	\$0(1)	
<i>camila</i> TABS .35mg	\$0(1)	

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

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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	\$0(1)	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	\$0(1)	
<i>falmina</i>	\$0(1)	
FANTASY LUBR MIS COLORS	\$0(3)	NM; *
FANTASY LUBR MIS SPERMICI	\$0(3)	NM; *
FANTASY MIS LUBRICAT	\$0(3)	NM; *
FC2 FEMALE MIS CONDOM	\$0(3)	NM; *
<i>finzala</i>	\$0(1)	
<i>hailey 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>hailey 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>haloette</i>	\$0(1)	
<i>heather TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>iclevia</i>	\$0(1)	
<i>incassia TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>introvale</i>	\$0(1)	
<i>isibloom</i>	\$0(1)	
<i>jasmiel</i>	\$0(1)	
<i>jolessa</i>	\$0(1)	
<i>juleber</i>	\$0(1)	
<i>junel 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>junel 1/20</i>	\$0(1)	
<i>junel fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>junel fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>junel fe 24</i>	\$0(1)	
<i>kaitlib fe</i>	\$0(1)	
<i>kariva</i>	\$0(1)	
<i>kelnor 1/35</i>	\$0(1)	
<i>kelnor 1/50</i>	\$0(1)	
KIMONO COLOR MIS	\$0(3)	NM; *
KIMONO MAXX MIS LG FLARE	\$0(3)	NM; *
KIMONO MICRO MIS THIN	\$0(3)	NM; *
KIMONO MICRO MIS THIN +	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
KIMONO MIS LUBRICAT	\$0(3)	NM; *
KIMONO MIS SENSATIO	\$0(3)	NM; *
KIMONO PLUS MIS SPERMICI	\$0(3)	NM; *
KIMONO SENSE MIS PLUS	\$0(3)	NM; *
KIMONO SPEC MIS	\$0(3)	NM; *
<i>kurvelo</i>	\$0(1)	
<i>larin 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>larin 1/20</i>	\$0(1)	
<i>larin 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>larin fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>larin fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>layolis fe</i>	\$0(1)	
<i>leena</i>	\$0(1)	
<i>lessina</i>	\$0(1)	
<i>levonest</i>	\$0(1)	
<i>levonor-eth est tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg & eth est 0.01 mg</i>	\$0(1)	
<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)</i>	\$0(1)	
<i>levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)</i>	\$0(1)	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	\$0(1)	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	\$0(1)	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	\$0(1)	
<i>levonorgestrel (emergency oc) TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	\$0(1)	
<i>levora 0.15/30-28</i>	\$0(1)	
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	\$0(1)	
<i>loestrin 1/20-21</i>	\$0(1)	
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>loestrin fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>loryna</i>	\$0(1)	
<i>low-ogestrel</i>	\$0(1)	
<i>luter</i>	\$0(1)	
<i>lyleq TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>lyza TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>marlissa</i>	\$0(1)	
MAXX MIS LUBRICAT	\$0(3)	NM; *
MAXX PLUS MIS SPERMICI	\$0(3)	NM; *
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>mibelas 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>microgestin 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>microgestin 1/20</i>	\$0(1)	
<i>microgestin 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>microgestin fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>mili</i>	\$0(1)	
<i>mono-lynyah</i>	\$0(1)	
<i>my choice TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>my way TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>necon 0.5/35-28</i>	\$0(1)	
<i>new day TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nikki</i>	\$0(1)	
<i>nora-be TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.8 mg-25 mcg</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone (contraceptive) TABS .35mg</i>	\$0(1)	

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sharobel</i> TABS .35mg	\$0(1)	
<i>simliya</i>	\$0(1)	
<i>simpesse</i>	\$0(1)	
<i>sprintec 28</i>	\$0(1)	
<i>sronyx</i>	\$0(1)	
<i>syeda</i>	\$0(1)	
<i>take action</i> TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>tarina 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	\$0(1)	
<i>tilia fe</i>	\$0(1)	
<i>tri-estarylla</i>	\$0(1)	
<i>tri-legest fe</i>	\$0(1)	
<i>tri-linyah</i>	\$0(1)	
<i>tri-lo-estarylla</i>	\$0(1)	
<i>tri-lo-marzia</i>	\$0(1)	
<i>tri-lo-mili</i>	\$0(1)	
<i>tri-lo-sprintec</i>	\$0(1)	
<i>tri-mili</i>	\$0(1)	
<i>tri-nymyo</i>	\$0(1)	
<i>tri-sprintec</i>	\$0(1)	
<i>tri-vylibra</i>	\$0(1)	
<i>tri-vylibra lo</i>	\$0(1)	
<i>trivora-28</i>	\$0(1)	
TRUSTEX LUBR MIS ASSORTED	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS BANANA	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS CHOC	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS COLA	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS COLORS	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS EX LARGE	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS EX STR	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS GRAPE	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS RIB/STUD	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS SPERMICI	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS STRWBRY	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRUSTEX LUBR MIS VANILLA	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX MIS BANANA	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX MIS CHOCOLAT	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX MIS FLAVORS	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX MIS MINT	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX MIS STRWBRY	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX MIS VANILLA	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX/RIA MIS LUBRICAT	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX/RIA MIS NON-LUB	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX/RIA MIS SPERMICI	\$0(3)	NM; *
TRUSTX NON-9 MIS RIB/STUD	\$0(3)	NM; *
<i>turqoz</i>	\$0(1)	
<i>tydemy</i>	\$0(1)	
<i>velivet</i>	\$0(1)	
<i>vestura</i>	\$0(1)	
<i>vienva</i>	\$0(1)	
<i>viorele</i>	\$0(1)	
<i>vyfemla</i>	\$0(1)	
<i>vylibra</i>	\$0(1)	
<i>wera</i>	\$0(1)	
<i>wymzya fe</i>	\$0(1)	
<i>xulane</i>	\$0(1)	
<i>zafemy</i>	\$0(1)	
<i>zovia 1/35</i>	\$0(1)	
<i>zumandimine</i>	\$0(1)	
ENDOMETRIOSIS		
<i>danazol</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	\$0(1)	
SYNAREL SOLN 2mg/ml	\$0(2)	NDS, PA
ESTROGENS - DRUGS TO REGULATE FEMALE HORMONES		
<i>dotti</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	\$0(2)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>estradiol</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr; PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr; TABS .5mg, 1mg, 2mg	\$0(2)	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab</i> 0.5-0.1 mg	\$0(2)	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab</i> 1-0.5 mg	\$0(2)	
<i>estradiol vaginal</i> CREA .1mg/gm; TABS 10mcg	\$0(1)	
<i>estradiol valerate</i> OIL 10mg/ml, 20mg/ml, 40mg/ml	\$0(1)	
<i>fyavolv tab</i> 0.5mg-2.5mcg	\$0(2)	
<i>fyavolv tab</i> 1mg-5mcg	\$0(2)	
<i>jinteli</i>	\$0(2)	
<i>lyllana</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	\$0(2)	
<i>mimvey</i>	\$0(2)	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab</i> 0.5 mg-2.5 mcg	\$0(2)	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab</i> 1 mg-5 mcg	\$0(2)	
<i>yuvaferm</i> TABS 10mcg	\$0(1)	
GLUCOCORTICOIDS - DRUGS TO TREAT INFLAMMATORY RESPONSE		
<i>dexamethasone</i> ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	\$0(1)	B/D
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml	\$0(2)	B/D
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml; SOSY 4mg/ml	\$0(1)	
<i>fludrocortisone acetate</i> TABS .1mg	\$0(1)	
<i>hydrocortisone</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydrocortisone sod succinate</i> SOLR 100mg	\$0(1)	
<i>methylprednisolone</i> TABS 4mg, 8mg, 16mg, 32mg	\$0(1)	B/D
<i>methylprednisolone</i> TBPk 4mg	\$0(1)	
<i>methylprednisolone acetate</i> SUSP 40mg/ml, 80mg/ml	\$0(1)	B/D
<i>methylprednisolone sod succ</i> SOLR 40mg, 125mg, 1000mg	\$0(1)	B/D
<i>prednisolone</i> SOLN 15mg/5ml	\$0(1)	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 5mg/5ml, 15mg/5ml, 25mg/5ml	\$0(1)	B/D
<i>prednisone</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	\$0(1)	B/D
<i>prednisone</i> TBPk 5mg, 10mg	\$0(1)	
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	\$0(2)	B/D
SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg	\$0(2)	
GLUCOSE ELEVATING AGENTS - DRUGS TO TREAT LOW BLOOD SUGAR		
BD GLUCOSE CHEW 5gm	\$0(3)	NM; *
<i>cvs glucose</i> GEL 40%	\$0(3)	NM; *
CVS GLUCOSE CHW FRUIT	\$0(3)	NM; *
DEX4 CHW FRUIT	\$0(3)	NM; *
DEX4 CHW GRAPE	\$0(3)	NM; *
DEX4 CHW ORANGE	\$0(3)	NM; *
DEX4 CHW RASPBERRY	\$0(3)	NM; *
DEX4 CHW SOUR APL	\$0(3)	NM; *
DEX4 CHW WATERMLN	\$0(3)	NM; *
DEX4 POUCH CHW PACK	\$0(3)	NM; *
DEX4 QUICK DISSOLVE GLUCO CHEW 4gm	\$0(3)	NM; *
<i>diazoxide</i> SUSP 50mg/ml	\$0(2)	NDS
GLUCOSE CHEW 4gm	\$0(3)	NM; *
GLUCOSE CHW FRUIT	\$0(3)	NM; *
GLUCOSE CHW GRAPE	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GLUCOSE CHW ORANGE	\$0(3)	NM; *
GLUCOSE CHW RASPBERRY	\$0(3)	NM; *
GLUCOSE CHW WATERMLN	\$0(3)	NM; *
GNP GLUCOSE CHW GRAPE	\$0(3)	NM; *
GNP GLUCOSE CHW ORANGE	\$0(3)	NM; *
GNP GLUCOSE CHW RASPBERRY	\$0(3)	NM; *
GNP GLUCOSE CHW WATERMLN	\$0(3)	NM; *
GNP QUICK DISSOLVE GLUCOS CHEW 4gm	\$0(3)	NM; *
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	\$0(2)	
GVOKE KIT SOLN 1mg/0.2ml	\$0(2)	
GVOKE PFS SOSY 1mg/0.2ml	\$0(2)	
KROG GLUCOSE CHW ORANGE	\$0(3)	NM; *
KROG GLUCOSE CHW RASPBERRY	\$0(3)	NM; *
KROG GLUCOSE CHW WATERMLN	\$0(3)	NM; *
LEADER QUICK DISSOLVE GLU CHEW 4gm	\$0(3)	NM; *
PX GLUCOSE CHW FRUIT	\$0(3)	NM; *
PX GLUCOSE CHW ORANGE	\$0(3)	NM; *
PX GLUCOSE CHW RASPBERRY	\$0(3)	NM; *
PX GLUCOSE CHW SOUR APL	\$0(3)	NM; *
SM GLUCOSE CHEW 4gm	\$0(3)	NM; *
SM GLUCOSE CHW ORANGE	\$0(3)	NM; *
SM GLUCOSE CHW RASPBERRY	\$0(3)	NM; *
TRUEPLUS GLUCOSE CHEW 4gm	\$0(3)	NM; *
TRUEPLUS GLUCOSE GEL GEL 15gm/32ml	\$0(3)	NM; *
TRUEPLUS GLUCOSE ON THE G CHEW 4gm	\$0(3)	NM; *
<i>value plus glucose</i> GEL 40%	\$0(3)	NM; *
VP GLUCOSE CHW FRUIT	\$0(3)	NM; *
VP GLUCOSE CHW GRAPE	\$0(3)	NM; *
WALGREENS GLUCOSE CHEW 4gm	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MISCELLANEOUS		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>betaine powder for oral solution</i>	\$0(2)	NDS, NM, LA
<i>cabergoline</i> TABS .5mg	\$0(1)	
<i>carglumic acid</i> TBSO 200mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
CERDELGA CAPS 84mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
CEREZYME SOLR 400unit	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
CHEMSTRIP 5 TES OB	\$0(3)	NM; *
CHEMSTRIP 7 TES	\$0(3)	NM; *
CHEMSTRIP 10 TES MD	\$0(3)	NM; *
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 30mg, 60mg	\$0(1)	B/D, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 90mg	\$0(2)	NDS, B/D, QL (120 tabs / 30 days), NM
CVS KETONE TES CARE	\$0(3)	NM; *
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	\$0(2)	NM, LA, PA
<i>desmopressin acetate</i> SOLN 4mcg/ml	\$0(2)	NDS
<i>desmopressin acetate</i> TABS .1mg, .2mg	\$0(1)	
<i>desmopressin acetate spray</i> SOLN .01%	\$0(1)	
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> SOLN .01%	\$0(1)	
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
GENOTROPIN MINIQICK PRSY .2mg, .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>javygtor</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
KETO-DIASTIX TES	\$0(3)	NM; *
KORLYM TABS 300mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>lanreotide acetate</i> SOLN 120mg/0.5ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	\$0(1)	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg)	\$0(2)	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg)	\$0(2)	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH KIT 45mg)	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i> TABS 300mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>miglustat</i> CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
MULTISTIX 10 TES SG	\$0(3)	NM; *
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>nitisinone</i> CAPS 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml	\$0(1)	NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
OVIDREL SOSY 250mcg/0.5ml	\$0(3)	NM; *
PRECISN XTRA TES KETONE	\$0(3)	NM; *
<i>raloxifene hcl</i> TABS 60mg	\$0(1)	
<i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>yargesa</i> CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>liothyronine sodium</i> TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg	\$0(1)	
<i>methimazole</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>propylthiouracil</i> TABS 50mg	\$0(1)	
SYNTHROID TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	\$0(2)	
<i>unithroid</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	\$0(1)	
VITAMIN D ANALOGS		
<i>calcitriol</i> CAPS .25mcg, .5mcg	\$0(1)	B/D
<i>calcitriol (oral)</i> SOLN 1mcg/ml	\$0(1)	B/D
<i>paricalcitol</i> CAPS 1mcg, 2mcg, 4mcg	\$0(1)	B/D
RAYALDEE CPCR 30mcg	\$0(2)	NDS
GASTROINTESTINAL - DRUGS TO TREAT STOMACH AND INTESTINAL DISORDERS		
ANTACIDS		
<i>acid gone</i>	\$0(3)	NM; *
<i>almacone double strength</i>	\$0(3)	NM; *
ALUMINUM HYDROXIDE SUSP 320mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>antacid</i> CHEW 500mg, 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>antacid calcium regular s</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>antacid extra strength</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>antacid maximum strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antacid regular strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antacid ultra strength</i> CHEW 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>antacid/antigas liquid</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cal-gest antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium antacid extra str</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
CALCIUM CARBONATE SUSP 1250mg/5ml; TABS 648mg	\$0(3)	NM; *

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

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

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TUMS CHEWY DELIGHTS CHEW 1177mg	\$0(3)	NM; *
<i>tums smoothies</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
ANTI-DIARRHEAL		
ABATINEX CAPS 680mg	\$0(3)	NM; *
ACIDOPHILUS CAPS 100mg; WAFR 1mg	\$0(3)	NM; *
ACIDOPHILUS CAP	\$0(3)	NM; *
ACIDOPHILUS CAP LACTOBA	\$0(3)	NM; *
ACIDOPHILUS EXTRA STRENGT	\$0(3)	NM; *
ACIDOPHILUS PROBIOTIC CAPS 10mg, 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>acidophilus probiotic</i> TABS .5mg, 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>acidophilus probiotic for</i>	\$0(3)	NM; *
ACIDOPHILUS/ TAB CIT PECT	\$0(3)	NM; *
<i>anti-diarrheal</i> CAPS 2mg; SOLN 1mg/7.5ml; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
AZO COMPLETE FEMININE BAL	\$0(3)	NM; *
AZO DUAL CAP PROTECT	\$0(3)	NM; *
BIO-K PLUS CAP STRONG	\$0(3)	NM; *
BIOMEPRO CAP	\$0(3)	NM; *
BIOMEPRO LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>bismatrol</i> CHEW 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>bismuth subsalicylate</i> CHEW 262mg	\$0(3)	NM; *
CULTURELLE CAP ADV REG	\$0(3)	NM; *
CULTURELLE CAP WOMENS	\$0(3)	NM; *
<i>culturelle prenatal welln</i>	\$0(3)	NM; *
<i>culturelle total balance</i>	\$0(3)	NM; *
<i>culturelle womens wellnes</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs acidophilus probiotic</i> TABS .5mg, 5mg	\$0(3)	NM; *
EQL DIGESTIVE PROBIOTIC	\$0(3)	NM; *
<i>eql probiotic acidophilusOMInterface</i>	\$0(3)	NM; *
FLORAJEN CAP ACIDOPHI	\$0(3)	NM; *
FLORAJEN CAP WOMEN	\$0(3)	NM; *
<i>floranex</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FREEZE DRIED ACIDOPHILUS	\$0(3)	NM; *
<i>gnp anti-diarrheal</i> CAPS 2mg; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp loperamide hydrochlor</i> SOLN 1mg/7.5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pink bismuth</i> CHEW 262mg; TABS 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp stomach relief</i> SUSP 525mg/30ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense anti-diarrheal</i> SOLN 1mg/7.5ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm stomach relief</i> SUSP 525mg/30ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm stomach relief ultra</i> SUSP 525mg/15ml	\$0(3)	NM; *
IDEAL BOWEL SUPPORT CAPS 43.5mg	\$0(3)	NM; *
KALA TAB	\$0(3)	NM; *
<i>*lactobacillus - packet**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*lactobacillus acidophilus-pectin cap**</i>	\$0(3)	NM; *
LACTOBACILLUS EXTRA STREN	\$0(3)	NM; *
<i>lactobacillus probiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*lactobacillus tab**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>loperamide hcl</i> SOLN 1mg/7.5ml, 2mg/15ml; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
MORE-DOPHILUS ACIDOPHILUS POWD 1550mg/1.55gm	\$0(3)	NM; *
NEWFLORA CAP PROBIOTI	\$0(3)	NM; *
<i>probiata</i>	\$0(3)	NM; *
PROBIOTIC ACIDOPHILUS	\$0(3)	NM; *
PROBIOTIC CAP	\$0(3)	NM; *
PROBIOTIC GOLD EXTRA STRE	\$0(3)	NM; *
<i>qc anti-diarrheal</i> CAPS 2mg; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
RA DIGESTIVE HEALTH	\$0(3)	NM; *
REJUVAFLOR CAP	\$0(3)	NM; *
<i>sb anti-diarrhea</i> TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
SM ACIDOPHILUS CAPS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm anti-diarrheal</i> CAPS 2mg; SOLN 1mg/7.5ml; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>prochlorperazine edisylate</i> SOLN 10mg/2ml	\$0(1)	
<i>prochlorperazine maleate</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>promethazine hcl</i> SOLN 6.25mg/5ml, 25mg/ml, 50mg/ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>scopolamine</i> PT72 1mg/3days	\$0(2)	QL (10 patches / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>sm motion sickness</i> TABS 25mg, 50mg	\$0(3)	NM; *
ANTISPASMODICS - DRUGS FOR STOMACH SPASMS		
<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; SOLN 10mg/5ml; TABS 20mg	\$0(2)	
<i>glycopyrrolate</i> TABS 1mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glycopyrrolate</i> TABS 2mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
H2-RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>acid reducer</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>acid reducer maximum stre</i> TABS 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>acid reducer original str</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml	\$0(1)	
<i>famotidine</i> SUSR 40mg/5ml	\$0(1)	QL (300 mL / 30 days)
<i>famotidine</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>famotidine</i> TABS 20mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>famotidine</i> TABS 40mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln</i> 20 mg/50ml	\$0(1)	
<i>famotidine maximum streng</i> TABS 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>famotidine original stren</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp acid reducer</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp acid reducer maximum</i> TABS 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>heartburn relief</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>heartburn relief maximum</i> TABS 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	\$0(1)	
<i>qc acid controller</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>qc acid controller maximu</i> TABS 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>sb acid reducer</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm acid reducer</i> TABS 10mg, 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm acid reducer maximum s</i> TABS 20mg	\$0(3)	NM; *
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
<i>balsalazide disodium</i> CAPS 750mg	\$0(1)	
<i>budesonide</i> CPEP 3mg	\$0(1)	QL (90 caps / 30 days), PA
<i>budesonide</i> TB24 9mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> ENEM 100mg/60ml	\$0(1)	
<i>mesalamine</i> CP24 .375gm	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> CPDR 400mg	\$0(1)	QL (180 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm; SUPP 1000mg	\$0(1)	
<i>mesalamine</i> TBEC 1.2gm	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>mesalamine w/ cleanser</i> KIT 4gm	\$0(1)	
<i>sulfasalazine</i> TABS 500mg; TBEC 500mg	\$0(1)	
LAXATIVES		
<i>bisacodyl</i> SUPP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>bisacodyl ec</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium polycarbophil</i> TABS 625mg	\$0(3)	NM; *
<i>castor oil</i> OIL 100%	\$0(3)	NM; *
<i>castor oil stimulant laxa</i> OIL 100%	\$0(3)	NM; *
<i>chocolated laxative regul</i> CHEW 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>clearlax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>colace 2-in-1</i>	\$0(3)	NM; *
COLACE CLEAR CAPS 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>cvs castor oil</i> OIL 100%	\$0(3)	NM; *
<i>docusate calcium</i> CAPS 240mg	\$0(3)	NM; *
<i>docusate mini</i> ENEM 283mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>docusate sodium</i> CAPS 100mg, 250mg; LIQD 50mg/5ml, 100mg/10ml	\$0(3)	NM; *
DOCUSOL KIDS ENEM 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>docusol mini</i> ENEM 283mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>docusol plus mini-enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dok</i> TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>enema ready-to-use</i>	\$0(3)	NM; *
<i>enemeez mini</i> ENEM 283mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>enemeez plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>epsom salt</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eqi castor oil</i> OIL 100%	\$0(3)	NM; *
<i>fiber-lax</i> TABS 625mg	\$0(3)	NM; *
FLEET BISACODYL ENEM 10mg/30ml	\$0(3)	NM; *
FLEET ENE PED	\$0(3)	NM; *
<i>gavilax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>gavilyte-c</i>	\$0(1)	
<i>gavilyte-g</i>	\$0(1)	
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	\$0(1)	
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>gentle laxative</i> SUPP 10mg; TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>glycolax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>gnp castor oil</i> OIL 100%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp clearlax</i> PACK 17gm; POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>gnp fiber powder</i> POWD 43%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp fiber therapy</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp fiber-caps</i> TABS 625mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp gentle laxative</i> SUPP 10mg; TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp milk of magnesia</i> SUSP 1200mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mineral oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp senna lax</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp senna plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp stool softener</i> CAPS 100mg, 240mg, 250mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp stool softener/stimul</i>	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp womens gentle laxativ</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense clearlax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>healthylax</i> PACK 17gm	\$0(3)	NM; *
<i>hm clearlax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>hm enema mineral oil</i> ENEM 100%	\$0(3)	NM; *
<i>hm enema saline laxative</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm gentle laxative</i> SUPP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm laxative</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm magnesium citrate</i> SOLN 1.745gm/30ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm milk of magnesia</i> SUSP 1200mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm senna</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm stool softener</i> CAPS 100mg, 250mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm stool softener/stimula</i>	\$0(3)	NM; *
KONSYL DAILY FIBER PACK 100%; POWD 60.3%	\$0(3)	NM; *
<i>konsyl daily fiber</i> POWD 28.3%	\$0(3)	NM; *
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>laxative maximum strength</i> TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>laxative regular strength</i> TABS 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>milk of magnesia</i> SUSP 7.75%, 400mg/5ml, 1200mg/15ml, 2400mg/30ml	\$0(3)	NM; *
MILK OF MAGNESIA CONCENTR SUSP 2400mg/10ml	\$0(3)	NM; *
<i>mineral oil</i> OIL 100%	\$0(3)	NM; *
<i>mineral oil enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>onelax senna</i> SYRP 8.8mg/5ml	\$0(3)	NM; *
PEDIA-LAX CHEW 400mg; LIQD 50mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln</i> 236 gm	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	\$0(1)	
PLENVU SOL	\$0(2)	
<i>polyethylene glycol 3350</i> PACK 17gm; POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>qc chocolated laxative</i> CHEW 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc gentle laxative</i> SUPP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc magnesium citrate</i> SOLN 1.745gm/30ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc milk of magnesia</i> SUSP 400mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc mineral oil heavy</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc natura-lax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>qc stool softener</i> CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc stool softener plus la</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc stool softener plus st</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc vegetable laxative</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>sb milk of magnesia</i> SUSP 400mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>senexon</i> LIQD 8.8mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>senexon-s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>senna laxative</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>senna plus</i>	\$0(3)	NM; *
SENNALAX PLUS CAP 8.6-50MG	\$0(3)	NM; *
<i>senna regular strength</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>senna-lax</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>senna-tabs</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>senna-time</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>senna-time s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sennosides</i> CAPS 8.6mg; LIQD 8.8mg/5ml; SYRP 8.8mg/5ml; TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>sennosides-docusate sodium tab</i> 8.6-50 mg	\$0(3)	NM; *
<i>senokot extra strength</i> TABS 17.2mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm clearlax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sm enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm epsom salt</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm fiber</i> POWD 28.3%, 43%, 58.6%; TABS 625mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm fiber laxative</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm gentle laxative</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm magnesium citrate</i> SOLN 1.745gm/30ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm milk of magnesia</i> SUSP 1200mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm stool softener</i> CAPS 100mg, 250mg; TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm stool softener plus la</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm stool softener/stimula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol</i> 17.5-3.13-1.6 gm/177ml	\$0(1)	
<i>*sodium phosphates - enema***</i>	\$0(3)	NM; *
<i>soluble fiber</i>	\$0(3)	NM; *
SORBITOL SOLN 70%	\$0(3)	NM; *
<i>stimulant laxative</i>	\$0(3)	NM; *
STL SOFT/LAX CAP 8.6-50MG	\$0(3)	NM; *
<i>stool softener</i> CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>stool softener + stimulan</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stool softener laxative</i> CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>stool softener plus laxat</i>	\$0(3)	NM; *
MISCELLANEOUS		
<i>alosetron hcl</i> TABS .5mg, 1mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> CONC 100mg/5ml	\$0(1)	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq</i> 2.5-0.025 mg/5ml	\$0(2)	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab</i> 2.5-0.025 mg	\$0(2)	
<i>gas relief</i> CHEW 80mg	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gas relief extra strength</i> CAPS 125mg; CHEW 125mg	\$0(3)	NM; *
<i>gas relief infants</i> SUSP 20mg/0.3ml	\$0(3)	NM; *
<i>gas relief ultra strength</i> CAPS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>gas-x extra strength</i> CAPS 125mg	\$0(3)	NM; *
<i>gas-x ultra strength</i> CAPS 180mg	\$0(3)	NM; *
GATTEX KIT 5mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>gnp anti-gas ultra streng</i> CAPS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp gas relief</i> CHEW 80mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp gas relief extra stre</i> CHEW 125mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm gas relief</i> CHEW 80mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm gas relief extra stren</i> CAPS 125mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm gas relief infants</i> SUSP 20mg/0.3ml	\$0(3)	NM; *
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg	\$0(2)	QL (30 caps / 30 days)
<i>loperamide hcl</i> CAPS 2mg	\$0(1)	
<i>misoprostol</i> TABS 100mcg, 200mcg	\$0(1)	
MOVANTI TABS 12.5mg, 25mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>qc gas relief extra stren</i> CAPS 125mg	\$0(3)	NM; *
RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml	\$0(2)	NDS, QL (28 syringes / 28 days), PA
<i>simethicone</i> CHEW 80mg, 125mg	\$0(3)	NM; *
<i>simethicone drops infants</i> SUSP 20mg/0.3ml	\$0(3)	NM; *
<i>simethicone ultra strengt</i> CAPS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm gas relief</i> CAPS 180mg; CHEW 80mg, 125mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm gas relief drops infan</i> SUSP 20mg/0.3ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm gas relief extra stren</i> CAPS 125mg	\$0(3)	NM; *
<i>sucrafate</i> TABS 1gm	\$0(1)	
<i>ursodiol</i> CAPS 300mg; TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
XERMELO TABS 250mg	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XIFAXAN TABS 550mg	\$0(2)	NDS, PA

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PANCREATIC ENZYMES		
CREON CAP 3000UNIT	\$0(2)	
CREON CAP 6000UNIT	\$0(2)	
CREON CAP 12000UNT	\$0(2)	
CREON CAP 24000UNT	\$0(2)	
CREON CAP 36000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 3000UNIT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 5000UNIT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 10000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 15000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 20000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 25000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 40000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 60000UNT	\$0(2)	
PROTON PUMP INHIBITORS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>acid reducer</i> CPDR 20.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg, 40mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg; TBEC 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp omeprazole</i> CPDR 20.6mg; TBEC 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense esomeprazole ma</i> CPDR 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm omeprazole</i> TBEC 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg, 30mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	
<i>omeprazole</i> TBDD 20mg; TBEC 20mg	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>omeprazole magnesium</i> CPDR 20.6mg; TBEC 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>pantoprazole sodium</i> SOLR 40mg; TBEC 20mg, 40mg	\$0(1)	
<i>qc esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc omeprazole magnesium</i> CPDR 20.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>rabeprazole sodium</i> TBEC 20mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>sm esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm omeprazole</i> TBEC 20mg	\$0(3)	NM; *
GENITOURINARY - DRUGS TO TREAT GENITAL AND URINARY TRACT CONDITIONS		
BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA - DRUGS TO TREAT ENLARGED PROSTATE		
<i>alfuzosin hcl</i> TB24 10mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>dutasteride</i> CAPS .5mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap</i> 0.5-0.4 mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>finasteride</i> TABS 5mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tamsulosin hcl</i> CAPS .4mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
MISCELLANEOUS		
<i>acetic acid</i> SOLN .25%	\$0(1)	
<i>bethanechol chloride</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	\$0(1)	
<i>gnp urinary pain relief</i> TABS 95mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm urinary pain relief</i> TABS 95mg, 99.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	\$0(1)	
<i>qc urinary pain relief</i> TABS 95mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm urinary pain relief</i> TABS 95mg, 99.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm urinary pain relief ma</i> TABS 97.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>urinary pain relief</i> TABS 95mg, 99.5mg	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
URINARY ANTISPASMODICS - DRUGS TO TREAT URINARY INCONTINENCE		
GEMTESA TABS 75mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
MYRBETRIQ SRER 8mg/ml	\$0(2)	QL (300 mL / 28 days)
MYRBETRIQ TB24 25mg, 50mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(1)	QL (600 mL / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TABS 5mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 5mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 10mg, 15mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
OXYTROL FOR WOMEN PTTW 3.9mg/24hr	\$0(3)	NM; *
<i>solifenacin succinate</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tolterodine tartrate</i> CP24 2mg, 4mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>tolterodine tartrate</i> TABS 1mg, 2mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>trospium chloride</i> TABS 20mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
VAGINAL ANTI-INFECTIVES		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i> CREA 2%	\$0(1)	
<i>clotrimazole</i> 3 CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>clotrimazole vaginal</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>3 day vaginal</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp clotrimazole</i> 3 CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp miconazole 1 combinat</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp miconazole</i> 3	\$0(3)	NM; *
<i>gnp miconazole 7</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>metronidazole vaginal</i> GEL .75%	\$0(1)	
<i>miconazole</i> 3 combination	\$0(3)	NM; *
<i>miconazole</i> 3 combo pack	\$0(3)	NM; *
<i>miconazole</i> 7 CREA 2%; SUPP 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>miconazole nitrate vaginal</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>qc 3 day vaginal cream</i> CREA 4%	\$0(3)	NM; *
<i>qc clotrimazole</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>qc miconazole</i> 7 CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>sm 3-day vaginal</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>sm clotrimazole vaginal</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm miconazole</i> 3	\$0(3)	NM; *

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
ZIEXTENZO SOSY 6mg/0.6ml	\$0(2)	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
IRON		
ACCRUFER CAPS 30mg	\$0(3)	NM; *
ACTIVE FE TAB 75-1.25	\$0(3)	NM; *
<i>bprotected pedia iron</i> SOLN 15mg/ml	\$0(3)	NM; *
CENTRATEX CAP	\$0(3)	NM; *
<i>chromagen</i>	\$0(3)	NM; *
<i>corvita 150</i>	\$0(3)	NM; *
CORVITE 150 TAB	\$0(3)	NM; *
CORVITE FE TAB	\$0(3)	NM; *
<i>cvs iron</i> TABS 27mg, 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>cvs slow release iron</i> TBCR 45mg	\$0(3)	NM; *
<i>eq slow-release iron</i> TBCR 45mg	\$0(3)	NM; *
<i>eql carbonyl iron</i> TABS 45mg	\$0(3)	NM; *
<i>eql iron supplement thera</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>eql slow release iron</i> TBCR 160mg	\$0(3)	NM; *
EZFE 200 CAPS 200mg	\$0(3)	NM; *
FE SULFATE POW	\$0(3)	NM; *
<i>fe-vite iron</i> SOLN 15mg/ml	\$0(3)	NM; *
FERAHEME SOLN 510mg/17ml	\$0(3)	NM; *
<i>ferate</i> TABS 27mg	\$0(3)	NM; *
<i>fergon</i> TABS 240mg	\$0(3)	NM; *
FERIVA TAB 21/7	\$0(3)	NM; *
FERIVAFA CAP 110-1MG	\$0(3)	NM; *
<i>ferosul</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
FERRALET 90 TAB	\$0(3)	NM; *
<i>ferrex 150</i> CAPS 150mg	\$0(3)	NM; *
<i>ferric x-150</i> CAPS 150mg	\$0(3)	NM; *
<i>ferrous gluconate</i> TABS 27mg, 240mg, 324mg	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FERROUS GLUCONATE TABS 324mg	\$0(3)	NM; *
<i>ferrous sulfate</i> SOLN 15mg/ml, 220mg/5ml, 300mg/5ml, 300mg/6.8ml; TABS 65mg, 325mg; TBCR 45mg; TBEC 324mg, 325mg	\$0(3)	NM; *
FERROUS SULFATE TBEC 324mg	\$0(3)	NM; *
FOLIVANE-F CAP	\$0(3)	NM; *
FUSION PLUS CAP	\$0(3)	NM; *
<i>gnp iron</i> TABS 200mg; TBCR 45mg	\$0(3)	NM; *
HEMATEX LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
HEMATEX POLYSACCHARIDE IR TABS 150mg	\$0(3)	NM; *
HEMATOGEN FA CAP	\$0(3)	NM; *
HEMOCYTE PLS CAP	\$0(3)	NM; *
INFED SOLN 50mg/ml	\$0(3)	NM; *
INJECTAFER SOLN 750mg/15ml	\$0(3)	NM; *
INTEGRA F CAP	\$0(3)	NM; *
INTEGRA PLUS CAP	\$0(3)	NM; *
IRON TABS 90mg	\$0(3)	NM; *
<i>iron 27</i> TABS 240mg	\$0(3)	NM; *
IRON CHEWS PEDIATRIC CHEW 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>iron infant & toddler</i> SOLN 15mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>iron infant/toddler</i> SOLN 15mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>iron slow release</i> TBCR 45mg	\$0(3)	NM; *
<i>iron supplement</i> SOLN 220mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>iron supplement childrens</i> SOLN 15mg/ml	\$0(3)	NM; *
IRON UP LIQD 15mg/0.5ml	\$0(3)	NM; *
IROSPAN 24/6 MIS	\$0(3)	NM; *
<i>kp ferrous gluconate</i> TABS 324mg	\$0(3)	NM; *
<i>kp ferrous sulfate</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
MONOFERRIC SOLN 1000mg/10ml	\$0(3)	NM; *
NEPHRON FA TAB	\$0(3)	NM; *
NIFEREX TAB	\$0(3)	NM; *
NOVAFERRUM 125 LIQD 125mg/5ml	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROP LIQD 15mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>nu-iron 150</i> CAPS 150mg	\$0(3)	NM; *
NUFERA TAB	\$0(3)	NM; *
<i>pc pediatric iron drops</i> SOLN 15mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>poly-iron 150</i> CAPS 150mg	\$0(3)	NM; *
<i>polysaccharide iron complex</i> CAPS 150mg	\$0(3)	NM; *
PROFE CAPS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>purevit dualfe plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>px iron</i> TABS 27mg, 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc ferrous sulfate</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>ra high potency iron</i> TABS 27mg	\$0(3)	NM; *
<i>ra iron</i> TABS 27mg	\$0(3)	NM; *
<i>ra slow release iron</i> TBCR 45mg	\$0(3)	NM; *
<i>se-tan plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>slow iron</i> TBCR 160mg	\$0(3)	NM; *
<i>slow release iron</i> TBCR 45mg, 50mg, 160mg	\$0(3)	NM; *
SLOW RELEASE IRON TBCR 47.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>slow-release iron</i> TBCR 45mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm iron</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm iron slow release</i> TBCR 45mg, 160mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm slow release iron</i> TBCR 45mg	\$0(3)	NM; *
SM SLOW RELEASE IRON TBCR 143mg	\$0(3)	NM; *
<i>sodium ferric gluconate complex in sucrose</i> SOLN 12.5mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>tandem plus</i>	\$0(3)	NM; *
TARON FORTE CAP	\$0(3)	NM; *
<i>tricon</i>	\$0(3)	NM; *
TRIFERIC PACK 272mg	\$0(3)	NM; *
<i>trigels-f forte</i>	\$0(3)	NM; *
VENOFER SOLN 20mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>wee care</i> SUSP 15mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clopidogrel bisulfate</i> TABS 75mg	\$0(1)	
<i>dipyridamole</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>prasugrel hcl</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
IMMUNOLOGIC AGENTS - DRUGS TO TREAT DISORDERS OF THE IMMUNE SYSTEM		
AUTOIMMUNE AGENTS		
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (56 pens / 365 days), NM, PA
ADALIMUMAB-AACF (2 SYRING PSKT 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (56 syringes / 365 days), NM, PA
ADALIMUMAB-AACF STARTER P AJKT 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
DUPIXENT SOAJ 200mg/1.14ml, 300mg/2ml; SOSY 100mg/0.67ml, 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml	\$0(2)	NDS, QL (16 vials / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml	\$0(2)	NDS, QL (16 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 50mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (8 cartridges / 28 days), NM, PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (8 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml	\$0(2)	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 20mg/0.2ml	\$0(2)	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (6 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN AJKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (6 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN AJKT 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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START AJKT 80mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S AJKT 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
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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 SOAJ 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		
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> TABS 200mg	\$0(1)	
JYLAMVO SOLN 2mg/ml	\$0(2)	B/D
<i>leflunomide</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>methotrexate sodium</i> TABS 2.5mg	\$0(1)	
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	\$0(2)	B/D
IMMUNOGLOBULINS		
ALYGLO SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	\$0(2)	NDS, PA
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml, 10%	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 5gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/400ml	\$0(2)	NDS, NM, PA

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	\$0(1)	B/D, NM
<i>everolimus (immunosuppressant)</i> TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>gengraf</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	\$0(1)	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> CAPS 250mg; TABS 500mg	\$0(1)	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> SUSR 200mg/ml	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>mycophenolate sodium</i> TBEC 180mg, 360mg	\$0(1)	B/D, NM
NULOJIX SOLR 250mg	\$0(2)	NDS, B/D, NM
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	\$0(2)	B/D, NM
REZUROCK TABS 200mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
SANDIMMUNE SOLN 100mg/ml	\$0(2)	B/D, NM
<i>sirolimus</i> SOLN 1mg/ml	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>sirolimus</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	\$0(1)	B/D, NM
<i>tacrolimus</i> CAPS .5mg, 1mg, 5mg	\$0(1)	B/D, NM
VACCINES		
ABRYSVO SOLR 120mcg/0.5ml	\$0(1)	
ACTHIB INJ	\$0(1)	
ADACEL INJ	\$0(1)	
AREXVY SUSR 120mcg/0.5ml	\$0(1)	
BCG VACCINE SOLR 50mg	\$0(1)	
BEXSERO INJ	\$0(1)	
BOOSTRIX INJ	\$0(1)	
DAPTACEL INJ	\$0(1)	
DENG VAXIA SUS	\$0(1)	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	\$0(1)	B/D
ENGRIX-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

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

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

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 SUSR 1350pfu/0.5ml	\$0(1)	
VAXCHORA SUS	\$0(1)	
YF-VAX INJ	\$0(1)	
MISCELLANEOUS		
MISCELLANEOUS		
ACETAMIN POW	\$0(3)	NM; *
AVICEL PH105 POW MICROCRY	\$0(3)	NM; *
AZ CREAM CRE	\$0(3)	NM; *
1ST BASE CRE	\$0(3)	NM; *
BENZYL ALC LIQ	\$0(3)	NM; *
BENZYL BENZO LIQ	\$0(3)	NM; *
BIOTIN POW	\$0(3)	NM; *
BIOTIN-D POW	\$0(3)	NM; *
BORIC ACID GRA	\$0(3)	NM; *
BORIC ACID POW	\$0(3)	NM; *
CAFFEINE POW ANHYDROU	\$0(3)	NM; *
CAPSULE SZ 1 CAP LACTOSE	\$0(3)	NM; *
CASTOR OIL	\$0(3)	NM; *
CELLULOSE CRY MICROCRY	\$0(3)	NM; *
CHOLESTEROL POW	\$0(3)	NM; *
CHOLESTEROL POW ACETATE	\$0(3)	NM; *
CITRULLINE POW (L)	\$0(3)	NM; *
COENZYME Q10 POW	\$0(3)	NM; *
CREAM BASE CRE	\$0(3)	NM; *
CYANOCOBAL POW	\$0(3)	NM; *
CYANOCOBALAM CRY	\$0(3)	NM; *
DISTILLED LIQ WATER	\$0(3)	NM; *
EMOLLIENT CRE BASE	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP #0	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EMPTY CAPSUL CAP #00	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 0	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 1	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 2	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 3	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 4	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 5	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 7	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 00	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 10	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 11	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 13	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 000	\$0(3)	NM; *
FATTIBASE OIN	\$0(3)	NM; *
FLAVOR SWEET SYP S/F	\$0(3)	NM; *
GLYCERIN LIQD 99%, 99.5%	\$0(3)	NM; *
GLYCERIN LIQ	\$0(3)	NM; *
GRAPE SYP	\$0(3)	NM; *
H-COSMETIC CRE ARBEM	\$0(3)	NM; *
HYDROPHILIC OIN PETROLAT	\$0(3)	NM; *
HYDROUS CRE EMULSIFI	\$0(3)	NM; *
HYDROXOCOBAL POW	\$0(3)	NM; *
HYPROMELLOSE POW 4000MPA	\$0(3)	NM; *
L-CARNITINE POW	\$0(3)	NM; *
L-CITRULLINE POW	\$0(3)	NM; *
L-LYSINE HCL POW	\$0(3)	NM; *
L-LYSINE POW	\$0(3)	NM; *
LACTOSE POW	\$0(3)	NM; *
LACTOSE POW ANHYDROU	\$0(3)	NM; *
LACTOSE POW HYDROUS	\$0(3)	NM; *
LACTOSE POW MONOHYDR	\$0(3)	NM; *
LIP BALM OIN BASE	\$0(3)	NM; *
LIOPEN CRE ARBEM	\$0(3)	NM; *
LOLLIBASE POW	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
METHOCEL E4M POW PREMIUM	\$0(3)	NM; *
METHYLCELLUL POW	\$0(3)	NM; *
METHYLCELLUL POW 400CPS	\$0(3)	NM; *
METHYLCELLUL POW 1500CPS	\$0(3)	NM; *
METHYLCELLUL POW 4000CPS	\$0(3)	NM; *
MICRODERM CRE BASE	\$0(3)	NM; *
MICROSOME CRE BASE	\$0(3)	NM; *
MX-SOL BLEND SUS	\$0(3)	NM; *
MX-SOL BLEND SUS SF	\$0(3)	NM; *
MX-SOL SF SYP	\$0(3)	NM; *
MX-SOL SUS SUSPEND	\$0(3)	NM; *
MX-SOL SYP	\$0(3)	NM; *
NICE DISTILL LIQ WATER	\$0(3)	NM; *
ORA-BLEND SF SUS	\$0(3)	NM; *
ORA-BLEND SUS	\$0(3)	NM; *
ORA-PLUS LIQ	\$0(3)	NM; *
ORA-SWEET SF SYP	\$0(3)	NM; *
ORA-SWEET SYP	\$0(3)	NM; *
ORAL MIX SF SUS	\$0(3)	NM; *
ORAL MIX SUS SUSPENDI	\$0(3)	NM; *
ORAL SUSPEND LIQ	\$0(3)	NM; *
ORAL SYP FLAVORED	\$0(3)	NM; *
ORAL SYP SF	\$0(3)	NM; *
ORAPENN SD LIQ SWEET	\$0(3)	NM; *
ORAPENN SD LIQ UNSWEET	\$0(3)	NM; *
PCCA BASE CRE 7542	\$0(3)	NM; *
PCCA EMOLLIE CRE BASE	\$0(3)	NM; *
PEG 1000 LIQ	\$0(3)	NM; *
PEG 3350 POW	\$0(3)	NM; *
PEG BLEND OIN	\$0(3)	NM; *
PEG OIN	\$0(3)	NM; *
PFCB CRE	\$0(3)	NM; *
PHARMABASE CRE ANTIOXID	\$0(3)	NM; *
PHARMABASE CRE COSMETIC	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PHARMABASE CRE LIGHT	\$0(3)	NM; *
PHARMABASE CRE VAGINAL	\$0(3)	NM; *
PHYTOBASE CRE	\$0(3)	NM; *
POLY GLYCOL POW 8000	\$0(3)	NM; *
POTASSIUM CRY BROMIDE	\$0(3)	NM; *
PROPYLENE GL LIQ	\$0(3)	NM; *
QC CASTOR OIL	\$0(3)	NM; *
SALICYLIC POW ACID	\$0(3)	NM; *
SCAR CARE CRE	\$0(3)	NM; *
SESAME OIL	\$0(3)	NM; *
SOD BENZOATE POW	\$0(3)	NM; *
SOD BROMIDE GRA	\$0(3)	NM; *
SOSWEET SYP	\$0(3)	NM; *
SYRPALTA SYRP 83%	\$0(3)	NM; *
SYRSPEND SF LIQ	\$0(3)	NM; *
SYRSPEND SF SUS	\$0(3)	NM; *
SYRSPEND SF SUS ALKA	\$0(3)	NM; *
THEOPHYLLINE POW ANHYDROU	\$0(3)	NM; *
U-BASE CRE	\$0(3)	NM; *
UNISPEND ANH SUS SWEETENE	\$0(3)	NM; *
VANIBASE CRE	\$0(3)	NM; *
VANISHING CRE BOTANCAL	\$0(3)	NM; *
VERSATILE CRE BASE	\$0(3)	NM; *
VERSIGEL CRE	\$0(3)	NM; *
WOUND CARE CRE	\$0(3)	NM; *
XCEL 100 CRE	\$0(3)	NM; *
NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS - VITAMINS AND SUPPLEMENTS		
<i>ELECTROLYTES</i>		
<i>advantage care oral elect</i>	\$0(3)	NM; *
BIOLYTE SOL CITRUS	\$0(3)	NM; *
<i>ceralyte 70</i>	\$0(3)	NM; *
CERASPORT SOL	\$0(3)	NM; *
CERASPORT SOL EX1	\$0(3)	NM; *
<i>cvs electrolyte solution</i>	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cvs pediatric electrolyte</i>	\$0(3)	NM; *
ENFAMIL SOL ENFALYTE	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense electrolyte</i>	\$0(3)	NM; *
<i>h-e-b oral electrolyte so</i>	\$0(3)	NM; *
HYDRALYTE SOL LEMONADE	\$0(3)	NM; *
HYDRALYTE SOL ORANGE	\$0(3)	NM; *
KINDERLYTE SOL	\$0(3)	NM; *
KINDERLYTE SOL FRUIT	\$0(3)	NM; *
KINDERLYTE SOL GRAPE	\$0(3)	NM; *
KINDERLYTE SOL LEM/LIME	\$0(3)	NM; *
KINDERLYTE SOL LEMONADE	\$0(3)	NM; *
KINDERLYTE SOL ORANGE	\$0(3)	NM; *
KINDERLYTE SOL PREMAX	\$0(3)	NM; *
KINDERLYTE SOL STRWBRY	\$0(3)	NM; *
MEDI-LYTE TAB	\$0(3)	NM; *
<i>*oral electrolyte solution***</i>	\$0(3)	NM; *
<i>oralyte</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pedia vance</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pediatric electrolyte fre</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra pediatric electrolyte</i>	\$0(3)	NM; *
<i>rehydralyte</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb pediatric electrolyte</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm pediatric electrolyte</i>	\$0(3)	NM; *
THERMOTABS TAB	\$0(3)	NM; *
ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE		
D2.5W/NACL INJ 0.45%	\$0(2)	
D5W/LYTES INJ #48	\$0(2)	
D10W/NACL INJ 0.2%	\$0(2)	
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i>	\$0(1)	
ISOLYTE-P INJ /D5W	\$0(2)	
ISOLYTE-S INJ	\$0(2)	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	\$0(2)	
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj`</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj”</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	\$0(1)	
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	\$0(2)	
<i>lactated ringer’s solution</i>	\$0(1)	
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	\$0(2)	
<i>magnesium sulfate SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%</i>	\$0(2)	
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>	\$0(2)	
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	\$0(2)	
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	\$0(1)	
PLASMA-LYTE INJ -148	\$0(2)	
PLASMA-LYTE INJ -A	\$0(2)	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	\$0(2)	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	\$0(2)	
POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	\$0(2)	
<i>potassium chloride SOLN 2meq/ml, 10meq/100ml, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml</i>	\$0(1)	
POTASSIUM CHLORIDE SOLN 10meq/50ml	\$0(2)	
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	\$0(1)	
<i>sodium chloride SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%</i>	\$0(1)	
TPN ELECTROL INJ	\$0(2)	B/D
ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL		
<i>klor-con PACK 20meq</i>	\$0(1)	
<i>klor-con 8 TBCR 8meq</i>	\$0(1)	
<i>klor-con 10 TBCR 10meq</i>	\$0(1)	
<i>klor-con m10 TBCR 10meq</i>	\$0(1)	
<i>klor-con m15 TBCR 15meq</i>	\$0(1)	
<i>klor-con m20 TBCR 20meq</i>	\$0(1)	
M-NATAL PLUS TAB	\$0(2)	
<i>potassium chloride CPCR 8meq, 10meq; PACK 20meq; SOLN 10%, 20%; TBCR 8meq, 10meq, 20meq</i>	\$0(1)	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er TBCR 10meq, 15meq, 20meq</i>	\$0(1)	
PRENATAL TAB 27-1MG	\$0(2)	
PRENATAL TAB PLUS	\$0(2)	
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
IV NUTRITION		
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	\$0(2)	B/D
<i>clinisol sf 15%</i>	\$0(1)	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	\$0(2)	B/D
<i>dextrose SOLN 5%, 10%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose SOLN 50%, 70%</i>	\$0(1)	B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	\$0(2)	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	\$0(2)	B/D
<i>plenamine</i>	\$0(1)	B/D
PREMASOL SOL 10%	\$0(2)	NDS, B/D
PROSOL INJ 20%	\$0(2)	B/D
TRAVASOL INJ 10%	\$0(2)	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	\$0(2)	B/D
MINERALS		
CAL-CITRATE CAPS 150mg	\$0(3)	NM; *
CAL-CITRATE TAB PLUS D	\$0(3)	NM; *
CAL-MINT CHEW 260mg	\$0(3)	NM; *
CAL-QUICK LIQ 500-400	\$0(3)	NM; *
CALC CITRATE LIQ VIT D3	\$0(3)	NM; *
CALC CITRATE TAB +D	\$0(3)	NM; *
<i>calcitrate</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 500 + d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 500 +d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 500 +d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 500+d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 500+d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 500+d high potenc</i>	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>calcium 500/d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 500/vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600 TABS 600mg, 1500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600 + d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600 high potency TABS 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
CALCIUM 600 TAB +D	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600 with vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600+d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600+d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600+d3 plus miner</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600+d high potenc</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600+d plus minera</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600/vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600/vitamin d3</i>	\$0(3)	NM; *
CALCIUM 1000 TAB + D	\$0(3)	NM; *
CALCIUM 1200 CHW	\$0(3)	NM; *
CALCIUM CARB CAP VIT D3	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carb-cholecalciferol tab 250 mg-3.125 mcg (125 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carb-cholecalciferol tab 500 mg-10 mcg (400 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carb-cholecalciferol tab 600 mg-10 mcg (400 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carb-cholecalciferol tab 600 mg-20 mcg (800 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*calcium carb-vit d w/ minerals chew tab 600 mg-400 unit***</i>	\$0(3)	NM; *
CALCIUM CARBONATE CHEW 260mg, 500mg; POWD 800mg/2gm	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate TABS 500mg, 600mg, 1250mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate-cholecalciferol tab 500 mg-5 mcg(200 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate-cholecalciferol tab 600 mg-5 mcg(200 unit)</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>calcium carbonate-vitamin d cap 600 mg-5 mcg (200 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate-vitamin d tab 250 mg-3.125 mcg (125 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate-vitamin d tab 600 mg-5 mcg (200 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
CALCIUM CHW 500-10	\$0(3)	NM; *
CALCIUM CHW 500MG	\$0(3)	NM; *
<i>calcium cit-vit d tab 200 mg-6.25 mcg(250 unit) (elem ca)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium cit-vit d tab 315 mg-6.25 mcg(250 unit) (elem ca)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium cit-vitamin d tab 315 mg-5 mcg(200 unit) (elem ca)</i>	\$0(3)	NM; *
CALCIUM CIT/ TAB VIT D	\$0(3)	NM; *
CALCIUM CITRATE GRAN 760mg/3.5gm; TABS 250mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium citrate TABS 200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium citrate + d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium citrate + d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium citrate + d3 max</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium citrate + d3 maxi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium citrate+d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium citrate+d3 petite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium citrate/d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium creamies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium gummies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium high potency TABS 600mg, 1500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium high potency + vi</i>	\$0(3)	NM; *
CALCIUM LACTATE TABS 100mg, 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium plus vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium plus vitamin d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium+d3</i>	\$0(3)	NM; *
CALCIUM/D3 CAP 600-2500	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>calcium/vitamin d3</i>	\$0(3)	NM; *
CALCIUM/VITD CAP 600-400	\$0(3)	NM; *
CALTRATE 600 CHW 600-800	\$0(3)	NM; *
CALTRATE + D TAB 300-800	\$0(3)	NM; *
CHEWABLE CALCIUM CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
CITRACAL CAL CHW GUMMIES	\$0(3)	NM; *
CITRACAL+D3 CHW 250-500	\$0(3)	NM; *
<i>cvs calcium 600 & vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs calcium 600 + d plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs calcium 600+d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs calcium & vitamin d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs calcium carbonate TABS 1250mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs calcium citrate+d3 pe</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs magnesium TABS 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs magnesium oxide TABS 250mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs oyster shell calcium/</i>	\$0(3)	NM; *
<i>600+d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eq calcium 500+d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eq calcium 600+d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eq calcium 600+d+minerals</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eq calcium citrate+d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql calcium 600mg/vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
EQL CALCIUM CAP VIT D	\$0(3)	NM; *
<i>eql calcium citrate w/vit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql calcium citrate/ vita</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql calcium/vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
GALZIN CAPS 25mg, 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp calcium TABS 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp calcium 500 +d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp calcium 600 +d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp calcium 600 +d3/miner</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp calcium 600 +d/minera</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp calcium citrate +d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp calcium citrate+d3 ma</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hm calcium citrate+d3 pet</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm calcium/vitamin d/mine</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp calcium 600+d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp calcium 600+d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp calcium citrate+d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp mag-oxide magnesium TABS 200mg</i>	\$0(3)	NM; *
LIQUID CALCI CAP WITH D3	\$0(3)	NM; *
<i>liquid calcium/d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>liquid calcium/vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
MAG-G TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>mag-oxide TABS 200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>magdelay TBEC 64mg</i>	\$0(3)	NM; *
MAGN CHLORID POW	\$0(3)	NM; *
MAGNESIUM CAPS 400mg; CHEW 200mg; TABS 64mg	\$0(3)	NM; *
MAGNESIUM CITRATE TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
MAGNESIUM EXTRA STRENGTH CAPS 400mg	\$0(3)	NM; *
<i>magnesium gluconate TABS 27.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
MAGNESIUM GLUCONATE TABS 250mg, 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>magnesium lactate TBCR 7meq</i>	\$0(3)	NM; *
MAGNESIUM OXIDE CAPS 400mg; TABS 420mg	\$0(3)	NM; *
<i>magnesium oxide (mg supplement) CAPS 500mg; TABS 250mg, 400mg, 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>magnesium-oxide TABS 400mg</i>	\$0(3)	NM; *
MAGONATE LIQ 1000/5ML	\$0(3)	NM; *
<i>mgo TABS 400mg</i>	\$0(3)	NM; *
NU-MAG TAB 71.5-119	\$0(3)	NM; *
<i>orazinc CAPS 220mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>os-cal</i>	\$0(3)	NM; *
<i>os-cal calcium + d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>os-cal extra d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>oysco 500+d</i>	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OYST SHELL/D TAB 500MG	\$0(3)	NM; *
<i>oyster shell</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>oyster shell calcium + d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>oyster shell calcium + d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>oyster shell calcium plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>oyster shell calcium+d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>oyster shell calcium/d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>oyster shell calcium/vita</i>	\$0(3)	NM; *
<i>potassium & sodium phosphates powder pack 280-160-250 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pronutrients calcium+d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pure calcium carbonate</i> TABS 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>px calcium&d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc calcium fast dissoluti</i> TABS 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc calcium/minerals/vitam</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra calcium 600</i> TABS 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>ra calcium 600 plus vitam</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra calcium 600/vit d/mine</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra calcium citrate plus v</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra calcium citrate/vitami</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra calcium plus vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra calcium/minerals/vitam</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra hi cal</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra magnesium</i> CAPS 500mg	\$0(3)	NM; *
RISACAL-D TAB	\$0(3)	NM; *
<i>sb calcium + d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb oyster shell calcium</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>slow magnesium chloride/</i>	\$0(3)	NM; *
SLOW MAGNESIUM CHLORIDE/	\$0(3)	NM; *
SLOW-MAG TAB	\$0(3)	NM; *
SLOW-MAG TAB 71.5-119	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium 500/vitamin d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium 600+d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium 600/vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sm calcium /vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium citrate+ w/vit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium citrate+vitami</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium citrate/vitami</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium/vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium/vitamin d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm magnesium TABS 250mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm oyster shell calcium/v</i>	\$0(3)	NM; *
SOD CHLORIDE GRA	\$0(3)	NM; *
<i>super calcium TABS 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super calcium 600 + d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super calcium 600+d3 400</i>	\$0(3)	NM; *
TR MAG COMPL CAP 400MG	\$0(3)	NM; *
UPCAL D POW	\$0(3)	NM; *
<i>zinc sulfate CAPS 220mg</i>	\$0(3)	NM; *
ZINC SULFATE POW GRANULAR	\$0(3)	NM; *
ZINC SULFATE POW HEPTAHYD	\$0(3)	NM; *
ZINC SULFATE POW MONOHYD	\$0(3)	NM; *
MISCELLANEOUS		
ALPHA LIPOIC ACID CAPS 50mg, 300mg	\$0(3)	NM; *
<i>alpha-lipoic acid (thioctic acid) CAPS 100mg, 200mg, 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>arginine CAPS 500mg; TABS 1000mg</i>	\$0(3)	NM; *
ARGININE PACK 500mg; TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
ARGININE2000 PACK 2000mg	\$0(3)	NM; *
BOOST BREEZE LIQ ASSORTED	\$0(3)	NM; *
BOOST LIQ BREEZE	\$0(3)	NM; *
CO Q-10 CAPS 75mg	\$0(3)	NM; *
<i>coenzyme q10 (ubidecarenone) CAPS 10mg, 30mg, 50mg, 60mg, 100mg, 200mg, 300mg, 400mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>coq10 maximum strength CAPS 400mg</i>	\$0(3)	NM; *
COROMEGA EMU OMEGA 3	\$0(3)	NM; *
<i>cvs coenzyme q-10 CAPS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cvs coq-10 CAPS 50mg, 100mg, 200mg, 400mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs fish oil half-the-siz</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs gummy fish childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs natural fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cyto arg</i>	\$0(3)	NM; *
CYTO-Q LIQD 80mg/10ml	\$0(3)	NM; *
CYTO-Q MAX LIQD 100mg/ml	\$0(3)	NM; *
CYTO-Q T/F LIQD 80mg/10ml	\$0(3)	NM; *
ENSURE CLEAR LIQ APPLE	\$0(3)	NM; *
ENSURE CLEAR LIQ BBRY/POM	\$0(3)	NM; *
ENSURE CLEAR LIQ MIX BERY	\$0(3)	NM; *
ENSURE CLEAR LIQ MIX FRUT	\$0(3)	NM; *
ENSURE CLEAR LIQ PEACH	\$0(3)	NM; *
<i>eql coq10 CAPS 100mg, 200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql omega 3 fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql omega-3 fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fish oil adult gummies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fish oil burp-less</i>	\$0(3)	NM; *
FISH OIL CAP 150MG	\$0(3)	NM; *
FISH OIL CAP 180MG	\$0(3)	NM; *
FISH OIL CAP 183.33MG	\$0(3)	NM; *
FISH OIL CAP 850MG	\$0(3)	NM; *
FISH OIL CAP 1000MG	\$0(3)	NM; *
FISH OIL CAP 1400MG	\$0(3)	NM; *
FISH OIL CHW 875MG	\$0(3)	NM; *
<i>fish oil concentrate</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fish oil double strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fish oil extra strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fish oil maximum strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fish oil omega-3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fish oil pearls</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fish oil/super potent/no</i>	\$0(3)	NM; *
FRUCTOSE GRA	\$0(3)	NM; *
<i>glutamine powder</i>	\$0(3)	NM; *
GLUTATHIONE POW	\$0(3)	NM; *
<i>gnp co q10 CAPS 60mg, 100mg, 200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp co q-10 CAPS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
GNP FISH OIL CAP 840MG	\$0(3)	NM; *
<i>gnp fish oil maximum stre</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp omega-3 fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>l-arginine maximum streng TABS 1000mg</i>	\$0(3)	NM; *
L-ARGININE POW	\$0(3)	NM; *
L-GLUTAMINE POW	\$0(3)	NM; *
L-GLUTATHION CRY	\$0(3)	NM; *
L-ISOLEUCINE POW	\$0(3)	NM; *
L-VALINE POW	\$0(3)	NM; *
LIPOIC ACID CAPS 150mg	\$0(3)	NM; *
LIQ-10 SYP 50-15/5	\$0(3)	NM; *
<i>maximum epa</i>	\$0(3)	NM; *
MEGARED KIDS CHW	\$0(3)	NM; *
NEOQ10 CAPS 125mg	\$0(3)	NM; *
<i>norwegian salmon oil</i>	\$0(3)	NM; *
OMEGA BABY EMU PRENATAL	\$0(3)	NM; *
<i>omega iii epa+dha</i>	\$0(3)	NM; *
OMEGA MONOPU CAP 1300MG	\$0(3)	NM; *
OMEGA-3 CAP 350MG	\$0(3)	NM; *
OMEGA-3 CAP 1400MG	\$0(3)	NM; *
OMEGA-3 CAP FISH OIL	\$0(3)	NM; *
<i>omega-3 fatty acids CAPS 500mg, 1000mg, 1200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*omega-3 fatty acids cap 300 mg**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*omega-3 fatty acids cap 435 mg**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*omega-3 fatty acids cap 500 mg**</i>	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>*omega-3 fatty acids cap 1000 mg**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*omega-3 fatty acids cap 1200 mg**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*omega-3 fatty acids cap delayed release 1000 mg**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>omega-3 microgel improved</i>	\$0(3)	NM; *
<i>omegapure 600 ec</i>	\$0(3)	NM; *
OMEGAPURE CAP 780 EC	\$0(3)	NM; *
OMEGAPURE CAP 900 EC	\$0(3)	NM; *
OMERA CAP 750MG	\$0(3)	NM; *
<i>ovega-3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pure l-arginine hcl CAPS 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
PURE L-CITRULLINE CAPS 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>px fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>q-sorb co q-10 CAPS 100mg, 200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra coenzyme q-10 CAPS 100mg, 200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra l-arginine TABS 1000mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sam-e.p.a.</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb omega-3 fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sea-omega</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm co q-10 CAPS 100mg, 200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm coenzyme q-10 CAPS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm coq-10 CAPS 50mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
SM FISH OIL CAP 554MG	\$0(3)	NM; *
<i>sm omega-3 fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super dha gems</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super omega-3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>the very finest fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>theragran-m fish oil conc</i>	\$0(3)	NM; *
<i>theromega</i>	\$0(3)	NM; *
ULTRA OMEGA3 CAP 1400MG	\$0(3)	NM; *
<i>ultra omega-3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>yl coenzyme q10 CAPS 30mg</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VITAMINS		
<i>a thru z advanced</i>	\$0(3)	NM; *
<i>a thru z high potency</i>	\$0(3)	NM; *
<i>a thru z select</i>	\$0(3)	NM; *
<i>a thru z select 50+ advan</i>	\$0(3)	NM; *
<i>a thru z select 50+ mens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>a thru z select advanced</i>	\$0(3)	NM; *
<i>a thru z select ultimate</i>	\$0(3)	NM; *
<i>a thru z ultimate mens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>a-25 CAPS 25000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>a-10000 CAPS 10000unit</i>	\$0(3)	NM; *
ABC COMPLETE TAB WOMEN	\$0(3)	NM; *
<i>activite</i>	\$0(3)	NM; *
ACTIVNUTRIEN CHW	\$0(3)	NM; *
ADEK CHW PLUS ZN	\$0(3)	NM; *
ADLT ONE DLY CHW GUMMIES	\$0(3)	NM; *
ADULT 50+ CAP EYE HLTH	\$0(3)	NM; *
ADULT 50+ CAP OCUVITE	\$0(3)	NM; *
<i>50+ adult eye health</i>	\$0(3)	NM; *
<i>advanced multi ea</i>	\$0(3)	NM; *
<i>airborne</i>	\$0(3)	NM; *
AIRBORNE CHW	\$0(3)	NM; *
AIRBORNE CHW KIDS	\$0(3)	NM; *
<i>airborne gummies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>airborne immune system</i>	\$0(3)	NM; *
<i>airborne kids</i>	\$0(3)	NM; *
AIRBORNE POW	\$0(3)	NM; *
AIRBORNE+ CHW PROBIOTI	\$0(3)	NM; *
AIRBORNE+ CHW REST	\$0(3)	NM; *
AIRBORNE+ POW STRESS	\$0(3)	NM; *
AIRBORNE+NAT LIQ ENERGY	\$0(3)	NM; *
AIRSHIELD CHW IMMUNITY	\$0(3)	NM; *
ALGAE BASED TAB CALCIUM	\$0(3)	NM; *
ALIVE DAILY TAB WOMENS	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ALIVE DIABET TAB MULTIVIT	\$0(3)	NM; *
ALIVE ENERGY TAB WOMENS	\$0(3)	NM; *
ALIVE HAIR CHW SKN/NAIL	\$0(3)	NM; *
ALIVE IMMUNE CAP HEALTH	\$0(3)	NM; *
ALIVE LIQ MULT-VIT	\$0(3)	NM; *
ALIVE WOMENS CHW 50+	\$0(3)	NM; *
ALIVE WOMENS CHW GUMMY	\$0(3)	NM; *
<i>allbee plus vitamin c</i>	\$0(3)	NM; *
AMLADEX TAB	\$0(3)	NM; *
<i>anti-oxidant</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antioxidant</i>	\$0(3)	NM; *
ANTIOXIDANT TAB FORMULA	\$0(3)	NM; *
<i>antioxidant vitamins</i>	\$0(3)	NM; *
APETIGEN TAB PLUS	\$0(3)	NM; *
APPE-CURB CAP	\$0(3)	NM; *
AQUA-E LIQD 75unit/ml	\$0(3)	NM; *
<i>aqueous vitamin d infants</i> LIQD 10mcg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>aqueous vitamin e</i> SOLN 15mg/0.67ml	\$0(3)	NM; *
ASCOR SOLN 25000mg/50ml	\$0(3)	NM; *
<i>ascorbic acid</i> TABS 250mg, 500mg, 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>ascorbic acid tab 500 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ascorbic acid tab 1000 mg</i>	\$0(3)	NM; *
ATP IGNITE PAK	\$0(3)	NM; *
AZO HORMONAL TAB HEALTH	\$0(3)	NM; *
<i>b6 natural</i> TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>b-complex balanced</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*b-complex w/ c & folic acid tab***</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*b-complex w/ c cap**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*b-complex w/ c tab**</i>	\$0(3)	NM; *
B-COMPLEX/FA TAB /VIT C	\$0(3)	NM; *
<i>baby super daily d3</i> LIQD 400ut/0.028ml	\$0(3)	NM; *
<i>baby vitamin d3 drops</i> LIQD 400ut/0.028ml	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BACMIN TAB	\$0(3)	NM; *
BARIATRIC CAP MULTIVIT	\$0(3)	NM; *
<i>bec/zinc</i>	\$0(3)	NM; *
<i>berocca</i>	\$0(3)	NM; *
<i>beta carotene</i> CAPS 25000unit	\$0(3)	NM; *
<i>beta carotene provitamin</i> CAPS 25000unit	\$0(3)	NM; *
<i>better b complex</i>	\$0(3)	NM; *
BIO-35 GLUTE CAP FREE	\$0(3)	NM; *
BIO-D-MULSION LIQD 400unt/0.04ml	\$0(3)	NM; *
BIO-D-MULSION FORTE LIQD 2000unt/0.04ml	\$0(3)	NM; *
BIOCAL CAP	\$0(3)	NM; *
BIOTIN CAPS 1mg	\$0(3)	NM; *
<i>biotin</i> CAPS 5mg, 10mg, 5000mcg	\$0(3)	NM; *
<i>biotin/maximum strength</i> CAPS 5000mcg	\$0(3)	NM; *
<i>body/hair/skin/nails</i>	\$0(3)	NM; *
BP VIT 3 CAP	\$0(3)	NM; *
BPROTECT PED DRO TRI-VITE	\$0(3)	NM; *
<i>bprotected multi-vite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>bprotected pedia d-vite</i> LIQD 400unit/ml	\$0(3)	NM; *
<i>c 500</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>c 1000</i> TABS 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>c-250</i> TABS 250mg	\$0(3)	NM; *
<i>c-500</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>c-500/rose hips</i>	\$0(3)	NM; *
<i>c-1000</i> TABS 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>c-1000/rose hips</i>	\$0(3)	NM; *
C-BUFF POW	\$0(3)	NM; *
<i>calcidol</i> SOLN 200mcg/ml	\$0(3)	NM; *
CENT MATURE TAB ADLT 50+	\$0(3)	NM; *
<i>centavite a-z complete mu</i>	\$0(3)	NM; *
CENTRAL-VITE TAB	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>centravites</i>	\$0(3)	NM; *
<i>centravites 50 plus</i>	\$0(3)	NM; *
CENTRAVITES TAB 50 PLUS	\$0(3)	NM; *
CENTRAVITES TAB ADULTS	\$0(3)	NM; *
CENTRUM 50+ CHW FRSH/FRU	\$0(3)	NM; *
CENTRUM CHW ADULTS	\$0(3)	NM; *
CENTRUM CHW FLAV BST	\$0(3)	NM; *
CENTRUM CHW SILVER	\$0(3)	NM; *
CENTRUM KIDS CHW	\$0(3)	NM; *
CENTRUM KIDS CHW FLAV BST	\$0(3)	NM; *
CENTRUM SPEC TAB HEART	\$0(3)	NM; *
CENTRUM SPEC TAB VISION	\$0(3)	NM; *
CENTRUM TAB CARDIO	\$0(3)	NM; *
CENTRUM TAB MEN	\$0(3)	NM; *
CENTRUM TAB SILVER	\$0(3)	NM; *
CENTRUM TAB ULTRA	\$0(3)	NM; *
<i>century</i>	\$0(3)	NM; *
<i>century mature</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cerovite jr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cerovite senior</i>	\$0(3)	NM; *
<i>certa-vite</i>	\$0(3)	NM; *
CERTAVITE TAB SENIOR	\$0(3)	NM; *
CERTAVITE/ TAB ANTIOXID	\$0(3)	NM; *
<i>certavite/antioxidants</i>	\$0(3)	NM; *
<i>childrens animal shapes c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>childrens chewable multiv</i>	\$0(3)	NM; *
<i>childrens chewable vitami</i>	\$0(3)	NM; *
CHILDRENS GUMMIES	\$0(3)	NM; *
CHLORELLA CAP	\$0(3)	NM; *
<i>chlorocaps</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cholecalciferol</i> CAPS 1.25mg, 25mcg, 50mcg, 250mcg, 400unit, 1000unit, 2000unit, 5000unit, 10000unit, 50000unit; CHEW 25mcg, 400unit, 1000unit, 2000unit; LIQD 400unit/ml; TABS 25mcg, 50mcg, 125mcg, 400unit, 1000unit, 2000unit, 5000unit, 10000unit	\$0(3)	NM; *
<i>cholecalciferol cap 1.25 mg (50000 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cholecalciferol cap 250 mcg (10000 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
CITRACAL TAB MAX PLUS	\$0(3)	NM; *
<i>companion</i>	\$0(3)	NM; *
<i>compete</i>	\$0(3)	NM; *
<i>complete multivitamin/mul</i>	\$0(3)	NM; *
CONCEPTIONXR MIS MOTILITY	\$0(3)	NM; *
<i>corvita</i>	\$0(3)	NM; *
CULTURELLE CHW MULTIVIT	\$0(3)	NM; *
<i>culturelle kids complete</i>	\$0(3)	NM; *
<i>culturelle kids multivita</i>	\$0(3)	NM; *
<i>culturelle kids probiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs airshield</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs airshield effervescent</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs b6</i> TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>cvs b complex plus c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs biotin</i> CAPS 10mg, 5000mcg	\$0(3)	NM; *
<i>cvs chewable childrens vi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs childrens chewable co</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs d3</i> CAPS 400unit, 1000unit, 2000unit, 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>cvs daily gummies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs daily gummies adult</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs daily multiple for me</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs daily multiple for wo</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs e</i> CAPS 200unit	\$0(3)	NM; *
<i>cvs e oil</i> OIL 45mg/0.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>cvs eye health & lutein</i>	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cvs folic acid</i> TABS 800mcg	\$0(3)	NM; *
CVS GUMMY DINOS	\$0(3)	NM; *
CVS GUMMY DINOS CHILDRENS	\$0(3)	NM; *
CVS GUMMY MULTIVITAMIN KI	\$0(3)	NM; *
<i>cvs mens daily gummies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs one daily essential</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs one daily mens health</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs one daily womens form</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs spectravite advanced</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs spectravite men</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs spectravite men 50+</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs spectravite senior</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs spectravite ultra hea</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs spectravite ultra wom</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs spectravite women</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs spectravite women 50+</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs stress formula/zinc</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs super b complex/c</i>	\$0(3)	NM; *
CVS VISION CAP HEALTH	\$0(3)	NM; *
<i>cvs vitamin a</i> CAPS 8000unit	\$0(3)	NM; *
<i>cvs vitamin c</i> TABS 250mg, 500mg, 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>cvs vitamin c/rose hips</i> TABS 500mg, 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>cvs vitamin d3</i> CAPS 10000unit; CHEW 25mcg, 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>cvs vitamin e</i> CAPS 180mg, 400unit, 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>cvs womens active daily</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs womens daily gummies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cyanocobalamin</i> SOLN 1000mcg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>d3</i> CHEW 400unit; TABS 50mcg	\$0(3)	NM; *
<i>d3 2000</i> CAPS 2000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d3 5000</i> CAPS 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d3 adult</i> CHEW 1000unit	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>d3 adult gummy</i> CHEW 1000unit	\$0(3)	NM; *
D3 BABY DROPS LIQD 400ut/0.025ml	\$0(3)	NM; *
<i>d3 high potency</i> CAPS 25mcg, 50mcg, 1000unit, 2000unit, 5000unit; TABS 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>d3 kids</i> CHEW 400unit	\$0(3)	NM; *
D3 LIQUID LIQD 25mcg/0.04ml	\$0(3)	NM; *
<i>d3 maximum strength</i> CAPS 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d3 super strength</i> CAPS 2000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d3-50</i> CAPS 50000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d3-1000</i> CAPS 1000unit; TABS 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d2000 ultra strength</i> CAPS 2000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d 400</i> TABS 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>d 1000</i> CAPS 1000unit; CHEW 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d 5000</i> CAPS 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d 10000</i> CAPS 10000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d-3-5</i> CAPS 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d-400</i> TABS 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>d-1000 extra strength</i> TABS 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d-5000</i> TABS 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d-vite pediatric</i> LIQD 400unit/ml	\$0(3)	NM; *
<i>daily combo multi vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily multiple vitamins</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily multivitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily value multivitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily vitamins</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily vite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily vite multivitamin/i</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily-vite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily-vite multivitamin</i>	\$0(3)	NM; *
DDROPS LIQD 1000ut/0.028ml, 2000ut/0.028ml	\$0(3)	NM; *
DECARA CAPS 25000unit	\$0(3)	NM; *
<i>decara</i> CAPS 50000unit	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DECARA K CAP	\$0(3)	NM; *
DECUBI-VITE CAP	\$0(3)	NM; *
DEKAS CAP ESSENTIA	\$0(3)	NM; *
DEKAS CHW BARIATRI	\$0(3)	NM; *
DEKAS LIQ ESSENTIA	\$0(3)	NM; *
DEKAS PLUS CAP	\$0(3)	NM; *
DEKAS PLUS CAP OCEAN	\$0(3)	NM; *
DEKAS PLUS CHW	\$0(3)	NM; *
DEKAS PLUS LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>delta d3</i> TABS 400unit	\$0(3)	NM; *
DERMACINRX CHW DAVIMET	\$0(3)	NM; *
DERMACINRX TAB RIBOT-E	\$0(3)	NM; *
DIABET HLTH PAK SUPPORT	\$0(3)	NM; *
<i>diabetes health formula</i>	\$0(3)	NM; *
DIABETES PAK HEALTH	\$0(3)	NM; *
<i>dialyvite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dialyvite 800</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dialyvite 800/ultra d</i>	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE TAB 3000	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE TAB 5000	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE TAB SUPREM D	\$0(3)	NM; *
<i>dialyvite vitamin d3 max</i> TABS 50000unit	\$0(3)	NM; *
<i>dialyvite vitamin d 5000</i> CAPS 5000unit	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE WAF 800	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE/ TAB ZINC	\$0(3)	NM; *
<i>dodex</i> SOLN 1000mcg/ml	\$0(3)	NM; *
DOTREMIN TAB	\$0(3)	NM; *
<i>dry eye formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>e200</i> CAPS 200unit	\$0(3)	NM; *
<i>e400</i> CAPS 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>e1000</i> CAPS 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>e 1000</i> CAPS 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>e-200</i> CAPS 200unit	\$0(3)	NM; *
<i>e-400</i> CAPS 400unit	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>e-400-clear</i> CAPS 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>e-oil</i> OIL 100unt/0.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>eldertonic</i>	\$0(3)	NM; *
EMERGEN-C CHW VITA C	\$0(3)	NM; *
EMERGEN-C PAK BLUE	\$0(3)	NM; *
EMERGEN-C PAK HEART	\$0(3)	NM; *
EMERGEN-C PAK IMMUNE	\$0(3)	NM; *
EMERGEN-C PAK KIDZ	\$0(3)	NM; *
EMERGEN-C PAK MSM LITE	\$0(3)	NM; *
EMERGEN-C PAK PINK	\$0(3)	NM; *
EMERGEN-C PAK VIT D/CA	\$0(3)	NM; *
EMERGEN-C PAK VITA C	\$0(3)	NM; *
<i>endur-acin</i> TBCR 250mg, 500mg, 750mg	\$0(3)	NM; *
ENDUR-VM TAB	\$0(3)	NM; *
ENDUR-VM TAB IRON	\$0(3)	NM; *
<i>eq complete chewable mult</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eq complete multivitamin</i>	\$0(3)	NM; *
EQ COMPLETE TAB ADULT	\$0(3)	NM; *
EQ MULTIVITAMIN GUMMIES C	\$0(3)	NM; *
EQ ONE DAILY TAB MENS	\$0(3)	NM; *
EQ ONE DAILY TAB WOMENS	\$0(3)	NM; *
<i>eq one daily womens healt</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eq b-6</i> TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>eq century</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eq century mature</i>	\$0(3)	NM; *
EQL CENTURY TAB MENS	\$0(3)	NM; *
<i>eql childrens multivitami</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql one daily mens 50+ ad</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql one daily mens health</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql one daily womens 50+</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql stress b-complex/vita</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql super b complex/vitam</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql vision formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql vitamin c</i> TABS 500mg, 1000mg	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>eql vitamin c/rose hips</i> TABS 500mg, 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>eql vitamin d3</i> CAPS 400unit, 1000unit, 2000unit, 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>eql vitamin e</i> CAPS 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>ergocalciferol</i> CAPS 1.25mg, 50000unit; SOLN 8000unit/ml	\$0(3)	NM; *
<i>essentia</i>	\$0(3)	NM; *
<i>essential balance</i>	\$0(3)	NM; *
ESTROVEN MEN TAB SUPPLEM	\$0(3)	NM; *
EYE HEALTH CAP ADLT 50+	\$0(3)	NM; *
EYE HEALTH TAB LUTEIN	\$0(3)	NM; *
EYE MULTIVIT CAP	\$0(3)	NM; *
EYE MULTIVIT CAP LUTEIN	\$0(3)	NM; *
EYE MULTIVIT TAB SODIUM	\$0(3)	NM; *
<i>fa-8</i> CAPS .8mg	\$0(3)	NM; *
<i>fabb</i>	\$0(3)	NM; *
FLINTSTONES CHW COMPLETE	\$0(3)	NM; *
<i>flintstones complete</i>	\$0(3)	NM; *
FLINTSTONES COMPLETE	\$0(3)	NM; *
<i>flintstones gummies plus</i>	\$0(3)	NM; *
FLINTSTONES GUMMIES PLUS	\$0(3)	NM; *
<i>flintstones plus calcium</i>	\$0(3)	NM; *
<i>flintstones w/iron</i>	\$0(3)	NM; *
<i>flintstones/my first</i>	\$0(3)	NM; *
FLORIVA DRO PLUS	\$0(3)	NM; *
<i>folate</i> TABS 400mcg	\$0(3)	NM; *
FOLDITAM TAB	\$0(3)	NM; *
<i>folic acid</i> CAPS 5mg, 800mcg; SOLN 5mg/ml; TABS 1mg, 400mcg, 800mcg	\$0(3)	NM; *
FOLIC ACID CAPS 20mg	\$0(3)	NM; *
FOLIC ACID POW	\$0(3)	NM; *
FOLIFLEX TAB	\$0(3)	NM; *
FOLITE TAB	\$0(3)	NM; *
FOLITIN-Z TAB	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FOLIXAPURE TAB 1-5000	\$0(3)	NM; *
FOLTAMIN TAB 1-5000	\$0(3)	NM; *
FOLTRATE TAB	\$0(3)	NM; *
FOLTREXYL TAB	\$0(3)	NM; *
FREEDAVITE TAB	\$0(3)	NM; *
<i>fruity chews</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fruity chews/iron</i>	\$0(3)	NM; *
<i>full spectrum b/vitamin c</i>	\$0(3)	NM; *
GENADEK CAP STEP 1	\$0(3)	NM; *
GENADEK CAP STEP 2	\$0(3)	NM; *
GENADEK DRO	\$0(3)	NM; *
<i>gerber grow mighty</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gerber lil' brainies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gerivite complete</i>	\$0(3)	NM; *
<i>glucoten</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp b-complex plus vitam</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp biotin CAPS 5000mcg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp childrens chewables/e</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp childrens chewables/i</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp d 1000 CAPS 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp essential one daily</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp folic acid TABS 400mcg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp hair/skin/nails</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp healthy eyes</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp little ones childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mega multi for men</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mega multi for women</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp one daily mens health</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp one daily womens heal</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp one daily womens meta</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp therapeutic-m</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin a CAPS 10000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin b-6 TABS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp vitamin c</i> TABS 250mg, 500mg, 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin c w/rose hips</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin c/rose hips</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin d</i> CHEW 400unit; TABS 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin d3</i> TABS 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin d3 extra stre</i> TABS 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin d maximum str</i> TABS 2000unit	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin d super stren</i> TABS 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin e</i> CAPS 200unit, 400unit, 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin e water dispe</i> CAPS 400unit	\$0(3)	NM; *
GUMMI BEAR MULTIVITAMIN/M	\$0(3)	NM; *
HAIR SKIN & TAB NAILS AD	\$0(3)	NM; *
HAIR/SKIN/ CAP NAILS	\$0(3)	NM; *
<i>hair/skin/nails</i>	\$0(3)	NM; *
<i>healthy eyes</i>	\$0(3)	NM; *
HEALTHY EYES CAP SUPERVIS	\$0(3)	NM; *
<i>healthy eyes/lutein/zeaxa</i>	\$0(3)	NM; *
<i>healthy hair skin & nails</i>	\$0(3)	NM; *
HEALTHY KIDS CHW GUMMIES	\$0(3)	NM; *
<i>healthy kids vitamin d3</i> CHEW 400unit	\$0(3)	NM; *
HI POT MV/ TAB BETA-CAR	\$0(3)	NM; *
HIGH POTENCY TAB MULTIVIT	\$0(3)	NM; *
HIGH POTENCY TAB MV/FA	\$0(3)	NM; *
<i>hm biotin</i> CAPS 5000mcg	\$0(3)	NM; *
HM COMPLETE TAB MEN	\$0(3)	NM; *
<i>hm complete women</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm e vitamin</i> CAPS 180mg	\$0(3)	NM; *
HM HAIR/SKIN TAB /NAILS	\$0(3)	NM; *
<i>hm womens 50+ advanced on</i>	\$0(3)	NM; *
HONEY BEARS CHW	\$0(3)	NM; *
HONEY BEARS CHW IRON-ZIN	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydroxocobalamin acetate</i> SOLN 1000mcg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>i-vite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>icaps</i>	\$0(3)	NM; *
ICAPS AREDS TAB FORMULA	\$0(3)	NM; *
<i>icaps lutein & omega-3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>icaps mv</i>	\$0(3)	NM; *
IMMUNE CHW SUPPORT	\$0(3)	NM; *
IMMUNE SUPP POW VIT C	\$0(3)	NM; *
INFUVITE INJ PEDIATRI	\$0(3)	NM; *
<i>is-d 10,000</i> CAPS 10000unit	\$0(3)	NM; *
K-PAX TAB PROF ST	\$0(3)	NM; *
<i>kids first vitamin d3 gum</i> CHEW 1000unit	\$0(3)	NM; *
KIDZ MULTVIT CHW PROBIOTI	\$0(3)	NM; *
<i>kp adults 50+ daily formu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp adults daily formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp b complex/c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp folic acid</i> TABS 1mg, 800mcg	\$0(3)	NM; *
<i>kp mens 50+ daily formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp mens daily formula</i>	\$0(3)	NM; *
KP MENS MIS DAILY PK	\$0(3)	NM; *
<i>kp niacin</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>kp vision formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp vision formula w/lutei</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp vitamin b-6</i> TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>kp vitamin d</i> CAPS 1000unit; CHEW 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>kp vitamin d3</i> CAPS 1000unit, 2000unit	\$0(3)	NM; *
<i>kp vitamin e</i> CAPS 100unit	\$0(3)	NM; *
<i>kp womens 50+ daily formu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp womens daily formula</i>	\$0(3)	NM; *
KP WOMENS PAK DAILY	\$0(3)	NM; *
<i>land before time multivit</i>	\$0(3)	NM; *
LIFE PACK MIS MENS	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LIFE PACK MIS WOMENS	\$0(3)	NM; *
LYSIPLEX PLUS	\$0(3)	NM; *
<i>macular health formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>macuvite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>macuvite eye care</i>	\$0(3)	NM; *
<i>macuvite/lutein</i>	\$0(3)	NM; *
MAXIMIN PAK	\$0(3)	NM; *
MAXIMUM D3 CAPS 325mcg	\$0(3)	NM; *
<i>maximum daily green</i>	\$0(3)	NM; *
MEGA MULTI TAB MEN	\$0(3)	NM; *
<i>mega-marathon 100 tr</i>	\$0(3)	NM; *
MEGAVITE TAB FRT/VEG	\$0(3)	NM; *
MEGAVITE TAB GOLD 55+	\$0(3)	NM; *
<i>meijer advanced formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>meijer advanced formula f</i>	\$0(3)	NM; *
<i>meijer c TABS 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
MENS 50+ CAP ADVANCED	\$0(3)	NM; *
MENS 50+ TAB MULTIVIT	\$0(3)	NM; *
<i>mens daily formula/lycope</i>	\$0(3)	NM; *
MENS DAILY PAK PACK	\$0(3)	NM; *
MENS MULTI CHW	\$0(3)	NM; *
MENS PAK	\$0(3)	NM; *
<i>meribin CAPS 5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>milltrium senior</i>	\$0(3)	NM; *
MOOD FOOD ES CAP	\$0(3)	NM; *
<i>multi + omega-3 adult gum</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi adult gummies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi complete/iron</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi for her</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi for her 50+</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi for him</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi for him 50+</i>	\$0(3)	NM; *
MULTI FOR POW HIM	\$0(3)	NM; *
MULTI VITAMI TAB	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MULTI VITAMI TAB D-3	\$0(3)	NM; *
MULTI VITAMN TAB MINERALS	\$0(3)	NM; *
MULTI-VITAMI TAB MONOCAPS	\$0(3)	NM; *
<i>multi-vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi-vitamin gummies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi-vitamin/minerals</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi-vitamins/iron</i>	\$0(3)	NM; *
MULTI-VITE LIQ	\$0(3)	NM; *
MULTI/IRON/ DRO INF/TODD	\$0(3)	NM; *
<i>*multiple vitamin tab**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multiple vitamin/minerals</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multiple vitamins essenti</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*multiple vitamins w/ iron tab**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*multiple vitamins w/ minerals tab**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multiple vitamins/womens</i>	\$0(3)	NM; *
MULTITAM TAB	\$0(3)	NM; *
MULTIV INFAN DRO /TODDLER	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin & mineral</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin adult one da</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin adults</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin adults 50+</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin childrens</i>	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN CHW CHILD	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN CHW GUMMIES	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN CHW IRON	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN DRO INFANT	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin gummies adul</i>	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN GUMMIES CHIL	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin gummies mens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin gummies wome</i>	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin men 50+</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin men 50+ one</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MULTIVITAMIN TAB	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN TAB ADULT	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN TAB ADULTS	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN TAB ZINC STR	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin women</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin women 50+</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin womens 50+ a</i>	\$0(3)	NM; *
MVW COMPLETE CAP D3000	\$0(3)	NM; *
MVW COMPLETE CAP D5000	\$0(3)	NM; *
MVW COMPLETE CAP FORMULAT	\$0(3)	NM; *
MVW COMPLETE CAP MINIS	\$0(3)	NM; *
MVW COMPLETE CHW GRAPE	\$0(3)	NM; *
MVW COMPLETE DRO PEDIATRI	\$0(3)	NM; *
MVW COMPLETE FORMULATION	\$0(3)	NM; *
MVW HI-D DR LIQ EX VIT D	\$0(3)	NM; *
<i>myamulti</i>	\$0(3)	NM; *
NANOVN POW 1-3 YRS	\$0(3)	NM; *
NANOVN POW 4-8YEARS	\$0(3)	NM; *
NANOVN POW 9-18 YRS	\$0(3)	NM; *
NANOVN T/F POW	\$0(3)	NM; *
NASCOBAL SOLN 500mcg/0.1ml	\$0(3)	NM; *
<i>natural c/rose hips</i> TABS 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>natural vitamin d-3</i> TABS 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>natural vitamin e</i> CAPS 1000unit	\$0(3)	NM; *
NATURAL VITAMIN E TABS 200unit	\$0(3)	NM; *
NEPHPLEX RX TAB	\$0(3)	NM; *
NEPHRONEX LIQ 0.9/5ML	\$0(3)	NM; *
<i>niacin</i> CPCR 250mg; TABS 50mg, 100mg, 250mg, 500mg; TBCR 250mg, 500mg	\$0(3)	NM; *
NIACIN TR TBCR 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>*niacinamide w/ zn-cu-methylfol-se-cr tab 750-27-2-0.5 mg***</i>	\$0(3)	NM; *
<i>niavasc</i> TBCR 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>niavasc 750</i> TBCR 750mg	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NOVAMV PED DRO 10MG/ML	\$0(3)	NM; *
OCULAR TAB VITAMINS	\$0(3)	NM; *
<i>ocutabs</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ocutabs vision formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ocutabs/lutein</i>	\$0(3)	NM; *
OCUVITE CAP ADULT	\$0(3)	NM; *
<i>ocuvite extra</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ocuvite eye + multi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ocuvite eye health gummie</i>	\$0(3)	NM; *
OCUVITE LUTE CAP	\$0(3)	NM; *
<i>ocuvite/lutein</i>	\$0(3)	NM; *
OMNICAP TAB	\$0(3)	NM; *
ONCOVITE TAB	\$0(3)	NM; *
<i>one daily complete</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily for men 50+ adv</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily for men/lycopen</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily for women</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily for women 50+a</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily healthy weight</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily maximum</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily mens 50+ multiv</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily mens health/lyc</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily mens multivitam</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily multivitamin ad</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily multivitamin/ir</i>	\$0(3)	NM; *
ONE DAILY TAB ESSENTL	\$0(3)	NM; *
ONE DAILY TAB MENS 50+	\$0(3)	NM; *
ONE DAILY TAB WMNS 50+	\$0(3)	NM; *
<i>one daily womens 50 plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily womens 50+</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily/iron/calcium</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily/minerals</i>	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY CHW IMMUNITY	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY CHW VITACRAV	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ONE-A-DAY TAB 50+ ADV	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY TAB 50+ WMN	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY TAB 65+	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY TAB ENERGY	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY TAB MENOPAUS	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY TAB MENS	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY TAB TEEN/HIM	\$0(3)	NM; *
<i>one-a-day teen advantage</i>	\$0(3)	NM; *
ONE-DAILY CAP MULTI	\$0(3)	NM; *
<i>one-daily multi vitamins</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one-daily multi-vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one-daily multi-vitamin/i</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one-daily multi-vitamin/m</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one-daily/iron</i>	\$0(3)	NM; *
<i>optic-vites</i>	\$0(3)	NM; *
OPTIFAST POS CHW BARIATRI	\$0(3)	NM; *
<i>optimal d3 CAPS 50000unit</i>	\$0(3)	NM; *
OPTIMAL D3 M CAPS 14000unit	\$0(3)	NM; *
OPTIMAL D3 M CAP	\$0(3)	NM; *
<i>optimal d3 pack CAPS 50000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>optimum pms</i>	\$0(3)	NM; *
OPTISOURCE CHW BARIATRC	\$0(3)	NM; *
OPURITY CHW BYPASS	\$0(3)	NM; *
OSTEO-VIT3 LIQD 417mcg/ml	\$0(3)	NM; *
PARVLEX TAB	\$0(3)	NM; *
<i>pc pediatric tri-vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
PED POLY-VIT DRO	\$0(3)	NM; *
PED POLY-VIT DRO /IRON	\$0(3)	NM; *
<i>*pediatric multiple vitamins w/ iron chew tab 15 mg**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pharmacist choice d-vitam LIQD 400unit/ml</i>	\$0(3)	NM; *
PHLEXY-VITS POW	\$0(3)	NM; *
PHYTOMULTI TAB	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>phytonadione</i> SOLN 10mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>phytonadione</i> TABS 5mg	\$0(3)	NM, PA; *
POLY-VI-SOL DRO 50MG/ML	\$0(3)	NM; *
POLY-VI-SOL SOL 50MG/ML	\$0(3)	NM; *
POLY-VI-SOL SOL IRON	\$0(3)	NM; *
POLY-VITA DRO	\$0(3)	NM; *
POLY-VITA/FE DRO	\$0(3)	NM; *
POLY-VITE DRO	\$0(3)	NM; *
POLY-VITE SOL 50MG/ML	\$0(3)	NM; *
POLY-VITE SOL /IRON	\$0(3)	NM; *
POLY-VITE SOL IRON	\$0(3)	NM; *
PORENAL+D CAP OMEGA 3	\$0(3)	NM; *
PRESERVISION CAP AREDS	\$0(3)	NM; *
PRESERVISION CAP AREDS 2	\$0(3)	NM; *
PRESERVISION CAP LUTEIN	\$0(3)	NM; *
PRESERVISION CHW AREDS 2	\$0(3)	NM; *
PRESERVISION TAB AREDS	\$0(3)	NM; *
PRO-CAL TAB	\$0(3)	NM; *
PROCERV HP TAB	\$0(3)	NM; *
PRORENAL +D TAB	\$0(3)	NM; *
PRORENAL+D CAP OMEGA-3	\$0(3)	NM; *
PRORENAL+D TAB	\$0(3)	NM; *
<i>prosght</i>	\$0(3)	NM; *
PROTECT CAP CARDIO	\$0(3)	NM; *
PROTECT CAP PLUS SO	\$0(3)	NM; *
PROTECT IRON LIQ	\$0(3)	NM; *
PROTEGRA CAP	\$0(3)	NM; *
PROXEED PLUS PAK	\$0(3)	NM; *
<i>pureway-c</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>px advanced formula multi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>px b complex/vitamin c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>px childrens vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>px complete senior multiv</i>	\$0(3)	NM; *
<i>px folic acid</i> TABS 400mcg	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>px mens multivitamins</i>	\$0(3)	NM; *
<i>px niacin</i> TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>px vitamin a</i> CAPS 8000unit	\$0(3)	NM; *
<i>px vitamin c</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>px vitamin e</i> CAPS 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>pyridoxine hcl</i> SOLN 100mg/ml; TABS 50mg, 100mg	\$0(3)	NM; *
PYRIDOXINE POW HCL	\$0(3)	NM; *
<i>qc childrens chewable com</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc childrens chewable vit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc daily multivitamins/ir</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc maximum daily multivit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc mens daily multivitami</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc multi-vite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc multi-vite 50 & over</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc therin-m</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc womens daily multivita</i>	\$0(3)	NM; *
QUIN B TAB STRONG	\$0(3)	NM; *
QUINTABS TAB	\$0(3)	NM; *
<i>quintabs-m</i>	\$0(3)	NM; *
QUINTABS-M TAB	\$0(3)	NM; *
RA B-COMPLEX TAB VIT C TR	\$0(3)	NM; *
<i>ra biotin</i> CAPS 2500mcg	\$0(3)	NM; *
<i>ra central-vite womens ma</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra chewable vitamins comp</i>	\$0(3)	NM; *
RA ESSENCE-C POW ORANGE	\$0(3)	NM; *
RA ESSENCE-C POW RASPBRY	\$0(3)	NM; *
RA ESSENCE-C POW TNGERINE	\$0(3)	NM; *
<i>ra folic acid</i> TABS 400mcg, 800mcg	\$0(3)	NM; *
<i>ra niacin</i> TABS 100mg, 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>ra no flush niacin 500</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>ra one daily maximum</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra one daily mens 50+ wit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra one daily mens/vitamin</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ra vitamin a</i> CAPS 10000unit	\$0(3)	NM; *
<i>ra vitamin b-6</i> TABS 50mg, 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>ra vitamin c</i> TABS 250mg, 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>ra vitamin c/rose hips</i> TABS 500mg, 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>ra vitamin d-3</i> CAPS 2000unit, 5000unit; TABS 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>ra vitamin e</i> CAPS 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>radiance platinum vitamin</i> TABS 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>rena-vite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>rena-vite rx</i>	\$0(3)	NM; *
<i>renal caps</i>	\$0(3)	NM; *
<i>renal vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>renaplex</i>	\$0(3)	NM; *
RENAPLEX-D TAB	\$0(3)	NM; *
REPLESTA WAFR 50000unit	\$0(3)	NM; *
REPLESTA NX WAFR 14000unit	\$0(3)	NM; *
<i>sb vitamin c</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>senior tabs</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sentry</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sentry senior</i>	\$0(3)	NM; *
SENTRY TAB	\$0(3)	NM; *
SENTRY TAB SENIOR	\$0(3)	NM; *
<i>sm animal shapes complete</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm animal shapes kids fir</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm antioxidant vitamins</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm b super vitamin comple</i>	\$0(3)	NM; *
SM B-COMPLEX TAB /VIT C	\$0(3)	NM; *
<i>sm biotin</i> CAPS 5000mcg	\$0(3)	NM; *
<i>sm complete</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm complete 50+</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm complete 50+ ultimate</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm complete advanced form</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm complete senior formul</i>	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sm folic acid</i> TABS 400mcg	\$0(3)	NM; *
<i>sm hair/skin/nails</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm multiple vitamins esse</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm multiple vitamins/iron</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm niacin cr</i> TBCR 250mg	\$0(3)	NM; *
SM ONE DAILY TAB MENS	\$0(3)	NM; *
SM ONE DAILY TAB WOMENS	\$0(3)	NM; *
<i>sm opti-vitamins</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm super b complex-vitami</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm vit c/rose hips</i> TABS 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin b6</i> TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin b complex with</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin b-6</i> TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin c</i> TABS 250mg, 500mg, 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin c/rose hips</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin d</i> TABS 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin d3</i> CAPS 50mcg, 2000unit; TABS 1000unit	\$0(3)	NM; *
SM VITAMIN D3 MAXIMUM STR CAPS 4000unit	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin e</i> CAPS 200unit, 400unit, 1000unit	\$0(3)	NM; *
SOLO TAB	\$0(3)	NM; *
<i>soluvita e</i> SOLN 15.8mg/0.7ml	\$0(3)	NM; *
SPECTRAVITE CHW ADLT 50+	\$0(3)	NM; *
SPECTRAVITE TAB	\$0(3)	NM; *
SPECTRAVITE TAB ADLT 50+	\$0(3)	NM; *
SPECTRAVITE TAB ADULTS	\$0(3)	NM; *
SPECTRAVITE TAB MEN 50+	\$0(3)	NM; *
SPECTRAVITE TAB ULT MEN	\$0(3)	NM; *
SPECTRAVITE TAB ULT WMN	\$0(3)	NM; *
<i>stress b-complex/vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stress b/zinc</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stress formula</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>stress formula/iron</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stress formula/zinc</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stresstabs advanced</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stresstabs energy</i>	\$0(3)	NM; *
STROVITE ONE TAB	\$0(3)	NM; *
SUPER ANTIOX CAP	\$0(3)	NM; *
<i>super antioxidant/a/c/e/s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super aytinal 50 plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super aytinal for active</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super b with c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super b-complex/folic aci</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super b-complex/vitamin c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super biotin CAPS 5000mcg</i>	\$0(3)	NM; *
SUPER DAILY D3 LIQD 1000ut/0.028ml, 2000ut/0.028ml	\$0(3)	NM; *
<i>super multiple</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super thera vite m</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super vita-mins</i>	\$0(3)	NM; *
SYSTANE ICAP CHW AREDS2	\$0(3)	NM; *
SYSTANE ICAP TAB AREDS2	\$0(3)	NM; *
<i>systane icaps areds2</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tab-a-vite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tab-a-vite multivitamin/i</i>	\$0(3)	NM; *
TAB-A-VITE TAB IRON/BET	\$0(3)	NM; *
<i>tab-a-vite w/beta caroten</i>	\$0(3)	NM; *
THERA M PLUS TAB	\$0(3)	NM; *
THERA TAB	\$0(3)	NM; *
<i>thera vital m</i>	\$0(3)	NM; *
<i>thera-d 2000 TABS 2000unit</i>	\$0(3)	NM; *
THERA-D 4000 TABS 4000unit	\$0(3)	NM; *
<i>thera-d rapid repletion TABS 2000unit</i>	\$0(3)	NM; *
THERA-M TAB	\$0(3)	NM; *
<i>thera-tabs</i>	\$0(3)	NM; *
THERA-TABS M TAB	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>therabasic-m</i>	\$0(3)	NM; *
THERAGRAN-M TAB	\$0(3)	NM; *
THERAGRAN-M TAB 50 PLUS	\$0(3)	NM; *
THERAGRAN-M TAB ADVANCED	\$0(3)	NM; *
THERAGRAN-M TAB PREMIER	\$0(3)	NM; *
THERAMILL CAP FORTE	\$0(3)	NM; *
<i>therapeutic formula/hemat</i>	\$0(3)	NM; *
<i>therapeutic-m</i>	\$0(3)	NM; *
<i>theratrum complete</i>	\$0(3)	NM; *
<i>theratrum complete 50 plu</i>	\$0(3)	NM; *
THEREMS TAB MULTIVIT	\$0(3)	NM; *
THEREMS-M TAB	\$0(3)	NM; *
<i>thiamine hcl SOLN 100mg/ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>totalday multiple</i>	\$0(3)	NM; *
TRI-VI-SOL SOL A/C/D	\$0(3)	NM; *
<i>tri-vite pediatric</i>	\$0(3)	NM; *
<i>triphrocaps</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tropical liquid nutrition</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ultra choice multivitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ultra freeda</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ultra freeda/iron</i>	\$0(3)	NM; *
ULTRA MEGA G TAB 75MG CR	\$0(3)	NM; *
ULTRA MEGA G TAB 100MG	\$0(3)	NM; *
ULTRA MEGA TAB 75MG CR	\$0(3)	NM; *
ULTRA MEGA TAB TWO	\$0(3)	NM; *
ULTRA POTENC TAB WOMEN 50	\$0(3)	NM; *
<i>ultrachoice advanced form</i>	\$0(3)	NM; *
UPSPRING BABY VITAMIN D LIQD 400ut/0.025ml	\$0(3)	NM; *
UPSPRINGBABY DRO MV/IRON	\$0(3)	NM; *
VENEXA FE TAB	\$0(3)	NM; *
VENEXA TAB	\$0(3)	NM; *
VENTRIXYL FE TAB	\$0(3)	NM; *
VENTRIXYL TAB	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>virt-caps</i>	\$0(3)	NM; *
<i>virt-gard</i>	\$0(3)	NM; *
<i>vision formula/lutein</i>	\$0(3)	NM; *
VISION HEALT CAP	\$0(3)	NM; *
<i>vision vitamins</i>	\$0(3)	NM; *
VISTA ADVAN CAP AREDS2	\$0(3)	NM; *
VISTA ADVAN CAP DRY EYE	\$0(3)	NM; *
<i>vita hair</i>	\$0(3)	NM; *
VITABASIC COMPLETE	\$0(3)	NM; *
VITABASIC SENIOR	\$0(3)	NM; *
VITABEX PLUS CAP	\$0(3)	NM; *
VITACHEW CHW ADULT	\$0(3)	NM; *
VITACHEW MULTIPLE VITAMIN	\$0(3)	NM; *
VITACRAVES CHW IMMUNITY	\$0(3)	NM; *
VITACRAVES CHW MENS	\$0(3)	NM; *
VITACRAVES CHW SOUR GUM	\$0(3)	NM; *
VITACRAVES CHW WOMENS	\$0(3)	NM; *
<i>vitajoy daily d gummies</i> CHEW 1000unit	\$0(3)	NM; *
VITAL-D RX TAB	\$0(3)	NM; *
<i>vitalee</i>	\$0(3)	NM; *
VITALETS CHW CHILD	\$0(3)	NM; *
VITAMI A-C-D DRO INF/TODD	\$0(3)	NM; *
VITAMI A-C-D DRO INFANT	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin a</i> CAPS 8000unit, 10000unit; TABS 10000unit	\$0(3)	NM; *
VITAMIN A PALMITATE TABS 15000unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin b complex-c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin b complex/vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
VITAMIN C TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
VITAMIN D2 CAPS 2000unit; TABS 400unit, 2000unit	\$0(3)	NM; *
VITAMIN D3 LIQD 1000unit/spray, 1200unit/15ml, 5000unit/0.5ml, 5000unit/ml; TABS 3000unit, 10000unit; TBDP 5000unit	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VITRANOL FE TAB	\$0(3)	NM; *
VITRANOL TAB	\$0(3)	NM; *
VITREXATE FE TAB	\$0(3)	NM; *
VITREXATE TAB	\$0(3)	NM; *
VITREXYL TAB	\$0(3)	NM; *
VITREXYL TAB IRON	\$0(3)	NM; *
<i>vitrum senior</i>	\$0(3)	NM; *
VITRUM TAB SENIOR	\$0(3)	NM; *
<i>vp-vite rx</i>	\$0(3)	NM; *
<i>weekly-d CAPS 1.25mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>wescaps</i>	\$0(3)	NM; *
<i>westab one</i>	\$0(3)	NM; *
<i>womens 50+ advanced</i>	\$0(3)	NM; *
WOMENS 50+ TAB MULTIVIT	\$0(3)	NM; *
<i>womens daily formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>womens daily formula/fofi</i>	\$0(3)	NM; *
WOMENS DAILY PAK PACK	\$0(3)	NM; *
WOMENS MULT CHW GUMMIES	\$0(3)	NM; *
<i>womens multi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>womens multivitamin</i>	\$0(3)	NM; *
WOMENS PAK	\$0(3)	NM; *
XCELLENT E CAP 33.5MG	\$0(3)	NM; *
YELETS TEEN TAB FORMULA	\$0(3)	NM; *
<i>yl beta carotene CAPS 25000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>yl folic acid TABS 400mcg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>yl vitamin b-6 TABS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>yl vitamin c TABS 1000mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>yl vitamin c/rose hips TABS 500mg, 1000mg</i>	\$0(3)	NM; *
YOUR LIFE CHW GUMMIES	\$0(3)	NM; *
ZELDANA CAP	\$0(3)	NM; *
ZINC LOZ	\$0(3)	NM; *
ZINTREXYL-C TAB	\$0(3)	NM; *
<i>zoo friends/extra c</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OPHTHALMIC - DRUGS TO TREAT EYE CONDITIONS		
ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY - DRUGS TO TREAT INFECTIONS AND INFLAMMATION		
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	\$0(1)	
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	\$0(1)	
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	\$0(1)	
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	\$0(2)	
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	\$0(2)	
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	\$0(1)	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	\$0(2)	
ANTI-INFECTIVES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>bacitracin (ophthalmic) OINT 500unit/gm</i>	\$0(1)	
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	\$0(1)	
BESIVANCE SUSP .6%	\$0(2)	
CILOXAN OINT .3%	\$0(2)	
<i>ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%</i>	\$0(1)	
<i>erythromycin (ophth) OINT 5mg/gm</i>	\$0(1)	
<i>gatifloxacin (ophth) SOLN .5%</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%</i>	\$0(1)	
<i>moxifloxacin hcl (ophth) SOLN .5%</i>	\$0(1)	
NATACYN SUSP 5%	\$0(2)	
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ofloxacin (ophth) SOLN .3%</i>	\$0(1)	
<i>polycin ophth oint</i>	\$0(1)	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	\$0(1)	
<i>sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%</i>	\$0(1)	
<i>tobramycin (ophth) SOLN .3%</i>	\$0(1)	
<i>trifluridine SOLN 1%</i>	\$0(1)	
XDEMY SOLN .25%	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ZIRGAN GEL .15%	\$0(2)	
ANTI-INFLAMMATORIES - DRUGS TO TREAT INFLAMMATION		
ALREX SUSP .2%	\$0(2)	
<i>bromfenac sodium (ophth) SOLN .07%, .075%</i>	\$0(1)	
BROMSITE SOLN .075%	\$0(2)	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%</i>	\$0(1)	
<i>diclofenac sodium (ophth) SOLN .1%</i>	\$0(1)	
EYSUVIS SUSP .25%	\$0(2)	
FLAREX SUSP .1%	\$0(2)	
<i>fluorometholone (ophth) SUSP .1%</i>	\$0(1)	
<i>flurbiprofen sodium SOLN .03%</i>	\$0(1)	
<i>ketorolac tromethamine (ophth) SOLN .4%, .5%</i>	\$0(1)	
LOTEMAX OINT .5%	\$0(2)	
<i>loteprednol etabonate SUSP .2%</i>	\$0(1)	
<i>prednisolone acetate (ophth) SUSP 1%</i>	\$0(1)	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	\$0(2)	
PROLENSA SOLN .07%	\$0(2)	
ANTIALLERGICS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
<i>alaway SOLN .035%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>alaway childrens allergy SOLN .035%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>azelastine hcl (ophth) SOLN .05%</i>	\$0(1)	
<i>cromolyn sodium (ophth) SOLN 4%</i>	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>eye itch relief</i> SOLN .035%	\$0(3)	NM; *
<i>ketotifen fumarate (ophth)</i> SOLN .035%	\$0(3)	NM; *
<i>sm eye itch relief</i> SOLN .035%	\$0(3)	NM; *
ZERVIAE SOLN .24%	\$0(2)	
ANTIGLAUCOMA - DRUGS TO TREAT GLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl (ophth)</i> SOLN .5%	\$0(1)	
BETOPTIC-S SUSP .25%	\$0(2)	
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .15%, .2%	\$0(1)	
<i>brinzolamide</i> SUSP 1%	\$0(1)	
<i>carteolol hcl (ophth)</i> SOLN 1%	\$0(1)	
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	\$0(2)	
<i>dorzolamide hcl</i> SOLN 2%	\$0(1)	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln</i> 2-0.5%	\$0(1)	
<i>latanoprost</i> SOLN .005%	\$0(1)	
<i>levobunolol hcl</i> SOLN .5%	\$0(1)	
LUMIGAN SOLN .01%	\$0(2)	
<i>pilocarpine hcl</i> SOLN 1%, 2%, 4%	\$0(1)	
RHOPRESSA SOLN .02%	\$0(2)	
ROCKLATAN DRO	\$0(2)	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	\$0(2)	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLG .25%, .5%; SOLN .25%, .5%	\$0(1)	
VYZULTA SOLN .024%	\$0(2)	
MISCELLANEOUS		
<i>artificial tears</i>	\$0(3)	NM; *
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	\$0(2)	
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i> SOLN 1%	\$0(1)	
<i>carboxymethylcellulose sodium (ophth)</i> SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
CYSTADROPS SOLN .37%	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
CYSTARAN SOLN .44%	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>dry eye relief</i> GEL 1%	\$0(3)	NM; *
<i>dry eye relief drops</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FRESHKOTE PF SOL 2.7-2%	\$0(3)	NM; *
FRESHKOTE SOL 2.7-2%	\$0(3)	NM; *
GENTEAL SEVERE TEARS GEL .3%	\$0(3)	NM; *
GENTEAL TEAR SOL MOD PF	\$0(3)	NM; *
GENTEAL TEAR SOL PF	\$0(3)	NM; *
<i>genteal tears liquid drop</i>	\$0(3)	NM; *
<i>genteal tears night-time</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp artificial tears</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp lubricating plus eye SOLN .5%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense lubricating plu SOLN .5%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm dry eye relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm lubricating tears</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lubricant eye drops SOLN .5%, .6%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lubricant eye nighttime</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lubricating eye drops</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lubricating plus eye drop SOLN .5%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lubricating tears eye dro</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lubrifresh p.m.</i>	\$0(3)	NM; *
MIEBO SOLN 1.338gm/ml	\$0(2)	
MURO 128 SOLN 2%	\$0(3)	NM; *
<i>polyvinyl alcohol SOLN 1.4%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>proparacaine hcl SOLN .5%</i>	\$0(1)	
<i>refresh celluvisc GEL 1%</i>	\$0(3)	NM; *
REFRESH DRO OP	\$0(3)	NM; *
REFRESH DRO RELIEVA	\$0(3)	NM; *
REFRESH GEL OPTIVE	\$0(3)	NM; *
<i>refresh lacri-lube</i>	\$0(3)	NM; *
REFRESH OPT SOL MEGA-3	\$0(3)	NM; *
REFRESH OPTI DRO 0.5-0.9%	\$0(3)	NM; *
REFRESH RELI DRO 0.5-0.9%	\$0(3)	NM; *
REFRESH SOL DIGITAL	\$0(3)	NM; *
REFRESH SOL OPTIVE	\$0(3)	NM; *
RESTASIS EMUL .05%	\$0(2)	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	\$0(2)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sm dry eye relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm lubricant eye drops</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm lubricating plus SOLN .5%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm lubricating tears</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sodium chloride hypertonic OINT 5%; SOLN 5%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>systane nighttime</i>	\$0(3)	NM; *
TYRVAYA SOLN .03mg/act	\$0(2)	
<i>ultra lubricating eye dro</i>	\$0(3)	NM; *
XIIDRA SOLN 5%	\$0(2)	
OTIC - DRUGS TO TREAT CONDITIONS OF THE EAR		
OTIC AGENTS		
<i>acetic acid (otic) SOLN 2%</i>	\$0(1)	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	\$0(1)	
<i>flac OIL .01%</i>	\$0(1)	
<i>fluocinolone acetonide (otic) OIL .01%</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	\$0(1)	
<i>ofloxacin (otic) SOLN .3%</i>	\$0(1)	
RESPIRATORY - DRUGS TO TREAT BREATHING DISORDERS		
ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT COPD		
ANORO ELLIPT AER 62.5-25	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
BEVESPI AER 9-4.8MCG	\$0(2)	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE	\$0(2)	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	\$0(2)	QL (4 inhalers / 28 days)
COMBIVENT AER 20-100	\$0(2)	QL (2 inhalers / 30 days)
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	\$0(1)	B/D
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
ANTICHOLINERGICS - DRUGS TO TREAT COPD		
ATROVENT HFA AERS 17mcg/act	\$0(2)	QL (2 inhalers / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh	\$0(2)	QL (30 blisters / 30 days)
<i>ipratropium bromide</i> SOLN .02%	\$0(1)	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal)</i> SOLN .03%, .06%	\$0(1)	
ANTIHISTAMINES - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
ALA-HIST IR TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>all day allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>all day allergy childrens</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>all-day allergy childrens</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>aller-chlor</i> TABS 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>allergy</i> TABS 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>allergy 24-hr</i> TABS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>allergy childrens</i> LIQD 12.5mg/5ml; SOLN 5mg/5ml; SUSP 30mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief</i> CAPS 10mg, 25mg; CHEW 25mg; TABS 4mg, 5mg, 10mg, 25mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief 24hr</i> TABS 5mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief childrens</i> LIQD 12.5mg/5ml; SOLN 1mg/ml, 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief/indoor/out</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>azelastine hcl</i> SOLN .1%	\$0(1)	
<i>banophen</i> CAPS 25mg, 50mg; TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hcl</i> CHEW 5mg, 10mg; TABS 5mg, 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hcl</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(1)	QL (300 mL / 30 days)
<i>cetirizine hcl allergy ch</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hcl childrens</i> SOLN 1mg/ml, 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hydrochloride</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>childrens loratadine</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>chlorpheniramine maleate</i> TABS 4mg; TBCR 12mg	\$0(3)	NM; *
<i>complete allergy medicine</i> CAPS 25mg	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ciproheptadine hcl</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>diphenhydramine hcl</i> CAPS 25mg, 50mg; LIQD 12.5mg/5ml, 25mg/10ml; TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>diphenhydramine hcl</i> SOLN 50mg/ml	\$0(1)	
<i>ed chlorped jr</i> SYRP 2mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>fexofenadine hcl</i> TABS 60mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp all day allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp all day allergy child</i> SOLN 1mg/ml, 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp all day allergy relie</i> CAPS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy</i> TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy relief</i> CAPS 25mg; CHEW 12.5mg; TABS 4mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy relief 24 hou</i> TABS 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy relief maximu</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp childrens allergy</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp loratadine</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 10mg; TBDP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp loratadine childrens</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense all day allergy</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense aller-ease</i> TABS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense allergy relief</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
HISTEX SYRP 2.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm all day allergy childr</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm allergy relief</i> CAPS 25mg; TABS 4mg, 10mg, 60mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm cetirizine hydrochlori</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm fexofenadine hydrochlo</i> TABS 60mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm loratadine</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm loratadine childrens</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>12hr allergy relief</i> TABS 60mg	\$0(3)	NM; *
<i>24hr allergy relief</i> TABS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>hydroxyzine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml; SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>hydroxyzine pamoate</i> CAPS 25mg, 50mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> SOLN 2.5mg/5ml	\$0(1)	QL (300 mL / 30 days)
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> TABS 5mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> TABS 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>loratadine</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>loratadine childrens</i> CHEW 5mg; SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>m-dryl</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
MICLARA LQ LIQD 1.25mg/5ml	\$0(3)	NM; *
PEDIACLEAR PD CHILDRENS LIQD .625mg/ml	\$0(3)	NM; *
PEDIAVENT SYRP 2mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>pharbedryl</i> CAPS 25mg, 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc all day allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc allergy childrens</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc allergy relief</i> TBDP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc childrens allergy</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc loratadine allergy rel</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sb allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sb loratadine</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>siladryl allergy</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm all day allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm all day allergy childr</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm all day allergy relief</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy 4 hour</i> TABS 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy childrens</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy relief</i> TABS 25mg, 60mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy relief childre</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm childrens loratadine</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sm fexofenadine hydrochlo</i> TABS 60mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm loratadine</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm loratadine allergy rel</i> TBDP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>triprolidine hcl</i> LIQD .938mg/ml	\$0(3)	NM; *
BETA AGONISTS - DRUGS TO TREAT ASTHMA AND COPD		
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proair HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proventil HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Ventolin HFA)
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .083%, .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	\$0(1)	B/D
<i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 2mg, 4mg	\$0(1)	
<i>levalbuterol hcl</i> NEBU .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	\$0(1)	B/D
<i>levalbuterol tartrate</i> AERO 45mcg/act	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days), ST
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose	\$0(2)	QL (60 inhalations / 30 days)
<i>terbutaline sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg	\$0(1)	
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act	\$0(2)	QL (2 inhalers / 30 days)
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act	\$0(2)	QL (6 inhalers / 30 days)
COUGH AND COLD		
ALAHIST CF TAB 10-2-20	\$0(3)	NM; *
ALAHIST D TAB	\$0(3)	NM; *
ALAHIST DM LIQ 7.5-2-15	\$0(3)	NM; *
ALAHIST PE TAB 2-7.5MG	\$0(3)	NM; *
<i>all day sinus & cold-d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>all-nite cold & flu night</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy & congestion reli</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy multi-symptom</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief d</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>allergy relief d-12</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief d-24</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief/nasal deco</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antihistamine/nasal decon</i>	\$0(3)	NM; *
AQUANAZ TAB	\$0(3)	NM; *
BENZEDREX INH	\$0(3)	NM; *
<i>benzonatate</i> CAPS 100mg, 150mg, 200mg	\$0(3)	NM; *
CAPCOF SYP 5-2-10MG	\$0(3)	NM; *
CAPMIST DM TAB	\$0(3)	NM; *
CAPRON DM LIQ	\$0(3)	NM; *
CAPRON DMT TAB 30-30MG	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine-pseudoephedrine tab er 12hr</i> <i>5-120 mg</i>	\$0(3)	NM; *
CGH/CHEST SYP CONG DM	\$0(3)	NM; *
<i>chest congestion relief</i> LIQD 100mg/5ml; TABS 400mg	\$0(3)	NM; *
<i>chest congestion relief d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>chest congestion relief p</i>	\$0(3)	NM; *
<i>childrens mucus relief co</i>	\$0(3)	NM; *
<i>childrens pain relief plu</i>	\$0(3)	NM; *
CHLO HIST SOL	\$0(3)	NM; *
CHLO TUSS LIQ	\$0(3)	NM; *
CHLOR/DEXCH LIQ PSE	\$0(3)	NM; *
COLD & ALLER LIQ CHILDREN	\$0(3)	NM; *
<i>cold & cough childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cold & flu nighttime reli</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cold & flu relief daytime</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cold & flu relief nightti</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cold & sinus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cold relief plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cold/cough childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cold/flu daytime relief</i>	\$0(3)	NM; *
CONEX SOL CLD/ALRG	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CONEX TAB 2-60MG	\$0(3)	NM; *
<i>cough & cold</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cough & cold hbp</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cough dm</i> SUER 30mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>cough dm childrens</i> SUER 30mg/5ml	\$0(3)	NM; *
DAY CLEAR CHW ALGY/CGH	\$0(3)	NM; *
DAYCLEAR TAB 25-50MG	\$0(3)	NM; *
<i>daytime cold & flu relief</i>	\$0(3)	NM; *
DECONEX DMX TAB	\$0(3)	NM; *
DECONEX IR TAB 10-385MG	\$0(3)	NM; *
DELSYM TABS 15mg	\$0(3)	NM; *
DELSYM CGH LIQ SR THRT	\$0(3)	NM; *
DELSYM CHILD LIQ CGH/ST	\$0(3)	NM; *
DELSYM CHILD MIS DAY/NGHT	\$0(3)	NM; *
<i>delsym cough + chest cong</i>	\$0(3)	NM; *
<i>delsym cough + cold night</i>	\$0(3)	NM; *
DELSYM MIS DAY/NGHT	\$0(3)	NM; *
DELSYM NIGHT SOL CGH/MAX	\$0(3)	NM; *
<i>dexbrompheniramine-phenylephrine tab 2-10 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dextromethorphan hbr</i> CAPS 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>dextromethorphan polistirex</i> SUER 30mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>dextromethorphan-guaifenesin syrup 10-100 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dimaphen dm cold & cough</i>	\$0(3)	NM; *
DOLOGESIC TAB 1-500MG	\$0(3)	NM; *
DOLOGESIC-DF TAB 1-500MG	\$0(3)	NM; *
<i>doxylamine-phenylephrine tab 7.5-10 mg</i>	\$0(3)	NM; *
DURAFLU TAB	\$0(3)	NM; *
<i>ed a-hist</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ed a-hist dm</i>	\$0(3)	NM; *
ED A-HIST DM TAB 10-4-10	\$0(3)	NM; *
ED BRON GP LIQ	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>endacof-dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fexofenadine-pseudoephedrine tab er 12hr 60-120 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fexofenadine-pseudoephedrine tab er 24hr 180-240 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>flu hbp</i>	\$0(3)	NM; *
<i>flu/severe cold & cough d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp all day allergy-d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy & congestion</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy multi-symptom</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp cold & cough children</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp cough dm er SUER 30mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp day time cold/flu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mucus dm maximum stre</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mucus er TB12 600mg, 1200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mucus relief TABS 400mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mucus relief dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mucus relief pe</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal decongestant TABS 30mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal decongestant pe TABS 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal decongestant/ma TABS 30mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal four spray SOLN 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal spray SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal spray extra moi SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal spray fast acti SOLN 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp night time cold & flu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp night time cough</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp no drip nasal spray SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pseudoephedrine hcl 1 TB12 120mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pseudoephedrine hcl e TB12 120mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp sinus + headache for</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp sinus pressure/pain</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tab tussin TABS 400mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tab tussin dm</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp tussin cf cough & col</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tussin cough long act</i> SYRP 15mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tussin dm cough</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tussin dm cough/chest</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tussin dm max</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tussin mucus & chest</i> LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense cough dm</i> SUER 30mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense cough dm childr</i> SUER 30mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense day time cold &</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense daytime cold &</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense mucus relief ch</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense nighttime cold</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense nighttime cough</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense tussin cf</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense tussin dm coug</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense tussin dm max</i>	\$0(3)	NM; *
<i>guaifenesin</i> LIQD 100mg/5ml; TABS 200mg; TB12 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>guaifenesin ac</i>	\$0(3)	NM; *
<i>guaifenesin-codeine soln</i> 100-10 mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>head congestion/mucus</i>	\$0(3)	NM; *
HISTEX-DM SYP	\$0(3)	NM; *
<i>hm allergy relief & nasal</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm chest congestion relie</i> TABS 400mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm cold & cough childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm cold & sinus relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm cough dm</i> SUER 30mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm daytime severe cold/fl</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm mucus relief dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm nasal decongestant</i> 12 TB12 120mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm nasal decongestant pe</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm night time cold & flu</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hm nighttime cold & flu r</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm nose drops extra stren SOLN 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>12 hour decongestant TB12 120mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>12 hour nasal decongestan TB12 120mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>12 hour nasal spray SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>24hr allergy & congestion</i>	\$0(3)	NM; *
<i>12hr allergy/congestion r</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocod polst-chlorphen polst er susp 10-8 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocodone bitart-homatropine methylbrom soln 5-1.5 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocodone bitart-homatropine methylbromide tab 5-1.5 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hydromet</i>	\$0(3)	NM; *
LOHIST-D LIQ	\$0(3)	NM; *
LOHIST-DM SYP 5-2-10MG	\$0(3)	NM; *
<i>loratadine-d 12hr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>loratadine-d 24hr</i>	\$0(3)	NM; *
LORTUSS LQ LIQ	\$0(3)	NM; *
M-CLEAR WC LIQ 100-6.33	\$0(3)	NM; *
M-END DMX LIQ	\$0(3)	NM; *
M-END PE LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>mapap cold formula multi-</i>	\$0(3)	NM; *
MAR-COF BP LIQ 30-2-7.5	\$0(3)	NM; *
MAR-COF CG LIQ 225-7.5	\$0(3)	NM; *
<i>maxi-tuss ac</i>	\$0(3)	NM; *
<i>maxi-tuss g</i>	\$0(3)	NM; *
<i>maxi-tuss gmx</i>	\$0(3)	NM; *
MAXI-TUSS JR LIQ	\$0(3)	NM; *
MAXI-TUSS LIQ CD	\$0(3)	NM; *
MAXI-TUSS PE LIQ	\$0(3)	NM; *
MAXI-TUSS PE LIQ JR	\$0(3)	NM; *
MAXI-TUSS PE LIQ MAX	\$0(3)	NM; *
MAXI-TUSS TR LIQ 1.25-30	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MAXICHLOR TAB PEH DM	\$0(3)	NM; *
MAXIFED TAB 60-360MG	\$0(3)	NM; *
MAXIFED TR TAB 1.25-30	\$0(3)	NM; *
MICLARA DM LIQ	\$0(3)	NM; *
MUCINEX CGH GRA 5-100MG	\$0(3)	NM; *
MUCINEX CHIL LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex childrens freefor</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex childrens stuffy SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
MUCINEX CHLD MIS DAY/NITE	\$0(3)	NM; *
MUCINEX CNG/ TAB CG/CD/FL	\$0(3)	NM; *
MUCINEX COLD CAP FLU/THRT	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex cough & chest con</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex cough childrens</i>	\$0(3)	NM; *
MUCINEX D/N CAP CLD/FLU	\$0(3)	NM; *
MUCINEX D/N PAK FAST/MAX	\$0(3)	NM; *
MUCINEX FAST CAP COLD/FLU	\$0(3)	NM; *
MUCINEX FAST TAB 5-10-200	\$0(3)	NM; *
MUCINEX FAST TAB DAY/NITE	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex fast-max chest co LIQD 400mg/20ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex fast-max cold & s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex fast-max cold/flu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex fast-max congesti</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex fast-max dm max</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex fast-max dm max m</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex fast-max night ti</i>	\$0(3)	NM; *
MUCINEX FOR KIDS PACK 100mg	\$0(3)	NM; *
MUCINEX FREE LIQ CLD/FLU	\$0(3)	NM; *
MUCINEX FREE LIQ CLG/FLU	\$0(3)	NM; *
MUCINEX FREE LIQ DAY/NIGH	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex freefrom cold, fl</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex freefrom severe c</i>	\$0(3)	NM; *
MUCINEX NIGH SOL CLEAR	\$0(3)	NM; *
MUCINEX NIGH SOL COLD/FLU	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MUCINEX NIGH SOL SV CD/FL	\$0(3)	NM; *
MUCINEX NIGH TAB COLD/FLU	\$0(3)	NM; *
MUCINEX NIGH TAB SIN MAX	\$0(3)	NM; *
MUCINEX NIGH TAB SV CD/FL	\$0(3)	NM; *
MUCINEX SIN CAP DAY/NGHT	\$0(3)	NM; *
MUCINEX SINS CAP PR/PN/CG	\$0(3)	NM; *
MUCINEX SINU TAB DAY/NITE	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex sinus-max</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex sinus-max clear & SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex sinus-max night t</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex sinus-max severe</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex sinus-max sinus/a SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
MUCINEX SOL NIGHT	\$0(3)	NM; *
<i>mucus & chest congestion LIQD 100mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief TB12 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief cough childr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief dm cough</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief dm maximum s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief er TB12 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief maximum stre TB12 1200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief pe sinus con</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus-dm maximum strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi symptom flu & sever</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nasal decongestant TABS 30mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nasal decongestant pe TABS 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nasal decongestant pe max TABS 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nasal decongestant spray SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nasal four SOLN 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nasal relief SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nasal spray 12 hour SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **NDS** - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nasal spray extra moistur SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nasal spray no drip SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
NASOPEN PE LIQ	\$0(3)	NM; *
NEO-SYNEPHRINE COLD+ALLER SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
<i>nighttime cold/flu relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nighttime cough</i>	\$0(3)	NM; *
NINJACOF LIQ	\$0(3)	NM; *
NINJACOF-A LIQ	\$0(3)	NM; *
NINJACOF-XG LIQ 200-8/5	\$0(3)	NM; *
NIVANEX DMX TAB	\$0(3)	NM; *
<i>no drip nasal spray SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nohist-dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nohist-lq</i>	\$0(3)	NM; *
NOREL AD TAB 4-10-325	\$0(3)	NM; *
<i>phenylephrine hcl (oral) TABS 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>phenylephrine w/ dm-gg liqd 10-18-200 mg/15ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>phenylephrine w/ dm-gg tab 10-17.5-385 mg</i>	\$0(3)	NM; *
POLY HIST FO TAB 10.5-10	\$0(3)	NM; *
POLY-HIST DM LIQ 5-25-10	\$0(3)	NM; *
POLY-TUSSIN LIQ 10-4-10	\$0(3)	NM; *
POLY-VENT DM TAB	\$0(3)	NM; *
POLY-VENT IR TAB 60-380MG	\$0(3)	NM; *
POLYTUSSIN LIQ DM	\$0(3)	NM; *
PRO-RED AC SYP 5-1-9/5	\$0(3)	NM; *
<i>promethazine vc/codeine</i>	\$0(3)	NM; *
<i>promethazine w/ codeine syrup 6.25-10 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>promethazine-dm syrup 6.25-15 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pseudoephed-bromphen-dm syrup 30-2-10 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pseudoephedrine hcl TABS 30mg, 60mg; TB12 120mg</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pseudoephedrine-guaifenesin tab er 12hr 60-600 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pseudoephedrine-guaifenesin tab er 12hr 120-1200 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc ibuprofen cold/sinus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc loratadine-d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc medifin 400 TABS 400mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc medifin dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc mucus relief TB12 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc mucus relief er 12 hou TB12 1200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc nasal decongestant max TABS 30mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc suphedrine maximum str TB12 120mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc tussin cf</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc tussin dm cough & ches</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc tussin expectorant adu LIQD 100mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc tussin mucus + chest c LIQD 100mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>robafen cf multi-symptom</i>	\$0(3)	NM; *
<i>robafen dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>robafen mucus/chest conge LIQD 200mg/10ml</i>	\$0(3)	NM; *
RU-HIST D TAB 4-10MG	\$0(3)	NM; *
RYDEX LIQ	\$0(3)	NM; *
RYMED TAB 2-10MG	\$0(3)	NM; *
<i>rynex dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>rynex pe</i>	\$0(3)	NM; *
<i>rynex pse</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb 12hr nasal spray SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb cough control LIQD 100mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb coughtab TABS 200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb mucus relief dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb mucus relief pe</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb tab tussin dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>severe cold & flu</i>	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>severe cold/cough</i>	\$0(3)	NM; *
<i>siltussin sa LIQD 100mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>siltussin-dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sinus + headache</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sinus congestion/pain</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sinus nasal spray SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sinus pressure/pain/adult</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sinus relief extra streng SOLN 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sinus relief severe conge</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm 12 hour sinus deconges TB12 120mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm all day allergy-d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm chest congestion relie TABS 400mg</i>	\$0(3)	NM; *
SM CLD/ALLER LIQ CHILDREN	\$0(3)	NM; *
<i>sm cold & cough dm childr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm cold & flu severe</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm cold & sinus relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm day time cold & flu re</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm guaifenesin/pseudoephe</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm lorata-dine d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm loratadine d 12hr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm mucus relief TB12 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm mucus relief maximum s TB12 1200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm mucus relief/12 hour TB12 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal decongestant max TABS 30mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal decongestant pe TABS 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal spray SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal spray 12 hour SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal spray moisturizi SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal spray sinus SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm nite time cold & flu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm nose drops nasal decon SOLN 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm sinus severe for adult</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm tussin cf</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sm tussin dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm tussin dm cough/chest</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm tussin dm max/cough +</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm tussin mucus + chest c LIQD 100mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sodium chloride (inhalant) AERS .9%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>soothing - 12 hour nasal SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
STAHIST AD TAB 25-60MG	\$0(3)	NM; *
STAHIST TP TAB 2.5-10MG	\$0(3)	NM; *
<i>sudogest TABS 30mg, 60mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sudogest 12 hour TB12 120mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sudogest maximum strength TABS 30mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sudogest sinus & allergy</i>	\$0(3)	NM; *
<i>suphedrine 12hour maximum TB12 120mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>theraflu expressmax sever</i>	\$0(3)	NM; *
THERAFLU FLU PAK SORE THR	\$0(3)	NM; *
<i>triaminic fever & cold mu</i>	\$0(3)	NM; *
TRIAMINIC SOL COLD/CGH	\$0(3)	NM; *
TRIAMINIC SYP COLD/CGH	\$0(3)	NM; *
TUSNEL C SYP	\$0(3)	NM; *
<i>tusnel diabetic</i>	\$0(3)	NM; *
TUSNEL DM LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>tusnel dm pediatric</i>	\$0(3)	NM; *
TUSNEL LIQ	\$0(3)	NM; *
TUSNEL PED DRO 7.5-50	\$0(3)	NM; *
TUSNEL PEDI LIQ 15-5-50	\$0(3)	NM; *
TUSNEL PEDIA LIQ	\$0(3)	NM; *
TUSNEL TAB	\$0(3)	NM; *
TUSNEL-DM DRO PEDIATRC	\$0(3)	NM; *
TUSNEL-DM LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>tusnel-ex LIQD 100mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin cf</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin cf severe multi-sy</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin cough SYRP 15mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tussin dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin dm cough + chest c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin dm maximum strengt</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin mucus & chest cong LIQD</i> 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>tussin mucus + chest cong LIQD</i> 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>tussin multi-symptom cold</i>	\$0(3)	NM; *
VANACOF DMX LIQ	\$0(3)	NM; *
VANACOF LIQ	\$0(3)	NM; *
VANATAB DM TAB 5-9-198	\$0(3)	NM; *
<i>4-way fast acting SOLN 1%</i>	\$0(3)	NM; *
WESTUSSIN DM SYP	\$0(3)	NM; *
LEUKOTRIENE MODULATORS		
<i>montelukast sodium CHEW 4mg, 5mg;</i> <i>PACK 4mg; TABS 10mg</i>	\$0(1)	
<i>zafirlukast TABS 10mg, 20mg</i>	\$0(1)	
MISCELLANEOUS		
<i>acetylcysteine SOLN 10%, 20%</i>	\$0(1)	B/D
AERCHMBR PLS MIS FLOW-VU	\$0(3)	NM; *
AERCHMBR PLS MIS LRG MASK	\$0(3)	NM; *
AERCHMBR PLS MIS MED MASK	\$0(3)	NM; *
AERCHMBR PLS MIS SM MASK	\$0(3)	NM; *
AERCHMBR Z- MIS STAT PLS	\$0(3)	NM; *
AEROCHAMBER MIS CHAMBER	\$0(3)	NM; *
AEROCHAMBER MIS FLOSIGNA	\$0(3)	NM; *
AEROCHAMBER MIS MV	\$0(3)	NM; *
AEROCHAMBER MIS PLUS	\$0(3)	NM; *
AEROVENT MIS PLUS	\$0(3)	NM; *
<i>afrin saline nasal mist</i>	\$0(3)	NM; *
AIRZONE PEAK MIS FLOW MTR	\$0(3)	NM; *
<i>altamist SOLN .65%</i>	\$0(3)	NM; *
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ASSESS METER MIS FULL	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ASSESS METER MIS LOW	\$0(3)	NM; *
<i>ayr</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
AYR NASAL DROPS SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
AYR NASAL MIST ALLERGY & SOLN 2.65%	\$0(3)	NM; *
<i>ayr saline nasal</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ayr saline nasal no-drip</i>	\$0(3)	NM; *
<i>baby ayr saline</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
BRONCHITOL CAPS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (560 caps / 28 days), NM, LA, PA
COMPACT SPAC MIS CHAMBER	\$0(3)	NM; *
COMPACT SPAC MIS LG MASK	\$0(3)	NM; *
COMPACT SPAC MIS MD MASK	\$0(3)	NM; *
COMPACT SPAC MIS SM MASK	\$0(3)	NM; *
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	\$0(1)	B/D
<i>cromolyn sodium (nasal)</i> AERS 5.2mg/act	\$0(3)	NM; *
CVS NASAL MIST AERS .9%	\$0(3)	NM; *
<i>cvs saline nasal spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
<i>deep sea nasal spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
EASIVENT MIS	\$0(3)	NM; *
EASIVENT MIS MASK LG	\$0(3)	NM; *
EASIVENT MIS MASK MED	\$0(3)	NM; *
EASIVENT MIS MASK SM	\$0(3)	NM; *
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	\$0(1)	(generic of EpiPen)
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml	\$0(1)	(generic of Adrenaclick)
<i>eq saline nasal spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
<i>eq saline nasal spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
FASENRA SOSY 10mg/0.5ml, 30mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
FLEXICHAMBER MIS	\$0(3)	NM; *
FLEXICHAMBER MIS MASK LRG	\$0(3)	NM; *
FLEXICHAMBER MIS MASK SM	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal moisturizing</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HOLD CHAMBER MIS ADLT LG	\$0(3)	NM; *
HOLD CHAMBER MIS MEDIUM	\$0(3)	NM; *
HOLD CHAMBER MIS SMALL	\$0(3)	NM; *
INSPIRACHAMB MIS LARGE	\$0(3)	NM; *
INSPIRACHAMB MIS MEDIUM	\$0(3)	NM; *
INSPIRACHAMB MIS MOUTH PCE	\$0(3)	NM; *
INSPIRACHAMB MIS SMALL	\$0(3)	NM; *
INSPIREASE MIS DD SYST	\$0(3)	NM; *
KALYDECO PACK 5.8mg, 13.4mg, 25mg, 50mg, 75mg	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
KALYDECO TABS 150mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
LITTLE REMED AER MIST	\$0(3)	NM; *
LITTLE REMED SOL SALINE	\$0(3)	NM; *
<i>meijer saline nasal spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
MICROCHAMBER MIS	\$0(3)	NM; *
MICROLIFE MIS PEAK FLO	\$0(3)	NM; *
MICROSPACER MIS	\$0(3)	NM; *
MINI WRIGHT MIS PFM	\$0(3)	NM; *
MINI WRIGHT MIS PFM LOW	\$0(3)	NM; *
NASADROPS SALINE ON THE G SOLN .9%	\$0(3)	NM; *
<i>nasal moist</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
<i>nasal moisturizing spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
<i>nasogel</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ocean for kids</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
OFEV CAPS 100mg, 150mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
OPTICHAMBER MIS DIA LG	\$0(3)	NM; *
OPTICHAMBER MIS DIA MD	\$0(3)	NM; *
OPTICHAMBER MIS DIA SM	\$0(3)	NM; *
OPTICHAMBER MIS DIAMOND	\$0(3)	NM; *
ORKAMBI GRA 75-94MG	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ORKAMBI GRA 100-125	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI GRA 150-188	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI TAB 100-125	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI TAB 200-125	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
PANDA MASK MIS LARGE	\$0(3)	NM; *
PANDA MASK MIS MEDIUM	\$0(3)	NM; *
PANDA MASK MIS PEDIATRI	\$0(3)	NM; *
PANDA MASK MIS SMALL	\$0(3)	NM; *
PEAK AIR FLO MIS ADLT/PED	\$0(3)	NM; *
PEAK FLOW MIS METER	\$0(3)	NM; *
PEAK FLW MTR MIS ADULT	\$0(3)	NM; *
PEAK FLW MTR MIS CHILD	\$0(3)	NM; *
PERSONAL BES MIS FULL RNG	\$0(3)	NM; *
PIKO 1 MIS ELECTRON	\$0(3)	NM; *
<i>pirfenidone</i> CAPS 267mg	\$0(2)	NDS, QL (270 caps / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 267mg	\$0(2)	NDS, QL (270 tabs / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 534mg, 801mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
POCKET CHAMB MIS	\$0(3)	NM; *
POCKET PEAK MIS METER	\$0(3)	NM; *
POCKET SPACE MIS	\$0(3)	NM; *
POCKETPEAK MIS MTR LOW	\$0(3)	NM; *
<i>potassium iodide (expectorant)</i> SOLN 1gm/ml	\$0(3)	NM; *
PROCARE MIS ADULT	\$0(3)	NM; *
PROCARE MIS CHILD	\$0(3)	NM; *
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
PURE COMFORT MIS SPACER	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>px saline nasal spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
<i>ra saline nasal spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
RA STERILE SALINE NASAL M SOLN .9%	\$0(3)	NM; *
RITEFLO MIS	\$0(3)	NM; *
<i>roflumilast</i> TABS 250mcg	\$0(1)	QL (56 tabs / year)
<i>roflumilast</i> TABS 500mcg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>saline</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
<i>saline mist</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
<i>*saline nasal gel**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb saline nose</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
SIMPLY SALINE AERS .9%	\$0(3)	NM; *
SINUS WASH CRY SALT	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal spray saline</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
SOOTH SALINE AER NASAL	\$0(3)	NM; *
SPACE CHAMBR MIS ANTI-STA	\$0(3)	NM; *
SPACE CHAMBR MIS LARGE	\$0(3)	NM; *
SPACE CHAMBR MIS MEDIUM	\$0(3)	NM; *
SPACE CHAMBR MIS SMALL	\$0(3)	NM; *
SPACER CHAMB MIS ADULT	\$0(3)	NM; *
SPACER CHAMB MIS CHILD	\$0(3)	NM; *
SPACER CHAMB MIS INFANT	\$0(3)	NM; *
SYMDEKO TAB 50-75MG	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
SYMDEKO TAB 100-150	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
<i>theophylline</i> ELIX 80mg/15ml; SOLN 80mg/15ml; TB12 100mg, 200mg, 300mg, 450mg; TB24 400mg, 600mg	\$0(1)	
TRIKAFTA PAK 59.5MG	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
TRIKAFTA PAK 75MG	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
TRUZONE PEAK MIS FLOW MTR	\$0(3)	NM; *
VORTEX VALVE MIS CHAMBER	\$0(3)	NM; *
VORTEX/MASK MIS CHILDS	\$0(3)	NM; *
XOLAIR SOAJ 75mg/0.5ml, 150mg/ml, 300mg/2ml; SOLR 150mg; SOSY 75mg/0.5ml, 150mg/ml, 300mg/2ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg, 4000mg, 5000mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
NASAL STEROIDS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
<i>allergy relief</i> SUSP 50mcg/act	\$0(3)	NM; *
<i>flunisolide (nasal)</i> SOLN .025%	\$0(1)	QL (3 bottles / 30 days)
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act	\$0(1)	QL (1 bottle / 30 days)
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act	\$0(3)	NM; *
<i>gnp fluticasone propionat</i> SUSP 50mcg/act	\$0(3)	NM; *
<i>hm allergy relief nasal s</i> SUSP 50mcg/act	\$0(3)	NM; *
<i>qc allergy relief</i> SUSP 50mcg/act	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy relief nasal s</i> SUSP 50mcg/act	\$0(3)	NM; *
XHANCE EXHU 93mcg/act	\$0(2)	QL (32 mL / 30 days), PA
STERIOD INHALANTS - DRUGS TO TREAT ASTHMA		
ALVESCO AERS 80mcg/act	\$0(2)	QL (3 inhalers / 30 days)
ALVESCO AERS 160mcg/act	\$0(2)	QL (2 inhalers / 30 days)
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act	\$0(2)	QL (30 inhalations / 30 days)
<i>budesonide (inhalation)</i> SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	\$0(1)	B/D
STERIOD/BETA-AGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT ASTHMA AND COPD		
ADVAIR HFA AER 45/21	\$0(2)	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 115/21	\$0(2)	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 230/21	\$0(2)	QL (1 inhaler / 30 days)
AIRSUPRA AER 90-80MCG	\$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 medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 100-25	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 200-25	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
DULERA AER 50-5MCG	\$0(2)	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 100-5MCG	\$0(2)	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 200-5MCG	\$0(2)	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act</i>	\$0(1)	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act</i>	\$0(1)	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act</i>	\$0(1)	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>wixela inhub</i>	\$0(1)	QL (60 inhalations / 30 days)
TOPICAL - DRUGS TO TREAT EAR AND SKIN CONDITIONS		
DERMATOLOGY, ACNE		
<i>accutane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(1)	PA
<i>acne medication 2.5</i> GEL 2.5%	\$0(3)	NM; *
<i>acne medication 5</i> GEL 5%	\$0(3)	NM; *
ACNE MEDICATION 5 LOTN 5%	\$0(3)	NM; *
<i>acne medication 10</i> GEL 10%	\$0(3)	NM; *
ACNE MEDICATION 10 LOTN 10%	\$0(3)	NM; *
<i>adapalene</i> GEL .1%	\$0(3)	NM; *
<i>amnesteeem</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	PA
<i>benzefoam</i> FOAM 5.3%	\$0(3)	NM; *
<i>benzoyl peroxide</i> GEL 2.5%, 5%, 10%	\$0(3)	NM; *
<i>benzoyl peroxide topical</i> LIQD 10%	\$0(3)	NM; *
<i>benzoyl peroxide wash</i> LIQD 5%, 10%	\$0(3)	NM; *
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel</i> 5-3%	\$0(1)	QL (46.6 gm / 30 days)
<i>bpo foaming cloths</i> MISC 6%	\$0(3)	NM; *
<i>claravis</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(1)	PA
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> GEL 1%	\$0(1)	QL (75 gm / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> LOTN 1%; SOLN 1%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>ery</i> PADS 2%	\$0(1)	QL (60 pledgets / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid)</i> GEL 2%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid)</i> SOLN 2%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>isotretinoin</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(1)	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> LOTN 10%	\$0(1)	QL (118 mL / 30 days)
<i>tretinoin</i> CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025%	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days), PA
<i>zenatane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(1)	PA
DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS		
<i>bacitracin (topical)</i> OINT 500unit/gm	\$0(3)	NM; *
<i>bacitracin zinc</i> OINT 500unit/gm	\$0(3)	NM; *
<i>gentamicin sulfate (topical)</i> CREA .1%; OINT .1%	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
<i>gnp bacitracin zinc</i> OINT 500unit/gm	\$0(3)	NM; *
<i>gnp triple antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp triple antibiotic plu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense first aid antib</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm bacitracin</i> OINT 500unit/gm	\$0(3)	NM; *
<i>hm double antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm triple antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm triple antibiotic plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mupirocin</i> OINT 2%	\$0(1)	QL (220 gm / 30 days)
<i>poly bacitracin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc triple antibiotic maxi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>silver sulfadiazine</i> CREA 1%	\$0(1)	
<i>sm antibiotic</i> OINT 500unit/gm	\$0(3)	NM; *
<i>sm antibiotic plus pain r</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm double antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm triple antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm triple antibiotic orig</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm triple antibiotic plus</i>	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (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)
triple antibiotic	\$0(3)	NM; *
triple antibiotic + pain	\$0(3)	NM; *
triple antibiotic plus	\$0(3)	NM; *
DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS		
ALEVAZOL OINT 1%	\$0(3)	NM; *
antifungal CREA 1%, 2%	\$0(3)	NM; *
antifungal powder POWD 2%	\$0(3)	NM; *
athletes foot CREA 1%	\$0(3)	NM; *
athletes foot antifungal AERP 1%	\$0(3)	NM; *
athletes foot powder spra AERP 2%	\$0(3)	NM; *
baza antifungal CREA 2%	\$0(3)	NM; *
butenafine hcl CREA 1%	\$0(3)	NM; *
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) CREA 1%; SOLN 1%	\$0(3)	NM; *
clotrimazole (topical) SOLN 1%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
clotrimazole antifungal CREA 1%	\$0(3)	NM; *
clotrimazole athletes foo CREA 1%	\$0(3)	NM; *
clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
cvs jock itch CREA 1%	\$0(3)	NM; *
FUNGOID TINCTURE SOLN 2%	\$0(3)	NM; *
gnp athletes foot CREA 1%	\$0(3)	NM; *
gnp miconazorb af POWD 2%	\$0(3)	NM; *
gnp terbinafine hydrochlo CREA 1%	\$0(3)	NM; *
gnp tolnaftate CREA 1%	\$0(3)	NM; *
ketoconazole (topical) CREA 2%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
klayesta POWD 100000unit/gm	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
miconazole nitrate (topical) CREA 2%	\$0(3)	NM; *
micotrin ac CREA 1%	\$0(3)	NM; *
micotrin al SOLN 1%	\$0(3)	NM; *

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

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

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HYDROCORTISONE CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 1%, 2.5%; LOTN 2.5%; OINT 2.5%	\$0(1)	
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA .5%, 1%; OINT 1%	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocortisone acetate (topical)</i> OINT 1%	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocortisone maximum st</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocortisone/aloe maxim</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>mometasone furoate</i> CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	\$0(1)	
<i>qc anti-itch/aloe</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm hydrocortisone</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm hydrocortisone maximum</i> OINT 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm hydrocortisone plus</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .025%, .1%, .5%	\$0(1)	QL (454 gm / 30 days)
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> LOTN .025%, .1%; OINT .025%, .1%, .5%	\$0(1)	
DERMATOLOGY, LOCAL ANESTHETICS		
<i>glydo</i> PRSY 2%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> OINT 5%	\$0(1)	QL (50 gm / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> PTCH 5%	\$0(1)	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>lidocaine hcl</i> SOLN 4%	\$0(1)	QL (50 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine-prilocaine cream</i> 2.5-2.5%	\$0(1)	B/D, QL (30 gm / 30 days)
<i>lidocan</i> PTCH 5%	\$0(1)	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>tridacaine ii</i> PTCH 5%	\$0(1)	QL (3 patches / 1 day), PA
DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE		
ALOE VESTA PROTECTIVE OINT 43%	\$0(3)	NM; *
<i>americerin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>anti-dandruff shampoo</i> SHAM 1%	\$0(3)	NM; *
<i>anti-itch</i>	\$0(3)	NM; *
AQUA GLYCOL CRE FACE	\$0(3)	NM; *
AQUAPHILIC OIN	\$0(3)	NM; *
AQUAPHOR OINT 41%	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AQUAPHOR ADVANCED PROTECT OINT 41%	\$0(3)	NM; *
AQUAPHOR ADVANCED THERAPY OINT 41%	\$0(3)	NM; *
AQUAPHOR OIN	\$0(3)	NM; *
<i>arthritis pain relieving</i> CREA .075%	\$0(3)	NM; *
<i>atrix medicated formula</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
ATRIX SYSTEM 1 KIT 2%	\$0(3)	NM; *
<i>banophen</i>	\$0(3)	NM; *
<i>benzoin compound tincture</i>	\$0(3)	NM; *
BENZOIN TIN	\$0(3)	NM; *
BENZOIN TIN PLAIN	\$0(3)	NM; *
BETA CARE CRE	\$0(3)	NM; *
BETA XMA CRE	\$0(3)	NM; *
BETADINE SOLN 5%	\$0(3)	NM; *
BETADINE ANTISEPTIC CREA 5%	\$0(3)	NM; *
BETADINE SURGICAL SCRUB SOLN 7.5%	\$0(3)	NM; *
BETADINE SWABSTICKS SWAB 10%	\$0(3)	NM; *
<i>bexarotene (topical)</i> GEL 1%	\$0(2)	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA
BULL FROG SPR MOSQUITO	\$0(3)	NM; *
<i>capsaicin</i> CREA .025%, .1%	\$0(3)	NM; *
<i>capsaicin heat patch</i> PTCH .025%	\$0(3)	NM; *
CERAVE CRE MOISTURI	\$0(3)	NM; *
CERAVE HEALING OINT 46.5%	\$0(3)	NM; *
CERAVE SA CRE RGH/BMP	\$0(3)	NM; *
CETAPHIL CRE HAND	\$0(3)	NM; *
CIRCATA CREA .05%	\$0(3)	NM; *
COCONUT OIL CRE BEAUTY	\$0(3)	NM; *
COLEMAN 100 MAX INSECT RE AERO 98.11%; LIQD 98.11%	\$0(3)	NM; *
COLEMAN INSECT REPELLENT/ AERO 25%, 40%	\$0(3)	NM; *
COLEMAN BOTAN LIQ INSECT	\$0(3)	NM; *
COLEMAN INSEC LIQ SKINSMAR	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COLEMN INSEC SPR SKINSMAR	\$0(3)	NM; *
<i>corn and callus remover</i> LIQD 17%	\$0(3)	NM; *
CUTTER AERO 10%	\$0(3)	NM; *
CUTTER AER NATURAL	\$0(3)	NM; *
CUTTER ALL FAMILY AERO 7%; LIQD 7%	\$0(3)	NM; *
CUTTER ALL FAMILY MOSQUIT SHEE 7.15%	\$0(3)	NM; *
CUTTER BACKWOODS AERO 25%; LIQD 25%	\$0(3)	NM; *
CUTTER BACKWOODS DRY AERO 25%	\$0(3)	NM; *
CUTTER DRY AERO 10%	\$0(3)	NM; *
CUTTER LEMON LIQ EUCALYPT	\$0(3)	NM; *
CUTTER LIQ NATURAL	\$0(3)	NM; *
CUTTER SKINSATIONS AERO 7%; LIQD 7%	\$0(3)	NM; *
CUTTER SPORT AERO 15%	\$0(3)	NM; *
<i>cvs advanced healing oint</i> OINT 41%	\$0(3)	NM; *
CVS INSECT REPELLENT AERO 15%	\$0(3)	NM; *
CVS TOTAL HOME INSECT REP AERO 30%	\$0(3)	NM; *
<i>dandruff shampoo</i> LOTN 1%; SHAM 1%	\$0(3)	NM; *
DERMABASE CRE	\$0(3)	NM; *
<i>dermacinrx atrix antibact</i> LIQD 2%	\$0(3)	NM; *
<i>dermacinrx atrix clarifyi</i> LIQD 2%	\$0(3)	NM; *
DERMACINRX CIRCATRIX CREA .05%	\$0(3)	NM; *
<i>dermacinrx penetral</i> CREA .025%	\$0(3)	NM; *
<i>dermacinrx skin repair</i> CREA 5%	\$0(3)	NM; *
DIABETIDERM CRE	\$0(3)	NM; *
DIABETIDERM CRE FOOT	\$0(3)	NM; *
<i>diclofenac sodium (topical)</i> GEL 1%	\$0(1)	QL (1000 gm / 30 days)
<i>diclofenac sodium (topical)</i> SOLN 1.5%	\$0(1)	QL (300 mL / 28 days)
<i>diphenhydramine-zinc acetate cream</i> 2-0.1%	\$0(3)	NM; *
DML FORTE CRE	\$0(3)	NM; *
<i>dry skin treatment</i> OINT 41%	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>e-ointment</i>	\$0(3)	NM; *
EAGLE WATCH MOSQUITO ELIM LIQD 25%	\$0(3)	NM; *
EMOLLIA-CREM CRE	\$0(3)	NM; *
EQ THERAPEUT CRE MOISTURI	\$0(3)	NM; *
EUCERIN HAND CRE ADV REPA	\$0(3)	NM; *
EUCERIN PLUS CRE	\$0(3)	NM; *
FIRST AID ANTISEPTIC OINT OINT 10%	\$0(3)	NM; *
<i>flanders buttocks</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fluorouracil (topical) CREA 5%</i>	\$0(1)	QL (40 gm / 30 days)
<i>fluorouracil (topical) SOLN 2%, 5%</i>	\$0(1)	QL (10 mL / 30 days)
<i>gnp anti-itch</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp wart remover LIQD 17%</i>	\$0(3)	NM; *
GOLD BOND CRE HEALING	\$0(3)	NM; *
GOLD BOND OIN HEALING	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense hemorrhoidal oi</i>	\$0(3)	NM; *
HYDRASYN25 CRE	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocortisone (rectal) CREA 1%, 2.5%</i>	\$0(1)	
<i>hydrolatum</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hydrophor OINT 42%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>imiquimod CREA 5%</i>	\$0(1)	QL (24 packets / 30 days)
<i>itch relief extra strengt</i>	\$0(3)	NM; *
KERADAN CRE	\$0(3)	NM; *
<i>lactic acid (ammonium lactate) CREA 12%; LOTN 12%</i>	\$0(1)	
<i>lactic acid (ammonium lactate) CREA 12%; LOTN 12%</i>	\$0(3)	NM; *
LANAPHILIC OIN	\$0(3)	NM; *
LANOLOR CRE	\$0(3)	NM; *
<i>lansinoh lanolin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lansinoh lanolin minis ni</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lansinoh lanolin nipple</i>	\$0(3)	NM; *
LEADER FINGE CRE	\$0(3)	NM; *
<i>lidocaine CREA 4%</i>	\$0(3)	QL (120 gm / 30 days), NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MAXI DEET LIQD 98.11%	\$0(3)	NM; *
<i>medela tender care lanoli</i>	\$0(3)	NM; *
<i>medicated callus removers</i> PADS 40%	\$0(3)	NM; *
<i>medicated corn removers</i> PADS 40%	\$0(3)	NM; *
<i>metronidazole (topical)</i> CREA .75%; GEL .75%	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
<i>metronidazole (topical)</i> LOTN .75%	\$0(1)	QL (59 mL / 30 days)
<i>minerin creme</i>	\$0(3)	NM; *
MOISTURIZING CRE	\$0(3)	NM; *
<i>moisturizing cream</i>	\$0(3)	NM; *
NATRAPEL LIQD 20%	\$0(3)	NM; *
NATRAPEL 12-HOUR TICK & I AERO 20%	\$0(3)	NM; *
NEUTROGENA CRE HAND	\$0(3)	NM; *
<i>nitroglycerin (intra-anal)</i> OINT .4%	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
<i>numbcream</i> CREA 5%	\$0(3)	QL (38 gm / 30 days), NM; *
NUTRADERM CRE	\$0(3)	NM; *
OFF ACTIVE AERO 15%	\$0(3)	NM; *
OFF DEEP WOODS AERO 25%; LIQD 25%	\$0(3)	NM; *
OFF DEEP WOODS DRY AERO 25%	\$0(3)	NM; *
OFF DEEP WOODS SPORTSMEN AERO 30%; LIQD 25%, 98.25%	\$0(3)	NM; *
OFF DEEP WOODS TOWELETTES SHEE 25%	\$0(3)	NM; *
OFF FAMILYCARE CLEAN FEEL LIQD 5%	\$0(3)	NM; *
OFF FAMILYCARE SMOOTH & D AERO 15%	\$0(3)	NM; *
OFF FAMILYCARE TROPICAL F LIQD 5%	\$0(3)	NM; *
OFF FAMILYCARE UNSCENTED LIQD 7%	\$0(3)	NM; *
OFF SMOOTH & DRY AERO 15%	\$0(3)	NM; *
OINTMENT OIN BASE	\$0(3)	NM; *
PANRETIN GEL .1%	\$0(2)	NDS, QL (60 gm / 30 days), PA
PEN-KERA CRE	\$0(3)	NM; *
PENTRAVAN CRE	\$0(3)	NM; *
PENTRAVAN CRE PLUS	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v18

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PETROLATUM OIN	\$0(3)	NM; *
<i>podofilox</i> SOLN .5%	\$0(1)	QL (7 mL / 28 days)
<i>povidone-iodine</i> SOLN 10%	\$0(3)	NM; *
PRETTY FEET CRE & HANDS	\$0(3)	NM; *
<i>procto-med hc</i> CREA 2.5%	\$0(1)	
<i>proctocort</i> CREA 1%	\$0(1)	
<i>proctosol hc</i> CREA 2.5%	\$0(1)	
<i>proctozone-hc</i> CREA 2.5%	\$0(1)	
<i>qc anti-itch extra streng</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc povidone iodine</i> SOLN 10%	\$0(3)	NM; *
RA ADVANCED HEALING OINT 41%	\$0(3)	NM; *
RANGER READY REPELLENT LIQD 20%	\$0(3)	NM; *
RECTIV OINT .4%	\$0(2)	QL (30 gm / 30 days)
REPEL 100 LIQD 98.11%	\$0(3)	NM; *
REPEL FAMILY AERO 15%	\$0(3)	NM; *
REPEL FAMILY DRY AERO 10%	\$0(3)	NM; *
REPEL HUNTERS FORMULA AERO 25%	\$0(3)	NM; *
REPEL LEMON SPR INSECT	\$0(3)	NM; *
REPEL MOSQUITO WIPES SHEE 30%	\$0(3)	NM; *
REPEL SPORTSMEN AERO 25%	\$0(3)	NM; *
REPEL SPORTSMEN DRY AERO 25%	\$0(3)	NM; *
REPEL SPORTSMEN MAX AERO 40%; LIQD 40%; LOTN 40%	\$0(3)	NM; *
REPEL TICK DEFENSE AERO 15%	\$0(3)	NM; *
RISABAL-PH CRE	\$0(3)	NM; *
SAWYER INSECT REPELLENT AERO 30%	\$0(3)	NM; *
SAWYER INSECT REPELLENT C LOTN 20%	\$0(3)	NM; *
SAWYER PREMIUM INSECT REP LIQD 20%	\$0(3)	NM; *
<i>sb povidone-iodine</i> SOLN 10%	\$0(3)	NM; *
SEBEX SHA	\$0(3)	NM; *
SENSI-CARE CRE MOISTURI	\$0(3)	NM; *
<i>sm anti-itch extra streng</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SM BENZOIN TIN	\$0(3)	NM; *
SM BENZOIN TIN NFXI	\$0(3)	NM; *
<i>sm povidone-iodine</i> SOLN 10%	\$0(3)	NM; *
SORBIDON CRE HYDRATE	\$0(3)	NM; *
STUDIO 35 CRE MOIST	\$0(3)	NM; *
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1%	\$0(1)	QL (100 gm / 30 days)
THERAPEUTIC CRE MOISTUR	\$0(3)	NM; *
THERAPEUTIC DANDRUFF SHAM 3%	\$0(3)	NM; *
TOTAL HOME SPR INSECT	\$0(3)	NM; *
ULTRATHON INSECT REPELLEN AERO 25%; LOTN 34.34%	\$0(3)	NM; *
VALCHLOR GEL .016%	\$0(2)	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, LA, PA
VANICREAM CRE	\$0(3)	NM; *
VELVACHOL CRE	\$0(3)	NM; *
<i>wart remover maximum stre</i> LIQD 17%; STRP 40%	\$0(3)	NM; *
XERAC AC SOLN 6.25%	\$0(3)	NM; *
ZIKS ARTHRIT CRE RELIEF	\$0(3)	NM; *
<i>zinc oxide (topical)</i> OINT 20%	\$0(3)	NM; *
DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES		
<i>gnp lice treatment</i> LIQD 1%	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense lice killing cr</i> LIQD 1%	\$0(3)	NM; *
<i>lice killing maximum stre</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lice killing shampoo</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lice treatment creme rins</i> LIQD 1%	\$0(3)	NM; *
<i>malathion</i> LOTN .5%	\$0(1)	QL (59 mL / 30 days)
<i>permethrin</i> CREA 5%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>sm lice killing maximum s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm lice treatment</i> LIQD 1%	\$0(3)	NM; *
VANALICE GEL 0.3-3.5%	\$0(3)	NM; *
DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS		
REGGRANEX GEL .01%	\$0(2)	NDS, QL (30 gm / 30 days), PA
SANTYL OINT 250unit/gm	\$0(2)	QL (180 gm / 30 days)

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

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

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

D. Índice de medicamentos cubiertos

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
*		5	
*b-complex w/ c & folic acid tab***	126	50+ adult eye health	125
*b-complex w/ c cap**	126	6	
*b-complex w/ c tab**	126	600+d3	118
*calcium carb-vit d w/ minerals chew tab		8	
600 mg-400 unit***	116	8 hour arthritis pain rel	2
*lactobacillus - packet**	85	A	
*lactobacillus acidophilus-pectin cap**	85	a-25	125
*lactobacillus tab**	85	a-10000	125
*multiple vitamin tab**	139	abacavir sulfate	12
*multiple vitamins w/ iron tab**	139	abacavir sulfate-lamivudine tab 600-	
*multiple vitamins w/ minerals tab**	139	300 mg	14
*niacinamide w/ zn-cu-methylfol-se-cr tab		ABATINEX	84
750-27-2-0.5 mg***	140	ABC COMPLETE TAB WOMEN	125
*omega-3 fatty acids cap 1000 mg**	124	ABELCET	11
*omega-3 fatty acids cap 1200 mg**	124	ABILIFY MAINTENA	49
*omega-3 fatty acids cap 300 mg**	123	abiraterone acetate	22
*omega-3 fatty acids cap 435 mg**	123	ABRYSVO	106
*omega-3 fatty acids cap 500 mg**	123	acamprosate calcium	61
*omega-3 fatty acids cap delayed release		acarbose	63
1000 mg**	124	ACCRUFER	98
*oral electrolyte solution***	112	accutane	178
*pediatric multiple vitamins w/ iron chew		acebutolol hcl	41
tab 15 mg**	142	acetaminophen	1
*saline nasal gel**	176	ACETAMINOPHEN	1
*sodium phosphates - enema***	92	acetaminophen extra stren	1
1		acetaminophen w/ codeine soln 120-	
12 hour decongestant	165	12 mg/5ml	6
12 hour nasal decongestan	165	acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg	6
12 hour nasal spray	165	acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg	6
12hr allergy relief	159	acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg	6
12hr allergy/congestion r	165	ACETAMIN POW	108
1ST BASE CRE	108	acetazolamide	43
2		acetic acid	95
24hr allergy & congestion	165	acetic acid (otic)	156
24hr allergy relief	159	acetylcysteine	172
3		acid gone	82
3 day vaginal	96	ACIDOPHILUS	84
4		ACIDOPHILUS CAP	84
4-way fast acting	172	ACIDOPHILUS CAP LACTOBA	84

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
ACIDOPHILUS EXTRA STRENGT	84	AEROCHAMBER MIS FLOSIGNA	172
<i>acidophilus probiotic</i>	84	AEROCHAMBER MIS MV	172
ACIDOPHILUS PROBIOTIC	84	AEROCHAMBER MIS PLUS	172
<i>acidophilus probiotic for</i>	84	AEROVENT MIS PLUS	172
ACIDOPHILUS/ TAB CIT PECT	84	<i>afirmelle</i>	68
<i>acid reducer</i>	87, 94	<i>afrin saline nasal mist</i>	172
<i>acid reducer maximum stre</i>	87	<i>aftera</i>	68
<i>acid reducer original str</i>	87	AIMOVIG	58
<i>acitretin</i>	181	AIMSCO MIS LUBRICAT	68
<i>acne medication 2.5</i>	178	<i>airborne</i>	125
<i>acne medication 5</i>	178	AIRBORNE+ CHW PROBIOTI	125
ACNE MEDICATION 5	178	AIRBORNE+ CHW REST	125
<i>acne medication 10</i>	178	AIRBORNE+NAT LIQ ENERGY	125
ACNE MEDICATION 10	178	AIRBORNE+ POW STRESS	125
ACTHIB INJ	106	AIRBORNE CHW	125
ACTIMMUNE	105	AIRBORNE CHW KIDS	125
ACTIVE FE TAB 75-1.25	98	<i>airborne gummies</i>	125
<i>activite</i>	125	<i>airborne immune system</i>	125
ACTIVNUTRIEN CHW	125	<i>airborne kids</i>	125
<i>acyclovir</i>	15	AIRBORNE POW	125
<i>acyclovir sodium</i>	15	AIRSHIELD CHW IMMUNITY	125
ADACEL INJ	106	AIRSUPRA AER 90-80MCG	177
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN)	102	AIRZONE PEAK MIS FLOW MTR	172
ADALIMUMAB-AACF (2 SYRING)	102	AKEEGA TAB 50/500MG	22
ADALIMUMAB-AACF STARTER P	102	AKEEGA TAB 100/500	22
<i>adapalene</i>	178	<i>ala-cort</i>	181
<i>adefovir dipivoxil</i>	15	ALAHIST CF TAB 10-2-20	160
ADEK CHW PLUS ZN	125	ALAHIST DM LIQ 7.5-2-15	160
ADEMPAS	44	ALAHIST D TAB	160
ADLT ONE DLY CHW GUMMIES	125	ALA-HIST IR	157
ADMELOG	65	ALAHIST PE TAB 2-7.5MG	160
ADMELOG SOLOSTAR	65	<i>alaway</i>	153
ADULT 50+ CAP EYE HLTH	125	<i>alaway childrens allergy</i>	153
ADULT 50+ CAP OCUVITE	125	<i>albendazole</i>	8
<i>adult aspirin regimen</i>	1	<i>albuterol sulfate</i>	160
ADVAIR HFA AER 45/21	177	<i>alclometasone dipropionate</i>	181
ADVAIR HFA AER 115/21	177	ALDURAZYME	79
ADVAIR HFA AER 230/21	177	ALECENSA	25
<i>advanced multi ea</i>	125	<i>alendronate sodium</i>	67
<i>advantage care oral elect</i>	111	ALEVAZOL	180
AERCHMBR PLS MIS FLOW-VU	172	<i>alfuzosin hcl</i>	95
AERCHMBR PLS MIS LRG MASK	172	ALGAE BASED TAB CALCIUM	125
AERCHMBR PLS MIS MED MASK	172	<i>aliskiren fumarate</i>	43
AERCHMBR PLS MIS SM MASK	172	ALIVE DAILY TAB WOMENS	125
AERCHMBR Z- MIS STAT PLS	172	ALIVE DIABET TAB MULTIVIT	126
AEROCHAMBER MIS CHAMBER	172	ALIVE ENERGY TAB WOMENS	126

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
ALIVE HAIR CHW SKN/NAIL	126	<i>ambrisentan</i>	45
ALIVE IMMUNE CAP HEALTH	126	<i>americerin</i>	183
ALIVE LIQ MULT-VIT	126	<i>amethia</i>	68
ALIVE WOMENS CHW 50+	126	<i>amikacin sulfate</i>	8
ALIVE WOMENS CHW GUMMY	126	<i>amiloride hcl</i>	43
<i>allbee plus vitamin c</i>	126	<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>all day allergy</i>	157	5-50 mg	43
<i>all day allergy childrens</i>	157	<i>amiodarone hcl</i>	39
<i>all-day allergy childrens</i>	157	<i>amitriptyline hcl</i>	46
<i>all day pain relief</i>	4	AMLADDEX TAB	126
<i>all day relief</i>	4	<i>amlodipine besylate</i>	42
<i>all day sinus & cold-d</i>	160	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i>	
<i>aller-chlor</i>	157	2.5-10 mg	35
<i>allergy</i>	157	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i>	
<i>allergy 24-hr</i>	157	5-10 mg	35
<i>allergy childrens</i>	157	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i>	
<i>allergy & congestion reli</i>	160	5-20 mg	35
<i>allergy multi-symptom</i>	160	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i>	
<i>allergy relief</i>	157, 177	5-40 mg	35
<i>allergy relief 24hr</i>	157	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-</i>	
<i>allergy relief childrens</i>	157	20 mg	35
<i>allergy relief d</i>	160	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-</i>	
<i>allergy relief d-12</i>	161	40 mg	35
<i>allergy relief d-24</i>	161	<i>amlodipine besylate-olmesartan</i>	
<i>allergy relief/indoor/out</i>	157	<i>medoxomil tab 5-20 mg</i>	37
<i>allergy relief/nasal deco</i>	161	<i>amlodipine besylate-olmesartan</i>	
<i>all-nite cold & flu night</i>	160	<i>medoxomil tab 5-40 mg</i>	37
<i>allopurinol</i>	1	<i>amlodipine besylate-olmesartan</i>	
<i>almacone double strength</i>	82	<i>medoxomil tab 10-20 mg</i>	37
ALOE VESTA PROTECTIVE	183	<i>amlodipine besylate-olmesartan</i>	
<i>alosetron hcl</i>	92	<i>medoxomil tab 10-40 mg</i>	37
ALPHA LIPOIC ACID	121	<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i>	
<i>alpha-lipoic acid (thioctic acid)</i>	121	5-160 mg	37
<i>alprazolam</i>	45	<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i>	
ALREX	153	5-320 mg	37
<i>altamist</i>	172	<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-</i>	
<i>altavera</i>	68	160 mg	37
ALUMINUM HYDROXIDE	82	<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-</i>	
ALUNBRIG	25	320 mg	37
ALUNBRIG PAK	25	<i>amnestem</i>	178
ALVAIZ	101	<i>amoxapine</i>	46
ALVESCO	177	<i>amoxicillin</i>	18
<i>alyacen 1/35</i>	68	<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-</i>	
<i>alyacen 7/7/7</i>	68	57 mg	18
ALYGLO	104	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-</i>	
<i>amantadine hcl</i>	48	28.5 mg/5ml	18

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	18	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	19
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	18	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	19
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	18	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	19
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i> ..	18	<i>anagrelide hcl</i>	101
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i> ..	19	<i>anastrozole</i>	22
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i> ..	19	<i>ANORO ELLIPT AER 62.5-25</i>	156
<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	19	<i>antacid</i>	82
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	57	<i>antacid/antigas liquid</i>	82
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	57	<i>antacid calcium regular s</i>	82
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	57	<i>antacid extra strength</i>	82
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	57	<i>antacid maximum strength</i>	82
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	57	<i>antacid regular strength</i>	82
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	57	<i>antacid ultra strength</i>	82
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	57	<i>anti-dandruff shampoo</i>	183
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	57	<i>anti-diarrheal</i>	84
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	57	<i>antifungal</i>	180
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	57	<i>antifungal powder</i>	180
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	57	<i>anti-gas/ and gnp antacid</i>	83
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	57	<i>antihistamine/nasal decon</i>	161
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	57	<i>anti-itch</i>	183
<i>amphotericin b</i>	11	<i>anti-itch maximum strengt</i>	181
<i>amphotericin b liposome</i>	11	<i>anti-oxidant</i>	126
<i>ampicillin</i>	19	<i>antioxidant</i>	126
<i>ampicillin sodium</i>	19	<i>ANTIOXIDANT TAB FORMULA</i>	126
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	19	<i>antioxidant vitamins</i>	126
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	19	<i>APETIGEN TAB PLUS</i>	126
		<i>APPE-CURB CAP</i>	126
		<i>aprepitant</i>	86
		<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	86
		<i>apri</i>	68
		<i>APTiom</i>	52
		<i>APTIVUS</i>	12
		<i>AQUA-E</i>	126
		<i>AQUA GLYCOL CRE FACE</i>	183
		<i>AQUANAZ TAB</i>	161
		<i>AQUAPHILIC OIN</i>	183
		<i>AQUAPHOR</i>	183
		<i>AQUAPHOR ADVANCED PROTECT</i>	184
		<i>AQUAPHOR ADVANCED THERAPY</i>	184
		<i>AQUAPHOR OIN</i>	184
		<i>aqueous vitamin d infants</i>	126
		<i>aqueous vitamin e</i>	126

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
ARALAST NP	172	<i>a thru z ultimate mens</i>	125
<i>aranelle</i>	68	<i>atomoxetine hcl</i>	57
ARCALYST	105	<i>atorvastatin calcium</i>	40
AREXVY	106	<i>atovaquone</i>	8
<i>arginine</i>	121	<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i> ...	12
ARGININE	121	<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i> ...	12
ARGININE2000	121	ATP IGNITE PAK	126
<i>aripiprazole</i>	49	<i>atrix medicated formula</i>	184
ARISTADA	49	ATRIX SYSTEM 1	184
ARISTADA INITIO	49	ATROPINE SULFATE	154
<i>armodafinil</i>	61	<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i>	154
ARNUITY ELLIPTA	177	ATROVENT HFA	156
<i>arthritis pain relief</i>	1	<i>aubra eq</i>	68
<i>arthritis pain relieving</i>	184	AUGTYRO	25
<i>artificial tears</i>	154	<i>aurovela 1/20</i>	68
ASCOR	126	<i>aurovela 24 fe</i>	68
<i>ascorbic acid</i>	126	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	68
<i>ascorbic acid tab 500 mg</i>	126	<i>aurovela fe 1/20</i>	68
<i>ascorbic acid tab 1000 mg</i>	126	AUSTEDO	59
<i>asenapine maleate</i>	49	AUSTEDO XR	59
<i>ashlyna</i>	68	AUSTEDO XR TAB TITR KIT	59
<i>aspirin</i>	1	AUVELITY TAB 45-105MG	46
ASPIRIN	1	<i>aviane</i>	68
<i>aspirin adult low dose</i>	1	AVICEL PH105 POW MICROCRY	108
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	101	<i>ayr</i>	173
<i>aspirin low dose</i>	1	AYR NASAL DROPS	173
<i>aspirin low strength</i>	1	AYR NASAL MIST ALLERGY &	173
<i>aspirin regimen</i>	1	<i>ayr saline nasal</i>	173
ASSESS METER MIS FULL	172	<i>ayr saline nasal no-drip</i>	173
ASSESS METER MIS LOW	173	<i>ayuna</i>	68
ASTAGRAF XL	105	AYVAKIT	25
<i>atazanavir sulfate</i>	12	<i>azacitidine</i>	21
<i>atenolol</i>	41	<i>azathioprine</i>	105
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	41	AZ CREAM CRE	108
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	41	<i>azelastine hcl</i>	157
<i>athletes foot</i>	180	<i>azelastine hcl (ophth)</i>	153
<i>athletes foot antifungal</i>	180	<i>azithromycin</i>	17
<i>athletes foot powder spra</i>	180	AZO COMPLETE FEMININE BAL	84
<i>a thru z advanced</i>	125	AZO DUAL CAP PROTECT	84
<i>a thru z high potency</i>	125	AZO HORMONAL TAB HEALTH	126
<i>a thru z select</i>	125	<i>aztreonam</i>	8
<i>a thru z select 50+ advan</i>	125	<i>azurette</i>	68
<i>a thru z select 50+ mens</i>	125		
<i>a thru z select advanced</i>	125	B	
<i>a thru z select ultimate</i>	125	<i>b6 natural</i>	126
		<i>baby ayr saline</i>	173

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>baby super daily d3</i>	126	<i>benzoyl peroxide wash</i>	178
<i>baby vitamin d3 drops</i>	126	<i>benztropine mesylate</i>	48
<i>bacitracin (ophthalmic)</i>	152	BENZYL ALC LIQ	108
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	152	BENZYL BENZO LIQ	108
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	152	BERINERT	101
<i>bacitracin (topical)</i>	179	<i>berocca</i>	127
<i>bacitracin zinc</i>	179	BESIVANCE	152
<i>baclofen</i>	60	BESREMI	23
BACMIN TAB	127	BETA CARE CRE	184
BAFIERTAM	60	<i>beta carotene</i>	127
<i>balsalazide disodium</i>	88	<i>beta carotene provitamin</i>	127
BALVERSA	25	BETADINE	184
<i>balziva</i>	68	BETADINE ANTISEPTIC	184
<i>banophen</i>	157, 184	BETADINE SURGICAL SCRUB	184
BARACLUDE	15	BETADINE SWABSTICKS	184
BARIATRIC CAP MULTIVIT	127	<i>betaine powder for oral solution</i>	79
BASAGLAR KWIKPEN	66	<i>betamethasone dipropionate augmented</i> ..	182
<i>baza antifungal</i>	180	<i>betamethasone dipropionate (topical)</i>	182
BCG VACCINE	106	<i>betamethasone valerate</i>	182
<i>b-complex balanced</i>	126	BETASERON	60
B-COMPLEX/FA TAB /VIT C	126	BETA XMA CRE	184
BD ALCOHOL SWABS	66	<i>betaxolol hcl</i>	41
BD GLUCOSE	77	<i>betaxolol hcl (ophth)</i>	154
<i>bec/zinc</i>	127	<i>bethanechol chloride</i>	95
<i>benazepril hcl</i>	36	BETOPTIC-S	154
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>	35	<i>better b complex</i>	127
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	35	BEVESPI AER 9-4.8MCG	156
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	35	<i>bexarotene</i>	24
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	35	<i>bexarotene (topical)</i>	184
BENDAMUSTINE HYDROCHLORID	20	BEXSERO INJ	106
BENDEKA	20	<i>bicalutamide</i>	22
BENLYSTA	105	BICILLIN L-A	19
BENZEDREX INH	161	BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	14
<i>benzefoam</i>	178	BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	14
<i>benzoin compound tincture</i>	184	BINAXNOW COV KIT HOME TES	8
BENZOIN TIN	184	BIO-35 GLUTE CAP FREE	127
BENZOIN TIN PLAIN	184	BIOCAL CAP	127
<i>benzonatate</i>	161	BIO-D-MULSION	127
<i>benzoyl peroxide</i>	178	BIO-D-MULSION FORTE	127
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i> ..	178	BIO-K PLUS CAP STRONG	84
<i>benzoyl peroxide topical</i>	178	BIOLYTE SOL CITRUS	111
		BIOMEPRO CAP	84
		BIOMEPRO LIQ	84
		<i>biotin</i>	127
		BIOTIN	127
		BIOTIN-D POW	108

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>biotin/maximum strength</i>	127	BROMSITE	153
BIOTIN POW	108	BRONCHITOL	173
<i>bisacodyl</i>	88	BRUKINSA	25
<i>bisacodyl ec</i>	88	<i>budesonide</i>	88
<i>bismatrol</i>	84	<i>budesonide (inhalation)</i>	177
<i>bismuth subsalicylate</i>	84	BULL FROG SPR MOSQUITO	184
<i>bisoprolol fumarate</i>	41	<i>bumetanide</i>	43
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	41	<i>buprenorphine</i>	5
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	41	<i>buprenorphine hcl</i>	61
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	41	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i>	61
BIVIGAM	104	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i>	61
<i>blisovi 24 fe</i>	68	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i>	61
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	68	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i>	61
<i>body/hair/skin/nails</i>	127	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i>	61
BOOST BREEZE LIQ ASSORTED	121	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i>	62
BOOST LIQ BREEZE	121	<i>bupropion hcl</i>	46
BOOSTRIX INJ	106	<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i>	62
BORIC ACID GRA	108	<i>buspirone hcl</i>	45
BORIC ACID POW	108	<i>butenafine hcl</i>	180
<i>bortezomib</i>	25	<i>butorphanol tartrate</i>	6
BORTEZOMIB	25	BYDUREON BCISE	63
<i>bosentan</i>	45	BYETTA	63
BOSULIF	25	C	
<i>bpo foaming cloths</i>	178	<i>c-250</i>	127
<i>bprotected multi-vite</i>	127	<i>c 500</i>	127
<i>bprotected pedia d-vite</i>	127	<i>c-500</i>	127
<i>bprotected pedia iron</i>	98	<i>c-500/rose hips</i>	127
BPROTECT PED DRO TRI-VITE	127	<i>c 1000</i>	127
BP VIT 3 CAP	127	<i>c-1000</i>	127
BRAFTOVI	25	<i>c-1000/rose hips</i>	127
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG	178	<i>cabergoline</i>	79
BREO ELLIPTA INH 100-25	178	CABOMETYX	25
BREO ELLIPTA INH 200-25	178	CAFFEINE POW ANHYDROU	108
BREZTRI AERO AER SPHERE	156	CALC CITRATE LIQ VIT D3	115
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	156	CALC CITRATE TAB +D	115
<i>briellyn</i>	68	<i>calcidol</i>	127
BRILINTA	101	<i>calcipotriene</i>	181
<i>brimonidine tartrate</i>	154	<i>calcitonin (salmon) spray</i>	67
<i>brinzolamide</i>	154	<i>calcitrate</i>	115
BRIVIACT	52		
<i>bromfenac sodium (ophth)</i>	153		
<i>bromocriptine mesylate</i>	48		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
CAL-CITRATE	115	calcium carbonate-cholecalciferol tab	
CAL-CITRATE TAB PLUS D	115	600 mg-5 mcg(200 unit)	116
calcitrene	181	calcium carbonate-vitamin d cap	
calcitriol	82	600 mg-5 mcg (200 unit)	117
calcitriol (oral)	82	calcium carbonate-vitamin d tab 250 mg-	
calcium+d3	117	3.125 mcg (125 unit)	117
calcium 500 + d	115	calcium carbonate-vitamin d tab	
calcium 500 +d	115	600 mg-5 mcg (200 unit)	117
calcium 500+d	115	CALCIUM CHW 500-10	117
calcium 500 +d3	115	CALCIUM CHW 500MG	117
calcium 500+d3	115	calcium citrate	117
calcium 500+d high potenc	115	CALCIUM CITRATE	117
calcium 500/d	116	calcium citrate + d	117
calcium 500/vitamin d	116	calcium citrate + d3	117
calcium 600	116	calcium citrate+d3	117
calcium 600 + d	116	calcium citrate + d3 max	117
calcium 600+d	116	calcium citrate + d3 maxi	117
calcium 600+d3	116	calcium citrate+d3 petite	117
calcium 600+d3 plus miner	116	calcium citrate/d3	117
calcium 600+d high potenc	116	CALCIUM CIT/ TAB VIT D	117
calcium 600+d plus minera	116	calcium cit-vitamin d tab	
calcium 600 high potency	116	315 mg-5 mcg(200 unit) (elem ca)	117
CALCIUM 600 TAB +D	116	calcium cit-vit d tab 200 mg-6.25 mcg(250	
calcium 600/vitamin d	116	unit) (elem ca)	117
calcium 600/vitamin d3	116	calcium cit-vit d tab 315 mg-6.25 mcg(250	
calcium 600 with vitamin	116	unit) (elem ca)	117
CALCIUM 1000 TAB + D	116	calcium creamies	117
CALCIUM 1200 CHW	116	CALCIUM/D3 CAP 600-2500	117
calcium acetate (phosphate binder)	81	calcium gummies	117
calcium antacid	82	calcium high potency	117
calcium antacid extra str	82	calcium high potency + vi	117
CALCIUM CARB CAP VIT D3	116	CALCIUM LACTATE	117
calcium carb-cholecalciferol tab 250 mg-		calcium plus vitamin d	117
3.125 mcg (125 unit)	116	calcium plus vitamin d3	117
calcium carb-cholecalciferol tab 500 mg-		calcium polycarbophil	88
10 mcg (400 unit)	116	calcium/vitamin d3	118
calcium carb-cholecalciferol tab 600 mg-		CALCIUM/VITD CAP 600-400	118
10 mcg (400 unit)	116	cal-gest antacid	82
calcium carb-cholecalciferol tab 600 mg-		callus remover and corn	185
20 mcg (800 unit)	116	CAL-MINT	115
calcium carbonate	116	CALQUENCE	26
CALCIUM CARBONATE	82, 116	CAL-QUICK LIQ 500-400	115
calcium carbonate (antacid)	83	CALTRATE + D TAB 300-800	118
calcium carbonate-cholecalciferol tab		CALTRATE 600 CHW 600-800	118
500 mg-5 mcg(200 unit)	116	camila	68
		camrese	69

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>camrese lo</i>	69	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i>	48
<i>candesartan cilexetil</i>	39	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i>	48
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg</i>	37	<i>carboplatin</i>	20
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg</i>	37	<i>carboxymethylcellulose sodium (ophth)</i>	154
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-25 mg</i>	37	CARESTART KIT COVID-19	8
CAPCOF SYP 5-2-10MG	161	<i>carglumic acid</i>	79
CAPLYTA	49	<i>carisoprodol</i>	60
CAPMIST DM TAB	161	<i>carteolol hcl (ophth)</i>	154
CAPRELSA	26	<i>cartia xt</i>	42
CAPRON DM LIQ	161	<i>carvedilol</i>	41
CAPRON DMT TAB 30-30MG	161	<i>caspofungin acetate</i>	11
<i>capsaicin</i>	184	<i>castor oil</i>	88
<i>capsaicin heat patch</i>	184	CASTOR OIL	108
CAPSULE SZ 1 CAP LACTOSE	108	<i>castor oil stimulant laxa</i>	88
<i>captopril</i>	36	CAYSTON	8
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg</i>	35	C-BUFF POW	127
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	35	<i>cefaclor</i>	16
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</i>	35	CEFACLOR ER	16
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	35	<i>cefadroxil</i>	16
<i>carbamazepine</i>	52	CEFAZOLIN	16
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	48	CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	16
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	48	CEFAZOLIN INJ 3GM/150ML-4%	16
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	48	<i>cefazolin sodium</i>	17
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	48	CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	17
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	48	<i>cefdinir</i>	17
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	48	<i>cefepime hcl</i>	17
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	48	<i>cefixime</i>	17
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	48	<i>cefoxitin sodium</i>	17
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	48	<i>cefpodoxime proxetil</i>	17
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	48	<i>cefprozil</i>	17
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	48	<i>ceftazidime</i>	17
<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg</i>	48	<i>ceftriaxone sodium</i>	17
		<i>cefuroxime axetil</i>	17
		<i>cefuroxime sodium</i>	17
		<i>celecoxib</i>	4
		CELLULOSE CRY MICROCRY	108
		<i>centavite a-z complete mu</i>	127
		CENT MATURE TAB ADLT 50+	127
		CENTRAL-VITE TAB	127
		CENTRATEx CAP	98
		<i>centravites</i>	128
		<i>centravites 50 plus</i>	128
		CENTRAVITES TAB 50 PLUS	128
		CENTRAVITES TAB ADULTS	128

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
CENTRUM 50+ CHW FRSH/FRU	128	CHEWABLE CALCIUM	118
CENTRUM CHW ADULTS	128	<i>childrens acetaminophen</i>	1
CENTRUM CHW FLAV BST	128	<i>childrens animal shapes c</i>	128
CENTRUM CHW SILVER	128	<i>childrens chewable multiv</i>	128
CENTRUM KIDS CHW	128	<i>childrens chewable vitam</i>	128
CENTRUM KIDS CHW FLAV BST	128	CHILDRENS GUMMIES	128
CENTRUM SPEC TAB HEART	128	<i>childrens ibuprofen</i>	4
CENTRUM SPEC TAB VISION	128	<i>childrens loratadine</i>	157
CENTRUM TAB CARDIO	128	<i>childrens mucus relief co</i>	161
CENTRUM TAB MEN	128	<i>childrens pain relief plu</i>	161
CENTRUM TAB SILVER	128	<i>childrens silapap</i>	1
CENTRUM TAB ULTRA	128	CHLO HIST SOL	161
<i>century</i>	128	CHLOR/DEXCH LIQ PSE	161
<i>century mature</i>	128	CHLORELLA CAP	128
<i>cephalexin</i>	17	<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>	190
<i>ceralyte 70</i>	111	<i>chlorocaps</i>	128
CERASPORT SOL	111	<i>chloroquine phosphate</i>	12
CERASPORT SOL EX1	111	<i>chlorpheniramine maleate</i>	157
CERAVE CRE MOISTURI	184	<i>chlorpromazine hcl</i>	49
CERAVE HEALING	184	<i>chlorthalidone</i>	43
CERAVE SA CRE RGH/BMP	184	CHLO TUSS LIQ	161
CERDELGA	79	<i>chocolated laxative regul</i>	88
CEREZYME	79	<i>cholecalciferol</i>	129
<i>cerovite jr</i>	128	<i>cholecalciferol cap 1.25 mg (50000 unit)</i> ..	129
<i>cerovite senior</i>	128	<i>cholecalciferol cap 250 mcg (10000 unit)</i> ..	129
<i>certa-vite</i>	128	CHOLESTEROL POW	108
<i>certavite/antioxidants</i>	128	CHOLESTEROL POW ACETATE	108
CERTAVITE/ TAB ANTIOXID	128	<i>cholestyramine</i>	40
CERTAVITE TAB SENIOR	128	<i>cholestyramine light</i>	40
CETAPHIL CRE HAND	184	<i>chromagen</i>	98
<i>cetirizine hcl</i>	157	<i>ciclopirox olamine</i>	180
<i>cetirizine hcl allergy ch</i>	157	<i>cilostazol</i>	101
<i>cetirizine hcl childrens</i>	157	CILOXAN	152
<i>cetirizine hydrochloride</i>	157	CIMDUO TAB 300-300	14
<i>cetirizine-pseudoephedrine tab er 12hr</i> 5-120 mg	161	<i>cinacalcet hcl</i>	79
<i>cevimeline hcl</i>	190	CIPRO	18
CGH/CHEST SYP CONG DM	161	<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	18
<i>chateal eq</i>	69	<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	18
CHEMET	67	<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp</i> 0.3-0.1%	156
CHEMSTRIP 5 TES OB	79	<i>ciprofloxacin hcl</i>	18
CHEMSTRIP 7 TES	79	<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i>	152
CHEMSTRIP 10 TES MD	79	CIRCATA	184
<i>chest congestion relief</i>	161	<i>cisplatin</i>	20
<i>chest congestion relief d</i>	161	<i>citalopram hydrobromide</i>	46
<i>chest congestion relief p</i>	161	CITRACAL+D3 CHW 250-500	118

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
CITRACAL CAL CHW GUMMIES	118	<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i>	
CITRACAL TAB MAX PLUS	129	1-0.05%	180
CITRULLINE POW (L)	108	<i>clozapine</i>	49, 50
<i>claravis</i>	178	COARTEM TAB 20-120MG	12
<i>clarithromycin</i>	17	COCONUT OIL CRE BEAUTY	184
<i>clearlax</i>	88	COENZYME Q10 POW	108
<i>clindamycin hcl</i>	8	<i>coenzyme q10 (ubidecarenone)</i>	121
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	8	<i>colace 2-in-1</i>	88
<i>clindamycin phosphate</i>	8	COLACE CLEAR	88
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i>		<i>colchicine</i>	1
300 mg/50ml	8	<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	1
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i>		COLD & ALLER LIQ CHILDREN	161
600 mg/50ml	8	<i>cold & cough childrens</i>	161
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i>		<i>cold/cough childrens</i>	161
900 mg/50ml	8	<i>cold/flu daytime relief</i>	161
<i>clindamycin phosphate (topical)</i>	178, 179	<i>cold & flu nighttime reli</i>	161
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	96	<i>cold & flu relief daytime</i>	161
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	8	<i>cold & flu relief nightti</i>	161
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	8	<i>cold relief plus</i>	161
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	8	<i>cold & sinus</i>	161
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	115	COLEMAN 100 MAX INSECT RE	184
CLINIMIX INJ 4.25/D10	115	COLEMAN INSECT REPELLENT/	184
CLINIMIX INJ 5%/D15W	115	COLEMAN BOTAN LIQ INSECT	184
CLINIMIX INJ 5%/D20W	115	COLEMAN INSEC LIQ SKINSMAR	184
CLINIMIX INJ 6/5	115	COLEMAN INSEC SPR SKINSMAR	185
CLINIMIX INJ 8/10	115	<i>colesevelam hcl</i>	40
CLINIMIX INJ 8/14	115	<i>colestipol hcl</i>	40
<i>clinisol sf 15%</i>	115	<i>colistimethate sodium</i>	8
CLINITEST KIT SELF-TST	8	COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	154
CLINOLIPID EMU 20%	115	COMBIVENT AER 20-100	156
<i>clobazam</i>	52	COMETRIQ (60MG DOSE)	26
<i>clobetasol propionate</i>	182	COMETRIQ KIT 100MG	26
<i>clobetasol propionate e</i>	182	COMETRIQ KIT 140MG	26
<i>clomipramine hcl</i>	46	COMPACT SPAC MIS CHAMBER	173
<i>clonazepam</i>	52	COMPACT SPAC MIS LG MASK	173
<i>clonidine</i>	44	COMPACT SPAC MIS MD MASK	173
<i>clonidine hcl</i>	44	COMPACT SPAC MIS SM MASK	173
<i>clopidogrel bisulfate</i>	102	<i>companion</i>	129
<i>clorazepate dipotassium</i>	52	<i>compete</i>	129
<i>clotrimazole</i>	190	COMPLERA TAB	14
<i>clotrimazole 3</i>	96	<i>complete allergy medicine</i>	157
<i>clotrimazole antifungal</i>	180	<i>complete multivitamin/mul</i>	129
<i>clotrimazole athletes foo</i>	180	<i>compro</i>	86
<i>clotrimazole (topical)</i>	180	CONCEPTIONXR MIS MOTILITY	129
<i>clotrimazole vaginal</i>	96	CONEX SOL CLD/ALRG	161
		CONEX TAB 2-60MG	162

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>constulose</i>	88	CUTTER DRY	185
COPIKTRA	26	CUTTER LEMON LIQ EUCALYPT	185
CO Q-10	121	CUTTER LIQ NATURAL	185
<i>coq10 maximum strength</i>	121	CUTTER SKINSATIONS	185
CORLANOR	44	CUTTER SPORT	185
<i>corn and callus remover</i>	185	<i>cvs acidophilus probiotic</i>	84
COROMEGA EMU OMEGA 3	121	<i>cvs advanced healing oint</i>	185
<i>corvita</i>	129	<i>cvs airshield</i>	129
<i>corvita 150</i>	98	<i>cvs airshield effervescent</i>	129
CORVITE 150 TAB	98	<i>cvs b6</i>	129
CORVITE FE TAB	98	<i>cvs b complex plus c</i>	129
COTELLIC	26	<i>cvs biotin</i>	129
<i>cough & cold</i>	162	<i>cvs calcium 600+d</i>	118
<i>cough & cold hbp</i>	162	<i>cvs calcium 600 + d plus</i>	118
<i>cough dm</i>	162	<i>cvs calcium 600 & vitamin</i>	118
<i>cough dm childrens</i>	162	<i>cvs calcium carbonate</i>	118
COVID-19 AT- KIT 1-PACK	9	<i>cvs calcium citrate+d3 pe</i>	118
COVID-19 RAP KIT 1-PACK	9	<i>cvs calcium & vitamin d3</i>	118
COVID-19 RAP KIT 2-PACK	9	<i>cvs castor oil</i>	88
COVID-19 TES KIT SPECIMEN	9	<i>cvs chewable childrens vi</i>	129
CREAM BASE CRE	108	<i>cvs childrens chewable co</i>	129
CREON CAP 3000UNIT	94	<i>cvs coenzyme q-10</i>	121
CREON CAP 6000UNIT	94	<i>cvs coq-10</i>	122
CREON CAP 12000UNT	94	CVS COVID-19 KIT HOME 2PK	9
CREON CAP 24000UNT	94	<i>cvs d3</i>	129
CREON CAP 36000UNT	94	<i>cvs daily gummies</i>	129
<i>cromolyn sodium</i>	173	<i>cvs daily gummies adult</i>	129
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i>	92	<i>cvs daily multiple for me</i>	129
<i>cromolyn sodium (nasal)</i>	173	<i>cvs daily multiple for wo</i>	129
<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	153	<i>cvs e</i>	129
<i>cryselle-28</i>	69	<i>cvs electrolyte solution</i>	111
CULTURELLE CAP ADV REG	84	<i>cvs e oil</i>	129
CULTURELLE CAP WOMENS	84	<i>cvs eye health & lutein</i>	129
CULTURELLE CHW MULTIVIT	129	<i>cvs fish oil</i>	122
<i>culturelle kids complete</i>	129	<i>cvs fish oil half-the-siz</i>	122
<i>culturelle kids multivita</i>	129	<i>cvs folic acid</i>	130
<i>culturelle kids probiotic</i>	129	<i>cvs glucose</i>	77
<i>culturelle prenatal welln</i>	84	CVS GLUCOSE CHW FRUIT	77
<i>culturelle total balance</i>	84	CVS GUMMY DINOS	130
<i>culturelle womens wellnes</i>	84	CVS GUMMY DINOS CHILDRENS	130
CUTTER	185	<i>cvs gummy fish childrens</i>	122
CUTTER AER NATURAL	185	CVS GUMMY MULTIVITAMIN KI	130
CUTTER ALL FAMILY	185	CVS INSECT REPELLENT	185
CUTTER ALL FAMILY MOSQUIT	185	<i>cvs iron</i>	98
CUTTER BACKWOODS	185	<i>cvs jock itch</i>	180
CUTTER BACKWOODS DRY	185	CVS KETONE TES CARE	79

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>cv's magnesium</i>	118	CYSTAGON	79
<i>cv's magnesium oxide</i>	118	CYSTARAN	154
<i>cv's mens daily gummies</i>	130	<i>cytarabine</i>	21
CVS NASAL MIST	173	<i>cyto arg</i>	122
<i>cv's natural fish oil</i>	122	CYTO-Q	122
<i>cv's one daily essential</i>	130	CYTO-Q MAX	122
<i>cv's one daily mens health</i>	130	CYTO-Q T/F	122
<i>cv's one daily womens form</i>	130	D	
<i>cv's oyster shell calcium/</i>	118	D2.5W/NACL INJ 0.45%	112
<i>cv's pediatric electrolyte</i>	112	<i>d3</i>	130
<i>cv's pinworm treatment</i>	9	<i>d-3-5</i>	131
<i>cv's saline nasal spray</i>	173	<i>d3-50</i>	131
<i>cv's slow release iron</i>	98	<i>d3-1000</i>	131
<i>cv's spectravite advanced</i>	130	<i>d3 2000</i>	130
<i>cv's spectravite men</i>	130	<i>d3 5000</i>	130
<i>cv's spectravite men 50+</i>	130	<i>d3 adult</i>	130
<i>cv's spectravite senior</i>	130	<i>d3 adult gummy</i>	131
<i>cv's spectravite ultra hea</i>	130	D3 BABY DROPS	131
<i>cv's spectravite ultra wom</i>	130	<i>d3 high potency</i>	131
<i>cv's spectravite women</i>	130	<i>d3 kids</i>	131
<i>cv's spectravite women 50+</i>	130	D3 LIQUID	131
<i>cv's stress formula/zinc</i>	130	<i>d3 maximum strength</i>	131
<i>cv's super b complex/c</i>	130	<i>d3 super strength</i>	131
CVS TOTAL HOME INSECT REP	185	D5W/LYTES INJ #48	112
CVS VISION CAP HEALTH	130	D10W/NACL INJ 0.2%	112
<i>cv's vitamin a</i>	130	<i>d 400</i>	131
<i>cv's vitamin c</i>	130	<i>d-400</i>	131
<i>cv's vitamin c/rose hips</i>	130	<i>d 1000</i>	131
<i>cv's vitamin d3</i>	130	<i>d-1000 extra strength</i>	131
<i>cv's vitamin e</i>	130	<i>d2000 ultra strength</i>	131
<i>cv's womens active daily</i>	130	<i>d 5000</i>	131
<i>cv's womens daily gummies</i>	130	<i>d-5000</i>	131
CYANOCOBALAM CRY	108	<i>d 10000</i>	131
<i>cyanocobalamin</i>	130	<i>daily combo multi vitamin</i>	131
CYANOCOBAL POW	108	<i>daily multiple vitamins</i>	131
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	61	<i>daily multivitamin</i>	131
<i>cyclophosphamide</i>	20	<i>daily value multivitamin</i>	131
CYCLOPHOSPHAMIDE	20, 21	<i>daily vitamins</i>	131
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR	21	<i>daily vite</i>	131
<i>cycloserine</i>	15	<i>daily-vite</i>	131
<i>cyclosporine</i>	105	<i>daily-vite multivitamin</i>	131
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> 106		<i>daily vite multivitamin/i</i>	131
<i>cyproheptadine hcl</i>	158	<i>dalfampridine</i>	60
<i>cyred eq</i>	69	<i>danazol</i>	75
CYSTADROPS	154	<i>dandruff shampoo</i>	185

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>dantrolene sodium</i>	61	<i>dermacinrx atrix antibact</i>	185
<i>dapsone</i>	9	<i>dermacinrx atrix clarifyi</i>	185
DAPTACEL INJ	106	DERMACINRX CHW DAVIMET	132
<i>daptomycin</i>	9	DERMACINRX CIRCATRIX	185
DAPTOMYCIN	9	<i>dermacinrx penetral</i>	185
<i>darunavir</i>	12	<i>dermacinrx skin repair</i>	185
<i>dasatinib</i>	26	DERMACINRX TAB RIBOT-E	132
<i>dasetta 1/35</i>	69	DESCOVY TAB 120-15MG	14
<i>dasetta 7/7/7</i>	69	DESCOVY TAB 200/25MG	14
DAURISMO	26	<i>desipramine hcl</i>	46
DAY CLEAR CHW ALGY/CGH	162	<i>desmopressin acetate</i>	79
DAYCLEAR TAB 25-50MG	162	<i>desmopressin acetate spray</i>	79
<i>daysee</i>	69	<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i>	79
<i>daytime cold & flu relief</i>	162	<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-</i> <i>0.02/0.01 mg(21/5)</i>	69
DAYVIGO	58	<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab</i> <i>0.15 mg-30 mcg</i>	69
DDROPS	131	<i>desvenlafaxine succinate</i>	46
<i>deblitane</i>	69	DEX4 CHW FRUIT	77
<i>decara</i>	131	DEX4 CHW GRAPE	77
DECARA	131	DEX4 CHW ORANGE	77
DECARA K CAP	132	DEX4 CHW RASPBERRY	77
DECONEX DMX TAB	162	DEX4 CHW SOUR APL	77
DECONEX IR TAB 10-385MG	162	DEX4 CHW WATERMLN	77
DECUBI-VITE CAP	132	DEX4 POUCH CHW PACK	77
<i>deep sea nasal spray</i>	173	DEX4 QUICK DISSOLVE GLUCO	77
<i>deferasirox</i>	68	<i>dexamethasone</i>	76
DEKAS CAP ESSENTIA	132	DEXAMETHASONE INTENSOL	76
DEKAS CHW BARIATRI	132	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	76
DEKAS LIQ ESSENTIA	132	<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i> 153	
DEKAS PLUS CAP	132	<i>dexbrompheniramine-phenylephrine tab</i> <i>2-10 mg</i>	162
DEKAS PLUS CAP OCEAN	132	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	57
DEKAS PLUS CHW	132	<i>dextromethorphan-guaifenesin syrup 10-</i> <i>100 mg/5ml</i>	162
DEKAS PLUS LIQ	132	<i>dextromethorphan hbr</i>	162
DELSTRIGO TAB	14	<i>dextromethorphan polistirex</i>	162
DELSYM	162	<i>dextrose</i>	115
DELSYM CGH LIQ SR THRT	162	<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i> ..	112
DELSYM CHILD LIQ CGH/ST	162	<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	112
DELSYM CHILD MIS DAY/NGHT	162	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	112
<i>delsym cough + chest cong</i>	162	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	112
<i>delsym cough + cold night</i>	162	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	112
DELSYM MIS DAY/NGHT	162	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	112
DELSYM NIGHT SOL CGH/MAX	162	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i> ...	113
<i>delta d3</i>	132		
DENGVAIXA SUS	106		
DEPO-SUBQ PROVERA 104	69		
<i>depo-testosterone</i>	63		
DERMABASE CRE	185		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45% ...	113	diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg	92
diabetes health formula	132	DIP/TET PED INJ 25-5LFU	106
DIABETES PAK HEALTH	132	dipyridamole	102
DIABET HLTH PAK SUPPORT	132	disopyramide phosphate	39
DIABETIDERM CRE	185	DISTILLED LIQ WATER	108
DIABETIDERM CRE FOOT	185	disulfiram	62
DIACOMIT	52, 53	divalproex sodium	53
dialyvite	132	DML FORTE CRE	185
dialyvite 800	132	docetaxel	24
dialyvite 800/ultra d	132	DOCETAXEL	24
DIALYVITE TAB 3000	132	docusate calcium	88
DIALYVITE TAB 5000	132	docusate mini	88
DIALYVITE TAB SUPREM D	132	docusate sodium	88
DIALYVITE/ TAB ZINC	132	DOCUSOL KIDS	88
dialyvite vitamin d3 max	132	docusol mini	89
dialyvite vitamin d 5000	132	docusol plus mini-enema	89
DIALYVITE WAF 800	132	dodex	132
DIATRUST KIT COVID-19	9	dofetilide	39
diazepam	53	dok	89
diazepam (anticonvulsant)	53	DOLOGESIC-DF TAB 1-500MG	162
diazepam inj	53	DOLOGESIC TAB 1-500MG	162
diazepam intensol	53	donepezil hydrochloride	45
diazoxide	77	DOPTelet	101
diclofenac potassium	4	dorzolamide hcl	154
diclofenac sodium	4	dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 2-0.5%	154
diclofenac sodium (ophth)	153	DOTREMIN TAB	132
diclofenac sodium (topical)	185	dotti	75
dicloxacillin sodium	19	DOVATO TAB 50-300MG	14
dicyclomine hcl	87	doxazosin mesylate	36
DIFICID	17	doxepin hcl	46
diflunisal	4	doxepin hcl (sleep)	58
digoxin	44	doxorubicin hcl	21
dihydroergotamine mesylate	58, 59	doxorubicin hcl liposomal	21
DILANTIN	53	DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE	21
DILANTIN-125	53	doxy 100	20
DILANTIN INFATABS	53	doxycycline hyclate	20
diltiazem hcl	42	doxycycline (monohydrate)	20
diltiazem hcl coated beads	42	doxylamine-phenylephrine tab 7.5-10 mg	162
diltiazem hcl extended release beads	42	driminate	86
dilt-xr	42	DRIZALMA SPRINKLE	46
dimaphen dm cold & cough	162	dronabinol	86
diphenhydramine hcl	158	drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg	69
diphenhydramine-zinc acetate cream 2-0.1%	185		
diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml	92		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab</i>		EDURANT	12
3-0.03 mg	69	e.e.s. 400	17
<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate</i>		efavirenz	12
tab 3-0.03-0.451 mg	69	efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab	
DROXIA	101	600-200-300 mg	14
droxidopa	44	efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-	
dry eye formula	132	300-300 mg	14
dry eye relief	154	efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-	
dry eye relief drops	154	300-300 mg	14
dry skin treatment	185	eldertonc	133
DULERA AER 50-5MCG	178	ELIGARD	22
DULERA AER 100-5MCG	178	elinest	69
DULERA AER 200-5MCG	178	ELIQUIS	97
duloxetine hcl	46	ELIQUIS STARTER PACK	97
DUPIXENT	102	ELLENCE	21
DURAFLU TAB	162	ELLUME COV19 KIT HOME TES	9
DUREX MIS REALFEEL	69	eluryng	69
dutasteride	95	EMERGEN-C CHW VITA C	133
dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg	95	EMERGEN-C PAK BLUE	133
d-vite pediatric	131	EMERGEN-C PAK HEART	133
E		EMERGEN-C PAK IMMUNE	133
e-200	132	EMERGEN-C PAK KIDZ	133
e200	132	EMERGEN-C PAK MSM LITE	133
e-400	132	EMERGEN-C PAK PINK	133
e400	132	EMERGEN-C PAK VITA C	133
e-400-clear	133	EMERGEN-C PAK VIT D/CA	133
e 1000	132	EMOLLIA-CREM CRE	186
e1000	132	EMOLLIENT CRE BASE	108
EAGLE WATCH MOSQUITO ELIM	186	EMPTY CAPSUL CAP #0	108, 109
ear drops	190	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 0	109
earwax removal	190	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 1	109
earwax removal kit	190	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 2	109
EASIVENT MIS	173	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 3	109
EASIVENT MIS MASK LG	173	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 4	109
EASIVENT MIS MASK MED	173	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 5	109
EASIVENT MIS MASK SM	173	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 7	109
ec-naproxen	4	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 10	109
econtra ez	69	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 11	109
econtra one-step	69	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 13	109
ed a-hist	162	EMSAM	46
ed a-hist dm	162	emtricitabine	12
ED A-HIST DM TAB 10-4-10	162	emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate	
ed-apap	1	tab 100-150 mg	14
ED BRON GP LIQ	162	emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate	
ed chlorped jr	158	tab 133-200 mg	14

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i>		<i>enulose</i>	89
<i>tab 167-250 mg</i>	14	<i>e-oil</i>	133
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i>		<i>e-ointment</i>	186
<i>tab 200-300 mg</i>	14	EPCLUSA PAK 150-37.5	15
EMTRIVA	12	EPCLUSA PAK 200-50MG	15
EMVERM	9	EPCLUSA TAB 200-50MG	15
<i>emzahh</i>	69	EPCLUSA TAB 400-100	15
<i>enalapril maleate</i>	36	EPIDIOLEX	53
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide</i>		<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	44, 173
<i>tab 5-12.5 mg</i>	35	<i>epitol</i>	53
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide</i>		<i>eplerenone</i>	36
<i>tab 10-25 mg</i>	35	EPRONTIA	53
ENBREL	102	<i>epsom salt</i>	89
ENBREL MINI	102	<i>eq calcium 500+d</i>	118
ENBREL SURECLICK	102	<i>eq calcium 600+d</i>	118
<i>endacof-dm</i>	163	<i>eq calcium 600+d+minerals</i>	118
ENDARI	101	<i>eq calcium citrate+d</i>	118
<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	6	<i>eq complete chewable mult</i>	133
<i>endocet tab 5-325mg</i>	6	<i>eq complete multivitamin</i>	133
<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	6	EQ COMPLETE TAB ADULT	133
<i>endocet tab 10-325mg</i>	6	<i>eql b-6</i>	133
<i>endur-acin</i>	133	<i>eql calcium 600mg/vitamin</i>	118
ENDUR-VM TAB	133	EQL CALCIUM CAP VIT D	118
ENDUR-VM TAB IRON	133	<i>eql calcium citrate/ vita</i>	118
<i>enema ready-to-use</i>	89	<i>eql calcium citrate w/vit</i>	118
<i>enemeez mini</i>	89	<i>eql calcium/vitamin d</i>	118
<i>enemeez plus</i>	89	<i>eql carbonyl iron</i>	98
ENFAMIL SOL ENFALYTE	112	<i>eql castor oil</i>	89
ENERGIX-B	106	<i>eql century</i>	133
<i>enilloring</i>	69	<i>eql century mature</i>	133
<i>enoxaparin sodium</i>	97	EQL CENTURY TAB MENS	133
<i>enpresse-28</i>	69	<i>eql childrens multivitami</i>	133
<i>enskyce</i>	69	<i>eql coq10</i>	122
ENSTILAR AER	182	EQL DIGESTIVE PROBIOTIC	84
ENSURE CLEAR LIQ APPLE	122	<i>eql fish oil</i>	122
ENSURE CLEAR LIQ BBRY/POM	122	<i>eql iron supplement thera</i>	98
ENSURE CLEAR LIQ MIX BERY	122	<i>eql omega 3 fish oil</i>	122
ENSURE CLEAR LIQ MIX FRUT	122	<i>eql omega-3 fish oil</i>	122
ENSURE CLEAR LIQ PEACH	122	<i>eql one daily mens 50+ ad</i>	133
<i>entacapone</i>	48	<i>eql one daily mens health</i>	133
<i>entecavir</i>	15	<i>eql one daily womens 50+</i>	133
ENTRESTO CAP 6-6MG	37	<i>eql probiotic acidophilus</i>	84
ENTRESTO CAP 15-16MG	37	<i>eql saline nasal spray</i>	173
ENTRESTO TAB 24-26MG	37	<i>eql slow release iron</i>	98
ENTRESTO TAB 49-51MG	37	<i>eql stress b-complex/vita</i>	133
ENTRESTO TAB 97-103MG	37	<i>eql super b complex/vitam</i>	133

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>eql vision formula</i>	133	<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab</i>	
<i>eql vitamin c</i>	133	1 mg-50 mcg	70
<i>eql vitamin c/rose hips</i>	134	<i>etodolac</i>	4
<i>eql vitamin d3</i>	134	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-</i>	
<i>eql vitamin e</i>	134	0.015 mg/24hr	70
EQ MULTIVITAMIN GUMMIES C	133	<i>etoposide</i>	24
EQ ONE DAILY TAB MENS	133	<i>etravirine</i>	12
EQ ONE DAILY TAB WOMENS	133	EUCERIN HAND CRE ADV REPA	186
<i>eq one daily womens healt</i>	133	EUCERIN PLUS CRE	186
<i>eq saline nasal spray</i>	173	EULEXIN	22
<i>eq slow-release iron</i>	98	<i>euthyrox</i>	81
EQ THERAPEUT CRE MOISTURI	186	<i>everolimus</i>	26, 27
<i>ergocalciferol</i>	134	<i>everolimus (immunosuppressant)</i>	106
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	59	EVOTAZ TAB 300-150	14
ERIVEDGE	26	<i>exemestane</i>	22
ERLEADA	22	EYE HEALTH CAP ADLT 50+	134
<i>erlotinib hcl</i>	26	EYE HEALTH TAB LUTEIN	134
<i>errin</i>	69	<i>eye itch relief</i>	154
<i>ertapenem sodium</i>	9	EYE MULTIVIT CAP	134
<i>ery</i>	179	EYE MULTIVIT CAP LUTEIN	134
<i>ery-tab</i>	17	EYE MULTIVIT TAB SODIUM	134
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	17	EYSUVIS	153
<i>erythromycin (acne aid)</i>	179	<i>ezetimibe</i>	40
<i>erythromycin base</i>	18	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	40
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	18	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	40
<i>erythromycin lactobionate</i>	18	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	40
<i>erythromycin (ophth)</i>	152	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	40
<i>escitalopram oxalate</i>	47	EZFE 200	98
<i>esomeprazole magnesium</i>	94		
<i>essentia</i>	134	F	
<i>essential balance</i>	134	<i>fa-8</i>	134
<i>estarylla</i>	69	<i>fabb</i>	134
<i>estradiol</i>	76	FABRAZYME	79
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-</i>		<i>falmina</i>	70
0.1 mg	76	<i>famciclovir</i>	15
<i>estradiol & norethindrone acetate tab</i>		<i>famotidine</i>	87
1-0.5 mg	76	<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln</i>	
<i>estradiol vaginal</i>	76	20 mg/50ml	87
<i>estradiol valerate</i>	76	<i>famotidine maximum streng</i>	87
ESTROVEN MEN TAB SUPPLEM	134	<i>famotidine original stren</i>	87
<i>eszopiclone</i>	58	FANAPT	50
<i>ethambutol hcl</i>	15	FANAPT PAK	50
<i>ethosuximide</i>	53	FANTASY LUBR MIS COLORS	70
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab</i>		FANTASY LUBR MIS SPERMICI	70
1 mg-35 mcg	69	FANTASY MIS LUBRICAT	70
		FARXIGA	63

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
FASENRA	173	FIRST AID ANTISEPTIC OINT	186
FASENRA PEN	173	<i>fish oil adult gummies</i>	122
FATTIBASE OIN	109	<i>fish oil burp-less</i>	122
FC2 FEMALE MIS CONDOM	70	FISH OIL CAP 150MG	122
<i>felbamate</i>	53	FISH OIL CAP 180MG	122
<i>felodipine</i>	42	FISH OIL CAP 183.33MG	122
<i>fenofibrate</i>	40	FISH OIL CAP 850MG	122
<i>fenofibrate micronized</i>	40	FISH OIL CAP 1000MG	122
<i>fentanyl</i>	6	FISH OIL CAP 1400MG	122
<i>fentanyl citrate</i>	6	FISH OIL CHW 875MG	122
FERAHEME	98	<i>fish oil concentrate</i>	122
<i>ferate</i>	98	<i>fish oil double strength</i>	122
<i>fergon</i>	98	<i>fish oil extra strength</i>	122
FERIVAFA CAP 110-1MG	98	<i>fish oil maximum strength</i>	122
FERIVA TAB 21/7	98	<i>fish oil omega-3</i>	122
<i>ferosul</i>	98	<i>fish oil pearls</i>	122
FERRALET 90 TAB	98	<i>fish oil/super potent/no</i>	123
<i>ferrex 150</i>	98	<i>flac</i>	156
<i>ferric x-150</i>	98	<i>flanders buttocks</i>	186
<i>ferrous gluconate</i>	98	FLAREX	153
FERROUS GLUCONATE	99	FLAVOR SWEET SYP S/F	109
<i>ferrous sulfate</i>	99	FLEBOGAMMA DIF	104
FERROUS SULFATE	99	<i>flecainide acetate</i>	39
FE SULFATE POW	98	FLEET BISACODYL	89
FETZIMA	47	FLEET ENE PED	89
FETZIMA CAP TITRATIO	47	FLEXICHAMBER MIS	173
<i>feverall adults</i>	1	FLEXICHAMBER MIS MASK LRG	173
<i>feverall childrens</i>	1	FLEXICHAMBER MIS MASK SM	173
FEVERALL INFANTS	1	FLINTSTONES CHW COMPLETE	134
FEVERALL JUNIOR STRENGTH	1	<i>flintstones complete</i>	134
<i>fe-vite iron</i>	98	FLINTSTONES COMPLETE	134
<i>fexofenadine hcl</i>	158	<i>flintstones gummies plus</i>	134
<i>fexofenadine-pseudoephedrine tab er 12hr</i> 60-120 mg	163	FLINTSTONES GUMMIES PLUS	134
<i>fexofenadine-pseudoephedrine tab er</i> 24hr 180-240 mg	163	<i>flintstones/my first</i>	134
FIASP	66	<i>flintstones plus calcium</i>	134
FIASP FLEXTOUCH	66	<i>flintstones w/iron</i>	134
FIASP PENFILL	66	FLORAJEN CAP ACIDOPHI	84
FIASP PUMPCART	66	FLORAJEN CAP WOMEN	84
<i>fiber-lax</i>	89	<i>floranex</i>	84
<i>finasteride</i>	95	FLORIVA DRO PLUS	134
<i>finbolimod hcl</i>	60	FLOWFLEX KIT TEST	9
FINTEPLA	54	<i>fluconazole</i>	11
<i>finzala</i>	70	<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml</i> ..	11
FIRMAGON	22	<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i> ..	11
		<i>flucytosine</i>	11
		<i>fludrocortisone acetate</i>	76

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>flu hbp</i>	163	FREEZE DRIED ACIDOPHILUS	85
<i>flunisolide (nasal)</i>	177	FRESHKOTE PF SOL 2.7-2%	155
<i>fluocinolone acetonide</i>	182	FRESHKOTE SOL 2.7-2%	155
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i>	156	FRUCTOSE GRA	123
<i>fluocinonide</i>	182	<i>fruity chews</i>	135
<i>fluocinonide emulsified base</i>	182	<i>fruity chews/iron</i>	135
<i>fluorometholone (ophth)</i>	153	FRUZAQLA	27
<i>fluorouracil</i>	21	<i>full spectrum b/vitamin c</i>	135
<i>fluorouracil (topical)</i>	186	<i>fulvestrant</i>	22
<i>fluoxetine hcl</i>	47	FUNGOID TINCTURE	180
<i>fluphenazine decanoate</i>	50	<i>furosemide</i>	43
<i>fluphenazine hcl</i>	50	<i>furosemide inj</i>	43
<i>flurbiprofen</i>	4	FUSION PLUS CAP	99
<i>flurbiprofen sodium</i>	153	FUZEON	13
<i>flu/severe cold & cough d</i>	163	<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	76
<i>fluticasone propionate</i>	182	<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	76
<i>fluticasone propionate (nasal)</i>	177	FYCOMPA	54
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act</i>	178	G	
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act</i>	178	<i>gabapentin</i>	54
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act</i>	178	<i>galantamine hydrobromide</i>	45
<i>fluvoxamine maleate</i>	45	GALZIN	118
<i>folate</i>	134	GAMASTAN INJ	105
FOLDITAM TAB	134	GAMMAGARD LIQUID	105
<i>folic acid</i>	134	GAMMAGARD S/D IGA LESS TH	105
FOLIC ACID	134	GAMMAKED	105
FOLIC ACID POW	134	GAMMAPLEX	105
FOLIFLEX TAB	134	GAMUNEX-C	105
FOLITE TAB	134	<i>ganciclovir sodium</i>	15
FOLITIN-Z TAB	134	GARDASIL 9 INJ	106
FOLIVANE-F CAP	99	<i>gas relief</i>	92
FOLIXAPURE TAB 1-5000	135	<i>gas relief extra strength</i>	93
FOLTAMIN TAB 1-5000	135	<i>gas relief infants</i>	93
FOLTRATE TAB	135	<i>gas relief ultra strength</i>	93
FOLTREXYL TAB	135	<i>gas-x extra strength</i>	93
<i>fondaparinux sodium</i>	97	<i>gas-x ultra strength</i>	93
<i>fosamprenavir calcium</i>	12	<i>gatifloxacin (ophth)</i>	152
<i>fosinopril sodium</i>	36	GATTEX	93
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	35	GAUZE PADS 2	66
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	36	<i>gavilax</i>	89
FOTIVDA	27	<i>gavilyte-c</i>	89
FREEDAVITE TAB	135	<i>gavilyte-g</i>	89
		<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	89
		GAVRETO	27
		<i>gefitinib</i>	27
		<i>gemcitabine hcl</i>	21

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>gemfibrozil</i>	40	GLYCERIN	109
GEMTESA	96	GLYCERIN LIQ	109
GENADEK CAP STEP 1	135	<i>glycolax</i>	89
GENADEK CAP STEP 2	135	<i>glycopyrrolate</i>	87
GENADEK DRO	135	<i>glydo</i>	183
<i>generlac</i>	89	GLYXAMBI TAB 10-5 MG	64
<i>engraf</i>	106	GLYXAMBI TAB 25-5 MG	64
GENOTROPIN	79	<i>gnp 8 hour arthritis reli</i>	1
GENOTROPIN MINISQUICK	79	<i>gnp 8 hour pain relief</i>	2
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	9	<i>gnp 8 hour pain reliever</i>	2
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	9	<i>gnp acetaminophen</i>	2
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	9	<i>gnp acid reducer</i>	87
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	9	<i>gnp acid reducer maximum</i>	87
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	9	<i>gnp adult aspirin low str</i>	2
<i>gentamicin sulfate</i>	9	<i>gnp all day allergy</i>	158
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>	152	<i>gnp all day allergy child</i>	158
<i>gentamicin sulfate (topical)</i>	179	<i>gnp all day allergy-d</i>	163
GENTEAL SEVERE TEARS	155	<i>gnp all day allergy relie</i>	158
<i>genteal tears liquid drop</i>	155	<i>gnp allergy</i>	158
<i>genteal tears night-time</i>	155	<i>gnp allergy & congestion</i>	163
GENTEAL TEAR SOL MOD PF	155	<i>gnp allergy multi-symptom</i>	163
GENTEAL TEAR SOL PF	155	<i>gnp allergy relief</i>	158
<i>gentle laxative</i>	89	<i>gnp allergy relief 24 hou</i>	158
GENVOYA TAB	14	<i>gnp allergy relief maximu</i>	158
<i>gerber grow mighty</i>	135	<i>gnp antacid and anti-gas/</i>	83
<i>gerber lil' brainies</i>	135	<i>gnp antacid & anti-gas ma</i>	83
<i>gerivite complete</i>	135	<i>gnp antacid anti-gas/maxi</i>	83
GILOTRIF	27	<i>gnp antacid & anti-gas/re</i>	83
<i>glatiramer acetate</i>	60	<i>gnp antacid extra strengt</i>	83
<i>glatopa</i>	60	<i>gnp antacid/regular stren</i>	83
GLEOSTINE	21	<i>gnp anti-diarrheal</i>	85
<i>glimepiride</i>	63	<i>gnp anti-gas ultra streng</i>	93
<i>glipizide</i>	63	<i>gnp anti-itch</i>	186
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	64	<i>gnp artificial tears</i>	155
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	64	<i>gnp aspirin</i>	2
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	64	<i>gnp aspirin low dose</i>	2
<i>glipizide xl</i>	63, 64	<i>gnp athletes foot</i>	180
GLUCOSE	77	<i>gnp bacitracin zinc</i>	179
GLUCOSE CHW FRUIT	77	<i>gnp b-complex plus vitam</i>	135
GLUCOSE CHW GRAPE	77	<i>gnp biotin</i>	135
GLUCOSE CHW ORANGE	78	<i>gnp calcium</i>	118
GLUCOSE CHW RASPBERRY	78	<i>gnp calcium 500 +d3</i>	118
GLUCOSE CHW WATERMLN	78	<i>gnp calcium 600 +d3</i>	118
<i>glucoten</i>	135	<i>gnp calcium 600 +d3/miner</i>	118
<i>glutamine powder</i>	123	<i>gnp calcium 600 +d/minera</i>	118
GLUTATHIONE POW	123	<i>gnp calcium citrate +d3</i>	118

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>gnp calcium citrate+d3 ma</i>	118	<i>gnp loratadine</i>	158
<i>gnp castor oil</i>	89	<i>gnp loratadine childrens</i>	158
<i>gnp childrens allergy</i>	158	<i>gnp lubricating plus eye</i>	155
<i>gnp childrens chewables/e</i>	135	<i>gnp mega multi for men</i>	135
<i>gnp childrens chewables/i</i>	135	<i>gnp mega multi for women</i>	135
<i>gnp childrens ibuprofen</i>	4	<i>gnp miconazole 1 combinat</i>	96
<i>gnp clearlax</i>	89	<i>gnp miconazole 3</i>	96
<i>gnp clotrimazole 3</i>	96	<i>gnp miconazole 7</i>	96
<i>gnp cold & cough children</i>	163	<i>gnp miconazorb af</i>	180
<i>gnp co q-10</i>	123	<i>gnp milk of magnesia</i>	89
<i>gnp co q10</i>	123	<i>gnp mineral oil</i>	89
<i>gnp cough dm er</i>	163	<i>gnp motion sickness relie</i>	86
<i>gnp d 1000</i>	135	<i>gnp mucus dm maximum stre</i>	163
<i>gnp day time cold/flu</i>	163	<i>gnp mucus er</i>	163
<i>gnp esomeprazole magnesiu</i>	94	<i>gnp mucus relief</i>	163
<i>gnp essential one daily</i>	135	<i>gnp mucus relief dm</i>	163
<i>gnp fiber-caps</i>	89	<i>gnp mucus relief pe</i>	163
<i>gnp fiber powder</i>	89	<i>gnp naproxen</i>	4
<i>gnp fiber therapy</i>	89	<i>gnp naproxen sodium</i>	4
<i>gnp fish oil</i>	123	<i>gnp nasal decongestant</i>	163
GNP FISH OIL CAP 840MG	123	<i>gnp nasal decongestant/ma</i>	163
<i>gnp fish oil maximum stre</i>	123	<i>gnp nasal decongestant pe</i>	163
<i>gnp fluticasone propionat</i>	177	<i>gnp nasal four spray</i>	163
<i>gnp folic acid</i>	135	<i>gnp nasal moisturizing</i>	173
<i>gnp gas relief</i>	93	<i>gnp nasal spray</i>	163
<i>gnp gas relief extra stre</i>	93	<i>gnp nasal spray extra moi</i>	163
<i>gnp gentle laxative</i>	89	<i>gnp nasal spray fast acti</i>	163
GNP GLUCOSE CHW GRAPE	78	<i>gnp nicotine gum</i>	62
GNP GLUCOSE CHW ORANGE	78	<i>gnp nicotine mini lozenge</i>	62
GNP GLUCOSE CHW RASPBERRY	78	<i>gnp nicotine polacrilex</i>	62
GNP GLUCOSE CHW WATERMLN	78	<i>gnp nicotine polacrilex m</i>	62
<i>gnp hair/skin/nails</i>	135	<i>gnp nicotine transdermal</i>	62
<i>gnp healthy eyes</i>	135	<i>gnp night time cold & flu</i>	163
<i>gnp hydrocortisone</i>	182	<i>gnp night time cough</i>	163
<i>gnp hydrocortisone/aloe</i>	182	<i>gnp no drip nasal spray</i>	163
<i>gnp hydrocortisone maximu</i>	182	<i>gnp omeprazole</i>	94
<i>gnp hydrocortisone plus</i>	182	<i>gnp one daily mens health</i>	135
<i>gnp ibuprofen</i>	4	<i>gnp one daily womens heal</i>	135
<i>gnp ibuprofen childrens</i>	4	<i>gnp one daily womens meta</i>	135
<i>gnp ibuprofen infants</i>	4	<i>gnp pain & fever children</i>	2
<i>gnp infants pain/fever</i>	2	<i>gnp pain relief</i>	2
<i>gnp iron</i>	99	<i>gnp pain relief extra str</i>	2
<i>gnp lansoprazole</i>	94	<i>gnp pink bismuth</i>	85
<i>gnp lice treatment</i>	189	<i>gnp pseudoephedrine hcl 1</i>	163
<i>gnp little ones childrens</i>	135	<i>gnp pseudoephedrine hcl e</i>	163
<i>gnp loperamide hydrochlor</i>	85	GNP QUICK DISSOLVE GLUCOS	78

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>gnp senna lax</i>	89	<i>goodsense cough dm childr</i>	164
<i>gnp senna plus</i>	89	<i>goodsense day time cold &</i>	164
<i>gnp sinus + headache for</i>	163	<i>goodsense daytime cold &</i>	164
<i>gnp sinus pressure/pain</i>	163	<i>goodsense electrolyte</i>	112
<i>gnp stomach relief</i>	85	<i>goodsense esomeprazole ma</i>	94
<i>gnp stool softener</i>	89	<i>goodsense first aid antib</i>	179
<i>gnp stool softener/stimul</i>	89	<i>goodsense hemorrhoidal oi</i>	186
<i>gnp tab tussin</i>	163	<i>goodsense ibuprofen</i>	4
<i>gnp tab tussin dm</i>	163	<i>goodsense ibuprofen child</i>	4
<i>gnp terbinafine hydrochlo</i>	180	<i>goodsense ibuprofen infan</i>	4
<i>gnp therapeutic-m</i>	135	<i>goodsense lansoprazole</i>	94
<i>gnp tolnaftate</i>	180	<i>goodsense lice killing cr</i>	189
<i>gnp triple antibiotic</i>	179	<i>goodsense lubricating plu</i>	155
<i>gnp triple antibiotic plu</i>	179	<i>goodsense mucus relief ch</i>	164
<i>gnp tussin cf cough & col</i>	164	<i>goodsense naproxen sodium</i>	5
<i>gnp tussin cough long act</i>	164	<i>goodsense nicotine</i>	62
<i>gnp tussin dm cough</i>	164	<i>goodsense nicotine gum</i>	62
<i>gnp tussin dm cough/chest</i>	164	<i>goodsense nicotine polacr</i>	62
<i>gnp tussin dm max</i>	164	<i>goodsense nighttime cold</i>	164
<i>gnp tussin mucus & chest</i>	164	<i>goodsense nighttime cough</i>	164
<i>gnp urinary pain relief</i>	95	<i>goodsense pain & fever ch</i>	2
<i>gnp vitamin a</i>	135	<i>goodsense pain & fever in</i>	2
<i>gnp vitamin b-6</i>	135	<i>goodsense pain relief</i>	2
<i>gnp vitamin c</i>	136	<i>goodsense pain relief ext</i>	2
<i>gnp vitamin c/rose hips</i>	136	<i>goodsense tussin cf</i>	164
<i>gnp vitamin c w/rose hips</i>	136	<i>goodsense tussin dm coug</i>	164
<i>gnp vitamin d</i>	136	<i>goodsense tussin dm max</i>	164
<i>gnp vitamin d3</i>	136	<i>granisetron hcl</i>	86
<i>gnp vitamin d3 extra stre</i>	136	GRAPE SYP	109
<i>gnp vitamin d maximum str</i>	136	<i>griseofulvin microsize</i>	11
<i>gnp vitamin d super stren</i>	136	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	11
<i>gnp vitamin e</i>	136	<i>guaifenesin</i>	164
<i>gnp vitamin e water dispe</i>	136	<i>guaifenesin ac</i>	164
<i>gnp wart remover</i>	186	<i>guaifenesin-codeine soln 100-10 mg/5ml</i> ..	164
<i>gnp womens gentle laxativ</i>	90	<i>guanfacine hcl</i>	44
GOLD BOND CRE HEALING	186	<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	57, 58
GOLD BOND OIN HEALING	186	GUMMI BEAR MULTIVITAMIN/M	136
<i>goodsense all day allergy</i>	158	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	78
<i>goodsense aller-ease</i>	158	GVOKE KIT	78
<i>goodsense allergy relief</i>	158	GVOKE PFS	78
<i>goodsense anti-diarrheal</i>	85		
<i>goodsense arthritis pain</i>	2	H	
<i>goodsense aspirin</i>	2	HAEGARDA	101
<i>goodsense aspirin adults</i>	2	<i>hailey 1.5/30</i>	70
<i>goodsense clearlax</i>	90	<i>hailey 24 fe</i>	70
<i>goodsense cough dm</i>	164	HAIR/SKIN/ CAP NAILS	136

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>hair/skin/nails</i>	136	<i>hm acetaminophen children</i>	2
HAIR SKIN & TAB NAILS AD	136	<i>hm adult aspirin</i>	2
<i>halobetasol propionate</i>	182	<i>hm all day allergy childr</i>	158
<i>haloette</i>	70	<i>hm allergy relief</i>	158
<i>haloperidol</i>	50	<i>hm allergy relief & nasal</i>	164
<i>haloperidol decanoate</i>	50	<i>hm allergy relief nasal s</i>	177
<i>haloperidol lactate</i>	50	<i>hm antacid</i>	83
HARVONI PAK 33.75-150MG	15	<i>hm antacid anti-gas extra</i>	83
HARVONI PAK 45-200MG	15	<i>hm antacid extra strength</i>	83
HARVONI TAB 45-200MG	16	<i>hm arthritis pain relief</i>	2
HARVONI TAB 90-400MG	16	<i>hm aspirin</i>	2
HAVRIX	106	<i>hm aspirin ec low dose</i>	2
H-COSMETIC CRE ARBEM	109	<i>hm bacitracin</i>	179
<i>head congestion/mucus</i>	164	<i>hm biotin</i>	136
<i>healthy eyes</i>	136	<i>hm calcium citrate+d3 pet</i>	119
HEALTHY EYES CAP SUPERVIS	136	<i>hm calcium/vitamin d/mine</i>	119
<i>healthy eyes/lutein/zeaxa</i>	136	<i>hm cetirizine hydrochlori</i>	158
<i>healthy hair skin & nails</i>	136	<i>hm chest congestion relie</i>	164
HEALTHY KIDS CHW GUMMIES	136	<i>hm clearlax</i>	90
<i>healthy kids vitamin d3</i>	136	<i>hm cold & cough childrens</i>	164
<i>healthylax</i>	90	<i>hm cold & sinus relief</i>	164
<i>heartburn relief</i>	87	HM COMPLETE TAB MEN	136
<i>heartburn relief extra st</i>	83	<i>hm complete women</i>	136
<i>heartburn relief maximum</i>	87	<i>hm cough dm</i>	164
<i>heather</i>	70	<i>hm daytime severe cold/fl</i>	164
<i>h-e-b oral electrolyte so</i>	112	<i>hm double antibiotic</i>	179
HEMATEX	99	<i>hm dry eye relief</i>	155
HEMATEX POLYSACCHARIDE IR	99	<i>hm enema mineral oil</i>	90
HEMATOGEN FA CAP	99	<i>hm enema saline laxative</i>	90
HEMOCYTE PLS CAP	99	<i>hm esomeprazole magnesium</i>	94
HEPARIN/NACL INJ 25000UNT	97	<i>hm e vitamin</i>	136
<i>heparin sodium (porcine)</i>	97	<i>hm fexofenadine hydrochlo</i>	158
HEPLISAV-B	106	<i>hm gas relief</i>	93
HEP SOD/D5W INJ 20000UNT	97	<i>hm gas relief extra stren</i>	93
HEP SOD/D5W INJ 25000UNT	97	<i>hm gas relief infants</i>	93
HEP SOD/NACL INJ 12500UNT	97	<i>hm gentle laxative</i>	90
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	97	HM HAIR/SKIN TAB /NAILS	136
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	27	<i>hm hydrocortisone/aloe ma</i>	182
HERCEPTIN	27	<i>hm hydrocortisone plus</i>	182
HERZUMA	27	<i>hm ibuprofen</i>	5
HIBERIX	107	<i>hm ibuprofen childrens</i>	5
HIGH POTENCY TAB MULTIVIT	136	<i>hm laxative</i>	90
HIGH POTENCY TAB MV/FA	136	<i>hm loratadine</i>	158
HI POT MV/ TAB BETA-CAR	136	<i>hm loratadine childrens</i>	158
HISTEX	158	<i>hm lubricating tears</i>	155
HISTEX-DM SYP	164	<i>hm magnesium citrate</i>	90

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>icatibant acetate</i>	101	INTEGRA F CAP	99
<i>iclevia</i>	70	INTEGRA PLUS CAP	99
ICLUSIG	27	INTELENCE	13
IDACIO (2 PEN)	103	INTELISWAB KIT COVID-19	9
IDACIO (2 SYRINGE)	103	INTRALIPID	115
IDACIO CROHN INJ DISEASE	103	<i>introvale</i>	70
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS	103	INVEGA HAFYERA	50
IDEAL BOWEL SUPPORT	85	INVEGA SUSTENNA	50
IDHIFA	27	INVEGA TRINZA	50
IHEALTH 2-PK KIT COVID-19	9	IPOL INJ INACTIVE	107
IHEALTH 5-PK KIT COVID-19	9	<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3)</i> <i>mg/3ml</i>	156
IHEALTH 40PK KIT COVID-19	9	<i>ipratropium bromide</i>	157
<i>imatinib mesylate</i>	27	<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	157
IMBRUVICA	27, 28	<i>irbesartan</i>	39
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> <i>250 mg</i>	9	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-</i> <i>12.5 mg</i>	37
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> <i>500 mg</i>	9	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-</i> <i>12.5 mg</i>	37
<i>imipramine hcl</i>	47	<i>irinotecan hcl</i>	24
<i>imiquimod</i>	186	IRON	99
IMMUNE CHW SUPPORT	137	<i>iron 27</i>	99
IMMUNE SUPP POW VIT C	137	IRON CHEWS PEDIATRIC	99
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	107	<i>iron infant & toddler</i>	99
INBRIJA	49	<i>iron infant/toddler</i>	99
<i>incassia</i>	70	<i>iron slow release</i>	99
INCRELEX	79	<i>iron supplement</i>	99
INCRUSE ELLIPTA	157	<i>iron supplement childrens</i>	99
<i>indapamide</i>	43	IRON UP	99
INDICAID KIT COVID-19	9	IROSPAN 24/6 MIS	99
INFANRIX INJ	107	<i>is-d 10,000</i>	137
<i>infants ibuprofen</i>	5	ISENTRESS	13
INFED	99	ISENTRESS HD	13
INFLIXIMAB	103	<i>isibloom</i>	70
INFUVITE INJ PEDIATRI	137	ISOLYTE-P INJ /D5W	113
INJECTAFER	99	ISOLYTE-S INJ	113
INLYTA	28	ISOLYTE-S INJ PH 7.4	113
INQOVI TAB 35-100MG	21	<i>isoniazid</i>	15
INREBIC	28	<i>isosorbide dinitrate</i>	44
INSPIRACHAMB MIS LARGE	174	<i>isosorbide mononitrate</i>	44
INSPIRACHAMB MIS MEDIUM	174	<i>isotretinoin</i>	179
INSPIRACHAMB MIS MOUTHPCE	174	<i>isradipine</i>	42
INSPIRACHAMB MIS SMALL	174	<i>itch relief extra strengt</i>	186
INSPIREASE MIS DD SYST	174	<i>itraconazole</i>	11
INSULIN PEN NEEDLES\ BD/NOVO	66	<i>ivabradine hcl</i>	44
INSULIN SAFETY NEEDLES	66	<i>ivermectin</i>	9
INSULIN SYRINGES\ BD	66		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>i-vite</i>	137	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	113
IWILFIN	24	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	113
IXCHIQ INJ	107	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	113
IXIARO INJ	107	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	113
J		<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i>	113
JAKAFI	28	<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	113
<i>jantoven</i>	97	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	113
JANUMET TAB 50-500MG	64	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	113
JANUMET TAB 50-1000	64	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	113
JANUMET XR TAB 50-500MG	64	KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	113
JANUMET XR TAB 50-1000	64	<i>kelnor 1/35</i>	70
JANUMET XR TAB 100-1000	64	<i>kelnor 1/50</i>	70
JANUVIA	64	KERADAN CRE	186
JARDIANCE	64	KERENDIA	36
<i>jasmiel</i>	70	KESIMPTA	60
<i>javygtor</i>	79	<i>ketoconazole</i>	11
JAYPIRCA	28	<i>ketoconazole (topical)</i>	180, 181
JENTADUETO TAB 2.5-500	64	KETO-DIASTIX TES	79
JENTADUETO TAB 2.5-850	64	<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>	153
JENTADUETO TAB 2.5-1000	64	<i>ketotifen fumarate (ophth)</i>	154
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	64	KEVZARA	103
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	64	KEYTRUDA	28
<i>jinteli</i>	76	<i>kids first vitamin d3 gum</i>	137
<i>jolessa</i>	70	KIDZ MULTVIT CHW PROBIOTI	137
<i>juleber</i>	70	KIMONO COLOR MIS	70
JULUCA TAB 50-25MG	14	KIMONO MAXX MIS LG FLARE	70
<i>junel 1.5/30</i>	70	KIMONO MICRO MIS THIN	70
<i>junel 1/20</i>	70	KIMONO MICRO MIS THIN + ...	70
<i>junel fe 1.5/30</i>	70	KIMONO MIS LUBRICAT	71
<i>junel fe 1/20</i>	70	KIMONO MIS SENSATIO	71
<i>junel fe 24</i>	70	KIMONO PLUS MIS SPERMICI	71
JYLAMVO	104	KIMONO SENA MIS PLUS	71
JYNNEOS	107	KIMONO SPEC MIS	71
K		KINDERLYTE SOL	112
KADCYLA	28	KINDERLYTE SOL FRUIT	112
<i>kaitlib fe</i>	70	KINDERLYTE SOL GRAPE	112
KALA TAB	85	KINDERLYTE SOL LEM/LIME	112
KALYDECO	174	KINDERLYTE SOL LEMONADE	112
KANJINTI	28	KINDERLYTE SOL ORANGE	112
<i>kariva</i>	70	KINDERLYTE SOL PREMAX	112
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	113	KINDERLYTE SOL STRWBRY	112
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	113		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
KINRIX INJ	107	KRAZATI	28
<i>kionex</i>	68	KROG GLUCOSE CHW ORANGE	78
KISQALI 200 DOSE	28	KROG GLUCOSE CHW RASPBERRY	78
KISQALI 200 PAK FEMARA	24	KROG GLUCOSE CHW WATERMLN	78
KISQALI 400 DOSE	28	<i>kurvelo</i>	71
KISQALI 400 PAK FEMARA	24	L	
KISQALI 600 DOSE	28	<i>labetalol hcl</i>	42
KISQALI 600 PAK FEMARA	24	<i>lacosamide</i>	54
<i>klayesta</i>	180	<i>lacosamide oral</i>	54
<i>klor-con</i>	114	<i>lactated ringer's solution</i>	113
<i>klor-con 8</i>	114	<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	186
<i>klor-con 10</i>	114	LACTOBACILLUS EXTRA STREN	85
<i>klor-con m10</i>	114	<i>lactobacillus probiotic</i>	85
<i>klor-con m15</i>	114	LACTOSE POW	109
<i>klor-con m20</i>	114	LACTOSE POW ANHYDROU	109
<i>konsyl daily fiber</i>	90	LACTOSE POW HYDROUS	109
KONSYL DAILY FIBER	90	LACTOSE POW MONOHYDR	109
KORLYM	79	<i>lactulose</i>	90
KOSELUGO	28	<i>lactulose (encephalopathy)</i>	90
<i>kourzeq</i>	190	<i>lamivudine</i>	13
<i>kp adults 50+ daily formu</i>	137	<i>lamivudine (hbv)</i>	16
<i>kp adults daily formula</i>	137	<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	14
K-PAX TAB PROF ST	137	<i>lamotrigine</i>	54
<i>kp b complex/c</i>	137	LANAPHILIC OIN	186
<i>kp calcium 600+d</i>	119	<i>land before time multivit</i>	137
<i>kp calcium 600+d3</i>	119	LANOLOR CRE	186
<i>kp calcium citrate+d</i>	119	<i>lanreotide acetate</i>	79
<i>kp ferrous gluconate</i>	99	<i>lansinoh lanolin</i>	186
<i>kp ferrous sulfate</i>	99	<i>lansinoh lanolin minis ni</i>	186
<i>kp fish oil</i>	123	<i>lansinoh lanolin nipple</i>	186
<i>kp folic acid</i>	137	<i>lansoprazole</i>	94
<i>kp mag-oxide magnesium</i>	119	<i>lanthanum carbonate</i>	81
<i>kp mens 50+ daily formula</i>	137	LANTUS	66
<i>kp mens daily formula</i>	137	LANTUS SOLOSTAR	66
KP MENS MIS DAILY PK	137	<i>lapatinib ditosylate</i>	28
<i>kp niacin</i>	137	<i>l-arginine maximum streng</i>	123
<i>kp omega-3 fish oil</i>	123	L-ARGININE POW	123
<i>kp vision formula</i>	137	<i>larin 1.5/30</i>	71
<i>kp vision formula w/lutei</i>	137	<i>larin 1/20</i>	71
<i>kp vitamin b-6</i>	137	<i>larin 24 fe</i>	71
<i>kp vitamin d</i>	137	<i>larin fe 1.5/30</i>	71
<i>kp vitamin d3</i>	137	<i>larin fe 1/20</i>	71
<i>kp vitamin e</i>	137	<i>latanoprost</i>	154
<i>kp womens 50+ daily formu</i>	137	<i>laxative maximum strength</i>	90
<i>kp womens daily formula</i>	137	<i>laxative regular strength</i>	90
KP WOMENS PAK DAILY	137		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>layolis fe</i>	71	<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab</i>	
LAZCLUZE	28, 29	0.1 mg-20 mcg	71
L-CARNITINE POW	109	<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab</i>	
L-CITRULLINE POW	109	0.15 mg-30 mcg	71
LEADER FINGE CRE	186	<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth</i>	
LEADER QUICK DISSOLVE GLU	78	<i>est tab 0.01mg(7)</i>	71
<i>leena</i>	71	<i>levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) &</i>	
<i>leflunomide</i>	104	<i>eth est tab 0.01mg(7)</i>	71
<i>lenalidomide</i>	23	<i>levora 0.15/30-28</i>	71
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	29	<i>levo-t</i>	81
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	29	<i>levothyroxine sodium</i>	81
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	29	<i>levoxyl</i>	81
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	29	L-GLUTAMINE POW	123
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	29	<i>l-glutamine (sickle cell)</i>	101
LENVIMA CAP 14 MG	29	L-GLUTATHION CRY	123
LENVIMA CAP 18 MG	29	LIBERVANT	54
LENVIMA CAP 24 MG	29	<i>lice killing maximum stre</i>	189
<i>lessina</i>	71	<i>lice killing shampoo</i>	189
<i>letrozole</i>	22	<i>lice treatment creme rins</i>	189
<i>leucovorin calcium</i>	34	<i>lidocaine</i>	183, 186
LEUKERAN	21	<i>lidocaine hcl</i>	183
<i>leuprolide acetate</i>	22	<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	8
<i>levalbuterol hcl</i>	160	<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	190
<i>levalbuterol tartrate</i>	160	<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>	183
<i>levetiracetam</i>	54	<i>lidocan</i>	183
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i>		LIFE PACK MIS MENS	137
500 mg/100ml	54	LIFE PACK MIS WOMENS	138
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i>		<i>linezolid</i>	9
1000 mg/100ml	54	LINEZOLID INJ 2MG/ML	10
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i>		LINZESS	93
1500 mg/100ml	54	<i>liothyronine sodium</i>	82
<i>levobunolol hcl</i>	154	LIP BALM OIN BASE	109
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>	79	LIPOIC ACID	123
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	159	LIPOPEN CRE ARBEM	109
<i>levofloxacin</i>	18	LIQ-10 SYP 50-15/5	123
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	18	<i>liquid acetaminophen</i>	2
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i> ...	18	LIQUID CALCI CAP WITH D3	119
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i> ...	18	<i>liquid calcium/d3</i>	119
<i>levonest</i>	71	<i>liquid calcium/vitamin d</i>	119
<i>levonor-eth est tab 0.15-</i>		<i>lisinopril</i>	36
0.02/0.025/0.03 mg ð est 0.01 mg	71	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-</i>	
<i>levonorgestrel (emergency oc)</i>	71	12.5 mg	36
<i>levonorgestrel-eth estra tab</i>		<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-</i>	
0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg	71	12.5 mg	36
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day)</i>		<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-</i>	
<i>tab 0.15-0.03 mg</i>	71	25 mg	36

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
L-ISOLEUCINE POW	123	<i>lubricating plus eye drop</i>	155
<i>lithium</i>	59	<i>lubricating tears eye dro</i>	155
<i>lithium carbonate</i>	59	<i>lubrifresh p.m.</i>	155
LITTLE REMED AER MIST	174	LUCIRA CHECK KIT COVID-19	10
LITTLE REMED SOL SALINE	174	LUMAKRAS	29
L-LYSINE HCL POW	109	LUMIGAN	154
L-LYSINE POW	109	LUMIZYME	79
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	71	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	22
<i>loestrin 1/20-21</i>	71	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	22
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	71	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	80
<i>loestrin fe 1/20</i>	72	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	80
LOHIST-D LIQ	165	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)	80
LOHIST-DM SYP 5-2-10MG	165	<i>lurasidone hcl</i>	50
LOKELMA	68	<i>luter</i>	72
LOLLIBASE POW	109	L-VALINE POW	123
LONSURF TAB 15-6.14	21	<i>lyleq</i>	72
LONSURF TAB 20-8.19	21	<i>lyllana</i>	76
<i>loperamide hcl</i>	85, 93	LYNPARZA	29
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml</i> <i>(80-20 mg/ml)</i>	14	LYSIPLEX PLUS	138
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	14	LYSODREN	22
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	15	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	29
<i>loratadine</i>	159	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	29
<i>loratadine childrens</i>	159	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	29
<i>loratadine-d 12hr</i>	165	<i>lyza</i>	72
<i>loratadine-d 24hr</i>	165	M	
<i>lorazepam</i>	45	<i>macular health formula</i>	138
<i>lorazepam intensol</i>	45	<i>macuvite</i>	138
LORBRENA	29	<i>macuvite eye care</i>	138
LORTUSS LQ LIQ	165	<i>macuvite/lutein</i>	138
<i>loryna</i>	72	MAG-AL LIQ	83
<i>losartan potassium</i>	39	<i>mag-al plus</i>	83
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide</i> <i>tab 50-12.5 mg</i>	37	<i>mag-al plus xs</i>	83
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide</i> <i>tab 100-12.5 mg</i>	38	<i>magdelay</i>	119
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide</i> <i>tab 100-25 mg</i>	38	MAG-G	119
LOTEMAX	153	MAGN CHLORID POW	119
<i>loteprednol etabonate</i>	153	MAGNESIUM	119
<i>lovastatin</i>	40	MAGNESIUM CITRATE	119
<i>low-ogestrel</i>	72	MAGNESIUM EXTRA STRENGTH	119
<i>loxapine succinate</i>	50	<i>magnesium gluconate</i>	119
<i>lubricant eye drops</i>	155	MAGNESIUM GLUCONATE	119
<i>lubricant eye nighttime</i>	155	<i>magnesium lactate</i>	119
<i>lubricating eye drops</i>	155	<i>magnesium oxide</i>	83
		<i>magnesium-oxide</i>	119
		MAGNESIUM OXIDE	119
		<i>magnesium oxide (mg supplement)</i>	119

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>magnesium sulfate</i>	113	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	
MAGNESIUM SULFATE	113	<i>(contraceptive)</i>	72
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1</i>		<i>mefloquine hcl</i>	12
<i>gm/100ml</i>	113	<i>mega-marathon 100 tr</i>	138
MAGONATE LIQ 1000/5ML	119	MEGA MULTI TAB MEN	138
<i>mag-oxide</i>	119	MEGARED KIDS CHW	123
<i>malathion</i>	189	MEGAVITE TAB FRT/VEG	138
<i>mapap</i>	3	MEGAVITE TAB GOLD 55+	138
<i>mapap arthritis pain</i>	3	<i>megestrol acetate</i>	22, 81
<i>mapap childrens</i>	3	<i>megestrol acetate (appetite)</i>	81
<i>mapap cold formula multi-</i>	165	<i>meijer advanced formula</i>	138
<i>maraviroc</i>	13	<i>meijer advanced formula f</i>	138
MAR-COF BP LIQ 30-2-7.5	165	<i>meijer c</i>	138
MAR-COF CG LIQ 225-7.5	165	<i>meijer saline nasal spray</i>	174
<i>marlissa</i>	72	MEKINIST	29, 30
MARPLAN	47	MEKTOVI	30
MATULANE	24	<i>meloxicam</i>	5
MAVYRET PAK 50-20MG	16	<i>memantine hcl</i>	45
MAVYRET TAB 100-40MG	16	<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i>	
MAXICHLOR TAB PEH DM	166	<i>titration pack</i>	46
MAXI DEET	187	MENACTRA INJ	107
MAXIFED TAB 60-360MG	166	M-END DMX LIQ	165
MAXIFED TR TAB 1.25-30	166	M-END PE LIQ	165
MAXIMIN PAK	138	MENQUADFI INJ	107
MAXIMUM D3	138	MENS 50+ CAP ADVANCED	138
<i>maximum daily green</i>	138	MENS 50+ TAB MULTIVIT	138
<i>maximum epa</i>	123	<i>mens daily formula/lycope</i>	138
<i>maxi-tuss ac</i>	165	MENS DAILY PAK PACK	138
<i>maxi-tuss g</i>	165	MENS MULTI CHW	138
<i>maxi-tuss gmx</i>	165	MENS PAK	138
MAXI-TUSS JR LIQ	165	MENVEO INJ	107
MAXI-TUSS LIQ CD	165	MENVEO SOL	107
MAXI-TUSS PE LIQ	165	<i>mercaptopurine</i>	21
MAXI-TUSS PE LIQ JR	165	<i>meribin</i>	138
MAXI-TUSS PE LIQ MAX	165	<i>meropenem</i>	10
MAXI-TUSS TR LIQ 1.25-30	165	<i>mesalamine</i>	88
MAXX MIS LUBRICAT	72	<i>mesalamine w/ cleanser</i>	88
MAXX PLUS MIS SPERMICI	72	MESNEX	34
M-CLEAR WC LIQ 100-6.33	165	<i>metformin hcl</i>	64
<i>m-dryl</i>	159	<i>methadone hcl</i>	6
<i>meclizine hcl</i>	86	<i>methadone hydrochloride i</i>	6
<i>medela tender care lanoli</i>	187	<i>methazolamide</i>	43
<i>medicated callus removers</i>	187	<i>methenamine hippurate</i>	10
<i>medicated corn removers</i>	187	<i>methimazole</i>	82
MEDI-LYTE TAB	112	<i>methocarbamol</i>	61
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	81	METHOCEL E4M POW PREMIUM	110

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>methotrexate sodium</i>	21, 104	MICROLIFE MIS PEAK FLO	174
<i>methsuximide</i>	54	MICROSOME CRE BASE	110
METHYLCELLUL POW	110	MICROSPACER MIS	174
METHYLCELLUL POW 400CPS	110	<i>midodrine hcl</i>	44
METHYLCELLUL POW 1500CPS	110	MIEBO	155
METHYLCELLUL POW 4000CPS	110	<i>mifepristone (hyperglycemia)</i>	80
<i>methylphenidate hcl</i>	58	<i>miglustat</i>	80
<i>methylprednisolone</i>	77	<i>mili</i>	72
<i>methylprednisolone acetate</i>	77	<i>milk of magnesia</i>	90
<i>methylprednisolone sod succ</i>	77	MILK OF MAGNESIA CONCENTR	90
<i>methyltestosterone</i>	63	<i>milltrium senior</i>	138
<i>metoclopramide hcl</i>	86	<i>mimvey</i>	76
<i>metolazone</i>	43	<i>mineral oil</i>	90
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-</i> <i>25 mg</i>	41	<i>mineral oil enema</i>	90
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-</i> <i>25 mg</i>	41	<i>minerin creme</i>	187
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-</i> <i>50 mg</i>	41	MINI WRIGHT MIS PFM	174
<i>metoprolol succinate</i>	42	MINI WRIGHT MIS PFM LOW	174
<i>metoprolol tartrate</i>	42	<i>minocycline hcl</i>	20
<i>metronidazole</i>	10	<i>minoxidil</i>	44
<i>metronidazole (topical)</i>	187	<i>mintox maximum strength</i>	83
<i>metronidazole vaginal</i>	96	<i>mintox plus</i>	83
<i>metyrosine</i>	44	<i>mirtazapine</i>	47
<i>mgo</i>	119	<i>misoprostol</i>	93
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	113	MITIGARE	1
<i>mibelas 24 fe</i>	72	M-M-R II INJ	107
<i>micafungin sodium</i>	11	M-NATAL PLUS TAB	114
MICLARA DM LIQ	166	<i>modafinil</i>	61
MICLARA LQ	159	<i>moexipril hcl</i>	36
<i>miconazole 3 combination</i>	96	MOISTURIZING CRE	187
<i>miconazole 3 combo pack</i>	96	<i>moisturizing cream</i>	187
<i>miconazole 7</i>	96	<i>molindone hcl</i>	50
<i>miconazole nitrate (topical)</i>	180	<i>mometasone furoate</i>	183
<i>miconazole nitrate vaginal</i>	96	MONJUVI	30
<i>micotrin ac</i>	180	MONOFERRIC	99
<i>micotrin al</i>	180	<i>mono-lynyah</i>	72
<i>micotrin ap</i>	181	<i>montelukast sodium</i>	172
MICROCHAMBER MIS	174	MOOD FOOD ES CAP	138
MICRODERM CRE BASE	110	MORE-DOPHILUS ACIDOPHILUS	85
<i>microgestin 1.5/30</i>	72	<i>morphine sulfate</i>	6, 7
<i>microgestin 1/20</i>	72	MORPHINE SULFATE	7
<i>microgestin 24 fe</i>	72	MORPHINE SULFATE/SODIUM C	7
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	72	<i>motion sickness relief</i>	86
<i>microgestin fe 1/20</i>	72	<i>motion sickness relief/le</i>	86
		<i>motion-time</i>	86
		MOUNJARO	64
		MOVANTIK	93

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>moxifloxacin hcl</i>	18	MUCINEX SINU TAB DAY/NITE	167
<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i>	18	MUCINEX SOL NIGHT	167
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	152	<i>mucus & chest congestion</i>	167
<i>m-pap</i>	2	<i>mucus-dm maximum strength</i>	167
MRESVIA	107	<i>mucus relief</i>	167
MUCINEX CGH GRA 5-100MG	166	<i>mucus relief childrens</i>	167
<i>mucinex childrens freefor</i>	166	<i>mucus relief cough childr</i>	167
<i>mucinex childrens stuffy</i>	166	<i>mucus relief d</i>	167
MUCINEX CHIL LIQ	166	<i>mucus relief dm</i>	167
MUCINEX CHLD MIS DAY/NITE	166	<i>mucus relief dm cough</i>	167
MUCINEX CNG/ TAB CG/CD/FL	166	<i>mucus relief dm maximum s</i>	167
MUCINEX COLD CAP FLU/THRT	166	<i>mucus relief er</i>	167
<i>mucinex cough & chest con</i>	166	<i>mucus relief maximum stre</i>	167
<i>mucinex cough childrens</i>	166	<i>mucus relief pe sinus con</i>	167
MUCINEX D/N CAP CLD/FLU	166	MULTAQ	39
MUCINEX D/N PAK FAST/MAX	166	<i>multi + omega-3 adult gum</i>	138
MUCINEX FAST CAP COLD/FLU	166	<i>multi adult gummies</i>	138
<i>mucinex fast-max chest co</i>	166	<i>multi complete/iron</i>	138
<i>mucinex fast-max cold/flu</i>	166	<i>multi for her</i>	138
<i>mucinex fast-max cold & s</i>	166	<i>multi for her 50+</i>	138
<i>mucinex fast-max congesti</i>	166	<i>multi for him</i>	138
<i>mucinex fast-max dm max</i>	166	<i>multi for him 50+</i>	138
<i>mucinex fast-max dm max m</i>	166	MULTI FOR POW HIM	138
<i>mucinex fast-max night ti</i>	166	MULTI/IRON/ DRO INF/TODD	139
MUCINEX FAST TAB 5-10-200	166	<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	113
MUCINEX FAST TAB DAY/NITE	166	<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	114
MUCINEX FOR KIDS	166	<i>multiple vitamin/minerals</i>	139
<i>mucinex freefrom cold, fl</i>	166	<i>multiple vitamins essenti</i>	139
<i>mucinex freefrom severe c</i>	166	<i>multiple vitamins/womens</i>	139
MUCINEX FREE LIQ CLD/FLU	166	MULTISTIX 10 TES SG	80
MUCINEX FREE LIQ CLG/FLU	166	<i>multi symptom flu & sever</i>	167
MUCINEX FREE LIQ DAY/NIGH	166	MULTITAM TAB	139
MUCINEX NIGH SOL CLEAR	166	MULTIV INFAN DRO /TODDLER	139
MUCINEX NIGH SOL COLD/FLU	166	<i>multi-vitamin</i>	139
MUCINEX NIGH SOL SV CD/FL	167	<i>multivitamin</i>	139
MUCINEX NIGH TAB COLD/FLU	167	<i>multivitamin adult one da</i>	139
MUCINEX NIGH TAB SIN MAX	167	<i>multivitamin adults</i>	139
MUCINEX NIGH TAB SV CD/FL	167	<i>multivitamin adults 50+</i>	139
MUCINEX SIN CAP DAY/NGHT	167	<i>multivitamin childrens</i>	139
MUCINEX SINS CAP PR/PN/CG	167	MULTIVITAMIN CHW CHILD	139
<i>mucinex sinus-max</i>	167	MULTIVITAMIN CHW GUMMIES	139
<i>mucinex sinus-max clear &</i>	167	MULTIVITAMIN CHW IRON	139
<i>mucinex sinus-max night t</i>	167	MULTIVITAMIN DRO INFANT	139
<i>mucinex sinus-max severe</i>	167	<i>multi-vitamin gummies</i>	139
<i>mucinex sinus-max sinus/a</i>	167	<i>multivitamin gummies adul</i>	139
		MULTIVITAMIN GUMMIES CHIL	139

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>multivitamin gummies mens</i>	139	N	
<i>multivitamin gummies wome</i>	139	<i>nabumetone</i>	5
MULTIVITAMIN LIQ	139	<i>nadolol</i>	42
<i>multivitamin men 50+</i>	139	<i>nafcillin sodium</i>	19
<i>multivitamin men 50+ one</i>	139	NAGLAZYME	80
<i>multivitamin & mineral</i>	139	<i>nalbuphine hcl</i>	7
<i>multi-vitamin/minerals</i>	139	<i>naloxone hcl</i>	62
<i>multi-vitamins/iron</i>	139	<i>naltrexone hcl</i>	62
MULTIVITAMIN TAB	140	NAMZARIC CAP 7-10MG	46
MULTIVITAMIN TAB ADULT	140	NAMZARIC CAP 14-10MG	46
MULTIVITAMIN TAB ADULTS	140	NAMZARIC CAP 21-10MG	46
MULTIVITAMIN TAB ZINC STR	140	NAMZARIC CAP 28-10MG	46
<i>multivitamin women</i>	140	NAMZARIC CAP PACK	46
<i>multivitamin women 50+</i>	140	NANOVM POW 1-3 YRS	140
<i>multivitamin womens 50+ a</i>	140	NANOVM POW 4-8YEARS	140
MULTI VITAMI TAB	138	NANOVM POW 9-18 YRS	140
MULTI VITAMI TAB D-3	139	NANOVM T/F POW	140
MULTI-VITAMI TAB MONOCAPS	139	<i>naproxen</i>	5
MULTI VITAMN TAB MINERALS	139	<i>naproxen dr</i>	5
MULTI-VITE LIQ	139	<i>naproxen sodium</i>	5
<i>mupirocin</i>	179	<i>naratriptan hcl</i>	59
MURO 128	155	NASADROPS SALINE ON THE G	174
MVW COMPLETE CAP D3000	140	<i>nasal decongestant</i>	167
MVW COMPLETE CAP D5000	140	<i>nasal decongestant pe</i>	167
MVW COMPLETE CAP FORMULAT	140	<i>nasal decongestant pe max</i>	167
MVW COMPLETE CAP MINIS	140	<i>nasal decongestant spray</i>	167
MVW COMPLETE CHW GRAPE	140	<i>nasal four</i>	167
MVW COMPLETE DRO PEDIATRI	140	<i>nasal moist</i>	174
MVW COMPLETE FORMULATION	140	<i>nasal moisturizing spray</i>	174
MVW HI-D DR LIQ EX VIT D	140	<i>nasal relief</i>	167
MX-SOL BLEND SUS	110	<i>nasal spray 12 hour</i>	167
MX-SOL BLEND SUS SF	110	<i>nasal spray extra moistur</i>	168
MX-SOL SF SYP	110	<i>nasal spray no drip</i>	168
MX-SOL SUS SUSPEND	110	NASCOBAL	140
MX-SOL SYP	110	<i>nasogel</i>	174
<i>myamulti</i>	140	NASOPEN PE LIQ	168
<i>my choice</i>	72	NATACYN	152
<i>mycophenolate mofetil</i>	106	<i>nateglinide</i>	64
<i>mycophenolate sodium</i>	106	NATPARA	67
<i>mycozyl ac</i>	181	NATRAPEL	187
<i>mycozyl al</i>	181	NATRAPEL 12-HOUR TICK & I	187
<i>mycozyl ap</i>	181	<i>natural c/rose hips</i>	140
MYRBETRIQ	96	<i>natural vitamin d-3</i>	140
<i>my way</i>	72	<i>natural vitamin e</i>	140
		NATURAL VITAMIN E	140

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
NAYZILAM	54	<i>nicotine transdermal syst</i>	62
<i>nebivolol hcl</i>	42	NICOTROL INHALER	62
<i>necon 0.5/35-28</i>	72	NICOTROL NS	62
<i>nefazodone hcl</i>	47	<i>nifedipine</i>	42
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	152	NIFEREX TAB	99
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	152	<i>nighttime cold/flu relief</i>	168
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	152	<i>nighttime cough</i>	168
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	152	<i>nikki</i>	72
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	152	<i>nilutamide</i>	22
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	156	<i>nimodipine</i>	42
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	156	NINJACOF-A LIQ	168
<i>neomycin sulfate</i>	10	NINJACOF LIQ	168
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	152	NINJACOF-XG LIQ 200-8/5	168
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	152	NINLARO	30
NEOQ10	123	<i>nitazoxanide</i>	10
NEO-SYNEPHRINE COLD+ALLER	168	<i>nitisinone</i>	80
NEPHPLEX RX TAB	140	NITRO-BID	44
NEPHRONEX LIQ 0.9/5ML	140	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	10
NEPHRON FA TAB	99	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	10
NERLYNX	30	<i>nitroglycerin</i>	44
NEUPRO	49	<i>nitroglycerin (intra-anal)</i>	187
NEUTROGENA CRE HAND	187	NIVANEX DMX TAB	168
<i>nevirapine</i>	13	<i>nizatidine</i>	87
<i>new day</i>	72	<i>no drip nasal spray</i>	168
NEWFLORA CAP PROBIOTI	85	<i>nohist-dm</i>	168
NEXAVAR	30	<i>nohist-lq</i>	168
NEXLETOL	40	<i>nora-be</i>	72
NEXLIZET TAB 180/10MG	41	NOREL AD TAB 4-10-325	168
<i>niacin</i>	140	<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr</i>	72
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	41	<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab 1 mg-20 mcg (24)</i>	73
NIACIN TR	140	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	73
<i>niavasc</i>	140	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	73
<i>niavasc 750</i>	140	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	73
<i>nicardipine hcl</i>	42	<i>norethindrone acetate</i>	81
NICE DISTILL LIQ WATER	110	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	76
<i>nicotine</i>	62	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	76
<i>nicotine mini lozenge</i>	62	<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	73
<i>nicotine polacrilex</i>	62	<i>norethindrone (contraceptive)</i>	72
<i>nicotine polacrilex mini</i>	62		
NICOTINE SYS KIT TRANSDER	62		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew</i>		<i>nymyo</i>	73
<i>tab 0.4 mg-35 mcg</i>	72	<i>nystatin</i>	11
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew</i>		<i>nystatin (mouth-throat)</i>	190
<i>tab 0.8 mg-25 mcg</i>	72	<i>nystatin (topical)</i>	181
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-</i>		<i>nystop</i>	181
<i>25/0.25-25 mg-mcg</i>	73	O	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-</i>		<i>ocean for kids</i>	174
<i>35/0.25-35 mg-mcg</i>	73	<i>ocella</i>	73
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab</i>		OCTAGAM	105
<i>0.25 mg-35 mcg</i>	73	<i>octreotide acetate</i>	80
<i>norlyroc</i>	73	OCULAR TAB VITAMINS	141
NORPACE CR	39	<i>ocutabs</i>	141
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	73	<i>ocutabs/lutein</i>	141
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	73	<i>ocutabs vision formula</i>	141
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	73	OCUVITE CAP ADULT	141
<i>nortrel 7/7/7</i>	73	<i>ocuvite extra</i>	141
<i>nortriptyline hcl</i>	47	<i>ocuvite eye + multi</i>	141
NORVIR	13	<i>ocuvite eye health gummie</i>	141
<i>norwegian salmon oil</i>	123	OCUVITE LUTE CAP	141
NOVAFERRUM 125	99	<i>ocuvite/lutein</i>	141
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROP	100	ODEFSEY TAB	15
NOVAMV PED DRO 10MG/ML	141	ODOMZO	30
NOVOLIN INJ 70/30	66	OFEV	174
NOVOLIN INJ 70/30 FP	66	OFF ACTIVE	187
NOVOLIN N	66	OFF DEEP WOODS	187
NOVOLIN N FLEXPEN	66	OFF DEEP WOODS DRY	187
NOVOLIN R	66	OFF DEEP WOODS SPORTSMEN	187
NOVOLIN R FLEXPEN	66	OFF DEEP WOODS TOWELETTES	187
NOVOLOG MIX INJ 70/30	66	OFF FAMILYCARE CLEAN FEEL	187
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	66	OFF FAMILYCARE SMOOTH & D	187
NUBEQA	23	OFF FAMILYCARE TROPICAL F	187
NUDEXTA CAP 20-10MG	60	OFF FAMILYCARE UNSCENTED	187
NUFERA TAB	100	OFF SMOOTH & DRY	187
<i>nu-iron 150</i>	100	<i>ofloxacin (ophth)</i>	153
NULOJIX	106	<i>ofloxacin (otic)</i>	156
NU-MAG TAB 71.5-119	119	OGIVRI	30
<i>numbcream</i>	187	OGSIVEO	30
NUPLAZID	50	OINTMENT OIN BASE	187
NURTEC	59	OJEMDA	30
NUTRADERM CRE	187	OJJAARA	30
NUTRILIPID	115	<i>olanzapine</i>	50, 51
NUZYRA	20	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
<i>nyamyc</i>	181	<i>hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	38
<i>nylia 1/35</i>	73	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
<i>nylia 7/7/7</i>	73	<i>hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	38
NYMALIZE	43		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	38	ONE-A-DAY CHW IMMUNITY	141
<i>olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>	38	ONE-A-DAY CHW VITACRAV	141
<i>olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	38	ONE-A-DAY TAB 50+ ADV	142
<i>olmesartan medoxomil</i>	39	ONE-A-DAY TAB 50+ WMN	142
<i>olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	38	ONE-A-DAY TAB 65+	142
<i>olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	38	ONE-A-DAY TAB ENERGY	142
<i>olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	38	ONE-A-DAY TAB MENOPAUS	142
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	41	ONE-A-DAY TAB MENS	142
OMEGA-3 CAP 350MG	123	ONE-A-DAY TAB TEEN/HIM	142
OMEGA-3 CAP 1400MG	123	<i>one-a-day teen advantage</i>	142
OMEGA-3 CAP FISH OIL	123	ONE-DAILY CAP MULTI	142
<i>omega-3 fatty acids</i>	123	<i>one daily complete</i>	141
<i>omega-3 microgel improved</i>	124	<i>one daily for men 50+ adv</i>	141
OMEGA BABY EMU PRENATAL	123	<i>one daily for men/lycopen</i>	141
<i>omega iii epa+dha</i>	123	<i>one daily for women</i>	141
OMEGA MONOPU CAP 1300MG	123	<i>one daily for women 50+a</i>	141
<i>omegapure 600 ec</i>	124	<i>one daily healthy weight</i>	141
OMEGAPURE CAP 780 EC	124	<i>one-daily/iron</i>	142
OMEGAPURE CAP 900 EC	124	<i>one daily/iron/calcium</i>	141
<i>omeprazole</i>	94	<i>one daily maximum</i>	141
<i>omeprazole magnesium</i>	95	<i>one daily mens 50+ multiv</i>	141
OMERA CAP 750MG	124	<i>one daily mens health/lyc</i>	141
OMNICAP TAB	141	<i>one daily mens multivitamin</i>	141
OMNIPOD 5 DX KIT INT G7G6	66	<i>one daily/minerals</i>	141
OMNIPOD 5 DX MIS POD G7G6	66	<i>one-daily multi-vitamin</i>	142
OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO	66	<i>one daily multivitamin ad</i>	141
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS	66	<i>one-daily multi-vitamin/i</i>	142
OMNIPOD DASH KIT INTRO	66	<i>one daily multivitamin/ir</i>	141
OMNIPOD DASH MIS PODS	66	<i>one-daily multi-vitamin/m</i>	142
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY	66	<i>one-daily multi vitamins</i>	142
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY	66	ONE DAILY TAB ESSENTL	141
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	66	ONE DAILY TAB MENS 50+	141
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY	66	ONE DAILY TAB WMNS 50+	141
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY	67	<i>one daily womens 50+</i>	141
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY	67	<i>one daily womens 50 plus</i>	141
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY	67	<i>onelax senna</i>	90
OMNIPOD MIS CLASSIC	67	ON/GO COVID KIT ANTIGEN	10
ONCOVITE TAB	141	ON/GO ONE KIT COVID-19	10
<i>ondansetron</i>	86	ONTRUZANT	30
<i>ondansetron hcl</i>	86	ONUREG	22
		<i>opcicon one-step</i>	73
		OPSUMIT	45
		OPTICHAMBER MIS DIA LG	174
		OPTICHAMBER MIS DIA MD	174
		OPTICHAMBER MIS DIAMOND	174
		OPTICHAMBER MIS DIA SM	174

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>optic-vites</i>	142	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-</i>	
OPTIFAST POS CHW BARIATRI	142	325 mg	7
<i>optimal d3</i>	142	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab</i>	
OPTIMAL D3 M	142	5-325 mg	7
OPTIMAL D3 M CAP	142	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-</i>	
<i>optimal d3 pack</i>	142	325 mg	7
<i>optimum pms</i>	142	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-</i>	
<i>option 2</i>	73	325 mg	8
OPTISOURCE CHW BARIATRC	142	OXYCONTIN	6
OPURITY CHW BYPASS	142	OXYTROL FOR WOMEN	96
ORA-BLEND SF SUS	110	<i>oysco 500+d</i>	119
ORA-BLEND SUS	110	<i>oyster shell</i>	120
ORAL MIX SF SUS	110	<i>oyster shell calcium + d</i>	120
ORAL MIX SUS SUSPENDI	110	<i>oyster shell calcium+d</i>	120
ORAL SUSPEND LIQ	110	<i>oyster shell calcium + d3</i>	120
ORAL SYP FLAVORED	110	<i>oyster shell calcium/d3</i>	120
ORAL SYP SF	110	<i>oyster shell calcium plus</i>	120
<i>oralyte</i>	112	<i>oyster shell calcium/vita</i>	120
ORAPENN SD LIQ SWEET	110	OYST SHELL/D TAB 500MG	120
ORAPENN SD LIQ UNSWEET	110	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	64
ORA-PLUS LIQ	110	OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE)	64
ORA-SWEET SF SYP	110	OZEMPIC (1MG/DOSE)	65
ORA-SWEET SYP	110	OZEMPIC (2MG/DOSE)	65
<i>orazinc</i>	119		
ORGOVYX	23	P	
ORKAMBI GRA 75-94MG	174	<i>pacerone</i>	39
ORKAMBI GRA 100-125	175	<i>paclitaxel</i>	24
ORKAMBI GRA 150-188	175	<i>paclitaxel protein-bound particles for iv</i>	
ORKAMBI TAB 100-125	175	<i>susp 100 mg</i>	24
ORKAMBI TAB 200-125	175	<i>pain & fever childrens</i>	3
ORSERDU	23	<i>pain & fever infants</i>	3
<i>os-cal</i>	119	<i>pain relief extra strengt</i>	3
<i>os-cal calcium + d3</i>	119	<i>paliperidone</i>	51
<i>os-cal extra d3</i>	119	<i>pamidronate disodium</i>	67
<i>oseltamivir phosphate</i>	16	PAMIDRONATE DISODIUM	67
OSTEO-VIT3	142	PANDA MASK MIS LARGE	175
OTEZLA	103	PANDA MASK MIS MEDIUM	175
OTEZLA TAB 10/20	103	PANDA MASK MIS PEDIATRI	175
OTEZLA TAB 10/20/30	103	PANDA MASK MIS SMALL	175
<i>ovega-3</i>	124	PANRETIN	187
OVIDREL	80	<i>pantoprazole sodium</i>	95
<i>oxacillin sodium</i>	19	PANZYGA	105
<i>oxaliplatin</i>	21	<i>paraplatin</i>	21
<i>oxcarbazepine</i>	54	<i>paricalcitol</i>	82
<i>oxybutynin chloride</i>	96	<i>paroxetine hcl</i>	47
<i>oxycodone hcl</i>	7	PARVLEX TAB	142

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
PAXLOVID TAB 150-100	16	<i>periogard</i>	190
PAXLOVID TAB 300-100	16	<i>permethrin</i>	189
<i>pazopanib hcl</i>	30	<i>perphenazine</i>	51
PCCA BASE CRE 7542	110	PERSERIS	51
PCCA EMOLLIE CRE BASE	110	PERSONAL BES MIS FULL RNG	175
<i>pc pediatric iron drops</i>	100	PETROLATUM OIN	188
<i>pc pediatric tri-vitamin</i>	142	PFCB CRE	110
PEAK AIR FLO MIS ADLT/PED	175	<i>pfizerpen</i>	19
PEAK FLOW MIS METER	175	<i>pharbedryl</i>	159
PEAK FLW MTR MIS ADULT	175	<i>pharbetol</i>	3
PEAK FLW MTR MIS CHILD	175	<i>pharbetol extra strength</i>	3
PEDIACLEAR PD CHILDRENS	159	PHARMABASE CRE ANTIOXID	110
PEDIA-LAX	90	PHARMABASE CRE COSMETIC	110
PEDIARIX INJ 0.5ML	107	PHARMABASE CRE LIGHT	111
<i>pediatric electrolyte fre</i>	112	PHARMABASE CRE VAGINAL	111
<i>pedia vance</i>	112	<i>pharmacist choice d-vitam</i>	142
PEDIAVENT	159	<i>phenelzine sulfate</i>	47
PED POLY-VIT DRO	142	<i>phenobarbital</i>	55
PED POLY-VIT DRO /IRON	142	<i>phenobarbital sodium</i>	55
PEDVAX HIB	107	<i>phenylephrine hcl (oral)</i>	168
PEG 1000 LIQ	110	<i>phenylephrine w/ dm-gg liqd 10-18-</i> <i>200 mg/15ml</i>	168
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for</i> <i>soln 236 gm</i>	90	<i>phenylephrine w/ dm-gg tab 10-17.5-</i> <i>385 mg</i>	168
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420</i> <i>gm</i>	91	<i>phenytek</i>	55
PEG 3350 POW	110	<i>phenytoin</i>	55
PEGASYS	16	<i>phenytoin sodium</i>	55
PEG BLEND OIN	110	<i>phenytoin sodium extended</i>	55
PEG OIN	110	PHESGO SOL	30
PEMAZYRE	30	<i>philith</i>	73
<i>pemetrexed disodium</i>	22	PHLEXY-VITS POW	142
PENBRAYA INJ	107	PHYTOBASE CRE	111
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	19	PHYTOMULTI TAB	142
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	19	<i>phytonadione</i>	143
<i>penicillamine</i>	68	PIFELTRO	13
<i>penicillin g potassium</i>	19	PIKO 1 MIS ELECTRON	175
<i>penicillin g sodium</i>	19	<i>pilocarpine hcl</i>	154
<i>penicillin v potassium</i>	19	<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	190
PEN-KERA CRE	187	PILOT COVID KIT HOME TES	10
PENTACEL INJ	107	<i>pimozide</i>	51
<i>pentamidine isethionate inh</i>	10	<i>pimtrea</i>	73
<i>pentamidine isethionate inj</i>	10	<i>pin-away</i>	10
<i>pentoxifylline</i>	101	<i>pindolol</i>	42
PENTRAVAN CRE	187	<i>pinworm medicine</i>	10
PENTRAVAN CRE PLUS	187	<i>pioglitazone hcl</i>	65
<i>perindopril erbumine</i>	36		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-500 mg</i>	65	POLY-VITA DRO	143
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg</i>	65	POLY-VITA/FE DRO	143
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	19	POLY-VITE DRO	143
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	20	POLY-VITE SOL 50MG/ML	143
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	20	POLY-VITE SOL /IRON	143
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	20	POLY-VITE SOL IRON	143
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	20	POMALYST	23
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	30	PORENAL+D CAP OMEGA 3	143
PIQRAY 250MG TAB DOSE	30	<i>portia-28</i>	73
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	31	<i>posaconazole</i>	12
<i>pirfenidone</i>	175	<i>potassium chloride</i>	114
<i>piroxicam</i>	5	POTASSIUM CHLORIDE	114
PLASMA-LYTE INJ -148	114	<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	114
PLASMA-LYTE INJ -A	114	<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i>	114
<i>plenamine</i>	115	<i>potassium citrate (alkalinizer)</i>	95
PLENVU SOL	91	POTASSIUM CRY BROMIDE	111
POCKET CHAMB MIS	175	<i>potassium iodide (expectorant)</i>	175
POCKET PEAK MIS METER	175	<i>potassium & sodium phosphates powder pack 280-160-250 mg</i>	120
POCKETPEAK MIS MTR LOW	175	POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	114
POCKET SPACE MIS	175	POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	114
<i>podofilox</i>	188	POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	114
<i>poly bacitracin</i>	179	<i>povidone-iodine</i>	188
<i>polycin ophth oint</i>	153	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	49
<i>polyethylene glycol 3350</i>	91	<i>prasugrel hcl</i>	102
POLY GLYCOL POW 8000	111	<i>pravastatin sodium</i>	40
POLY-HIST DM LIQ 5-25-10	168	<i>praziquantel</i>	10
POLY HIST FO TAB 10.5-10	168	<i>prazosin hcl</i>	36
<i>poly-iron 150</i>	100	PRECISN XTRA TES KETONE	80
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	153	<i>prednisolone</i>	77
<i>polysaccharide iron complex</i>	100	<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	153
POLY-TUSSIN LIQ 10-4-10	168	PREDNISOLONE SODIUM PHOSP	153
POLYTUSSIN LIQ DM	168	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	77
POLY-VENT DM TAB	168	<i>prednisone</i>	77
POLY-VENT IR TAB 60-380MG	168	PREDNISONE INTENSOL	77
<i>polyvinyl alcohol</i>	155	<i>pregabalin</i>	55
POLY-VI-SOL DRO 50MG/ML	143	PREHEVBRIO	107
POLY-VI-SOL SOL 50MG/ML	143	PREMASOL SOL 10%	115
POLY-VI-SOL SOL IRON	143	PRENATAL TAB 27-1MG	114
		PRENATAL TAB PLUS	114
		PRESERVISION CAP AREDS	143
		PRESERVISION CAP AREDS 2	143
		PRESERVISION CAP LUTEIN	143
		PRESERVISION CHW AREDS 2	143

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
PRESERVISION TAB AREDS	143	<i>propylthiouracil</i>	82
PRETTY FEET CRE & HANDS	188	PROQUAD INJ	107
<i>prevalite</i>	41	PRO-RED AC SYP 5-1-9/5	168
PREVYMIS	16	PRORENAL+D CAP OMEGA-3	143
PREZCOBIX TAB 800-150	15	PRORENAL +D TAB	143
PREZISTA	13	PRORENAL+D TAB	143
PRIFTIN	15	<i>prosght</i>	143
<i>primaquine phosphate</i>	12	PROSOL INJ 20%	115
PRIMAQUINE PHOSPHATE	12	PROTECT CAP CARDIO	143
<i>primidone</i>	55	PROTECT CAP PLUS SO	143
PRIORIX INJ	107	PROTECT IRON LIQ	143
PRIVIGEN	105	PROTEGRA CAP	143
<i>probenecid</i>	1	<i>protriptyline hcl</i>	47
<i>probiata</i>	85	PROXEED PLUS PAK	143
PROBIOTIC ACIDOPHILUS	85	<i>pseudoephed-bromphen-dm syrup 30-2-</i> <i>10 mg/5ml</i>	168
PROBIOTIC CAP	85	<i>pseudoephedrine-guaifenesin tab er 12hr</i> <i>60-600 mg</i>	169
PROBIOTIC GOLD EXTRA STRE	85	<i>pseudoephedrine-guaifenesin tab er 12hr</i> <i>120-1200 mg</i>	169
PRO-CAL TAB	143	<i>pseudoephedrine hcl</i>	168
PROCARE MIS ADULT	175	PULMOZYME	175
PROCARE MIS CHILD	175	<i>pure calcium carbonate</i>	120
PROCERV HP TAB	143	PURE COMFORT MIS SPACER	175
<i>prochlorperazine</i>	86	<i>pure l-arginine hcl</i>	124
<i>prochlorperazine edisylate</i>	87	PURE L-CITRULLINE	124
<i>prochlorperazine maleate</i>	87	<i>purevit dualfe plus</i>	100
PROCRT	97, 98	<i>pureway-c</i>	143
<i>proctocort</i>	188	PURIXAN	22
<i>procto-med hc</i>	188	<i>px advanced formula multi</i>	143
<i>proctosol hc</i>	188	<i>px b complex/vitamin c</i>	143
<i>proctozone-hc</i>	188	<i>px calcium&d</i>	120
PROFE	100	<i>px childrens vitamin</i>	143
<i>progesterone</i>	81	<i>px complete senior multiv</i>	143
PROGRAF	106	<i>px fish oil</i>	124
PROLASTIN-C	175	<i>px folic acid</i>	143
PROLENSA	153	PX GLUCOSE CHW FRUIT	78
PROLIA	67	PX GLUCOSE CHW ORANGE	78
PROMACTA	101	PX GLUCOSE CHW RASPBERRY	78
<i>promethazine-dm syrup 6.25-15 mg/5ml</i> ..	168	PX GLUCOSE CHW SOUR APL	78
<i>promethazine hcl</i>	87	<i>px iron</i>	100
<i>promethazine vc/codeine</i>	168	<i>px mens multivitamins</i>	144
<i>promethazine w/ codeine syrup 6.25-</i> <i>10 mg/5ml</i>	168	<i>px niacin</i>	144
<i>pronutrients calcium+d3</i>	120	<i>px saline nasal spray</i>	176
<i>propafenone hcl</i>	39	<i>px vitamin a</i>	144
<i>proparacaine hcl</i>	155	<i>px vitamin c</i>	144
<i>propranolol hcl</i>	42		
PROPYLENE GL LIQ	111		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>px vitamin e</i>	144	<i>qc magnesium citrate</i>	91
<i>pyrazinamide</i>	15	<i>qc maximum daily multivit</i>	144
<i>pyridostigmine bromide</i>	60	<i>qc medifin 400</i>	169
<i>pyridoxine hcl</i>	144	<i>qc medifin dm</i>	169
PYRIDOXINE POW HCL	144	<i>qc mens daily multivitami</i>	144
Q		<i>qc miconazole 7</i>	96
<i>qc 3 day vaginal cream</i>	96	<i>qc milk of magnesia</i>	91
<i>qc acetaminophen 8 hours</i>	3	<i>qc mineral oil heavy</i>	91
<i>qc acetaminophen infants</i>	3	<i>qc mucus relief</i>	169
<i>qc acid controller</i>	87	<i>qc mucus relief er 12 hou</i>	169
<i>qc acid controller maximu</i>	88	<i>qc multi-vite</i>	144
<i>qc all day allergy</i>	159	<i>qc multi-vite 50 & over</i>	144
<i>qc allergy childrens</i>	159	<i>qc naproxen sodium</i>	5
<i>qc allergy relief</i>	159, 177	<i>qc nasal decongestant max</i>	169
<i>qc antacid</i>	83	<i>qc natura-lax</i>	91
<i>qc antacid/anti-gas</i>	83	<i>qc non-aspirin childrens</i>	3
<i>qc antacid/anti-gas maxim</i>	83	<i>qc non-aspirin extra stre</i>	3
<i>qc anti-diarrheal</i>	85	<i>qc omeprazole magnesium</i>	95
<i>qc antifungal cream</i>	181	<i>qc pain relief</i>	3
<i>qc anti-itch/aloe</i>	183	<i>qc pain relief childrens</i>	3
<i>qc anti-itch extra streng</i>	188	<i>qc pain relief extra stre</i>	3
<i>qc arthritis pain relief</i>	3	<i>qc povidone iodine</i>	188
<i>qc aspirin</i>	3	<i>qc stool softener</i>	91
<i>qc aspirin low dose</i>	3	<i>qc stool softener plus la</i>	91
<i>qc calcium fast dissoluti</i>	120	<i>qc stool softener plus st</i>	91
<i>qc calcium/minerals/vitam</i>	120	<i>qc suphedrine maximum str</i>	169
QC CASTOR OIL	111	<i>qc therin-m</i>	144
<i>qc childrens allergy</i>	159	<i>qc tolnaftate</i>	181
<i>qc childrens chewable com</i>	144	<i>qc triple antibiotic maxi</i>	179
<i>qc childrens chewable vit</i>	144	<i>qc tussin cf</i>	169
<i>qc childrens ibuprofen</i>	5	<i>qc tussin dm cough & ches</i>	169
<i>qc chocolated laxative</i>	91	<i>qc tussin expectorant adu</i>	169
<i>qc clotrimazole</i>	96	<i>qc tussin mucus + chest c</i>	169
<i>qc daily multivitamins/ir</i>	144	<i>qc urinary pain relief</i>	95
<i>qc enema</i>	91	<i>qc vegetable laxative</i>	91
<i>qc enteric aspirin</i>	3	<i>qc womens daily multivita</i>	144
<i>qc esomeprazole magnesium</i>	95	QINLOCK	31
<i>qc ferrous sulfate</i>	100	<i>q-sorb co q-10</i>	124
<i>qc gas relief extra stren</i>	93	QUADRACEL INJ	107
<i>qc gentle laxative</i>	91	QUADRACEL INJ 0.5ML	107
<i>qc ibuprofen</i>	5	<i>quetiapine fumarate</i>	51
<i>qc ibuprofen cold/sinus</i>	169	QUICKVUE HOM KIT COVID-19	10
<i>qc lansoprazole</i>	95	<i>quinapril hcl</i>	36
<i>qc loratadine allergy rel</i>	159	QUIN B TAB STRONG	144
<i>qc loratadine-d</i>	169	<i>quinidine sulfate</i>	39
		<i>quinine sulfate</i>	12

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>quintabs-m</i>	144	RA STERILE SALINE NASAL M	176
QUINTABS-M TAB	144	<i>ra vitamin a</i>	145
QUINTABS TAB	144	<i>ra vitamin b-6</i>	145
QULIPTA	59	<i>ra vitamin c</i>	145
R		<i>ra vitamin c/rose hips</i>	145
RA ADVANCED HEALING	188	<i>ra vitamin d-3</i>	145
RABAVERT INJ	107	<i>ra vitamin e</i>	145
RA B-COMPLEX TAB VIT C TR	144	RAYALDEE	82
<i>rabeprazole sodium</i>	95	<i>react</i>	73
<i>ra biotin</i>	144	REALITY MIS LUBRICAT	73
<i>ra calcium 600</i>	120	<i>reclipsen</i>	73
<i>ra calcium 600 plus vitam</i>	120	RECOMBIVAX HB	107
<i>ra calcium 600/vit d/mine</i>	120	RECTIV	188
<i>ra calcium citrate plus v</i>	120	<i>reeses pinworm medicine</i>	10
<i>ra calcium citrate/vitami</i>	120	<i>refresh celluvisc</i>	155
<i>ra calcium/minerals/vitam</i>	120	REFRESH DRO OP	155
<i>ra calcium plus vitamin d</i>	120	REFRESH DRO RELIEVA	155
<i>ra central-vite womens ma</i>	144	REFRESH GEL OPTIVE	155
<i>ra chewable vitamins comp</i>	144	<i>refresh lacri-lube</i>	155
<i>ra coenzyme q-10</i>	124	REFRESH OPTI DRO 0.5-0.9%	155
<i>radiance platinum vitamin</i>	145	REFRESH OPT SOL MEGA-3	155
RA DIGESTIVE HEALTH	85	REFRESH RELI DRO 0.5-0.9%	155
RA ESSENCE-C POW ORANGE	144	REFRESH SOL DIGITAL	155
RA ESSENCE-C POW RASPBRY	144	REFRESH SOL OPTIVE	155
RA ESSENCE-C POW TNGERINE	144	REGRANEX	189
<i>ra fish oil</i>	124	<i>rehydralyte</i>	112
<i>ra folic acid</i>	144	REJUVAFLOR CAP	85
<i>ra hi cal</i>	120	RELENZA DISKHALER	16
<i>ra high potency iron</i>	100	RELISTOR	93
<i>ra iron</i>	100	REMICADE	103
<i>ra l-arginine</i>	124	<i>renal caps</i>	145
<i>raloxifene hcl</i>	80	<i>renal vitamin</i>	145
<i>ra magnesium</i>	120	<i>renaplex</i>	145
<i>ramipril</i>	36	RENAPLEX-D TAB	145
RANGER READY REPELLENT	188	<i>rena-vite</i>	145
<i>ra niacin</i>	144	<i>rena-vite rx</i>	145
<i>ra no flush niacin 500</i>	144	RENFLEXIS	103
<i>ranolazine</i>	44	<i>repaglinide</i>	65
<i>ra one daily maximum</i>	144	REPATHA	41
<i>ra one daily mens 50+ wit</i>	144	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	41
<i>ra one daily mens/vitamin</i>	144	REPATHA SURECLICK	41
<i>ra pediatric electrolyte</i>	112	REPEL 100	188
<i>rasagiline mesylate</i>	49	REPEL FAMILY	188
<i>ra saline nasal spray</i>	176	REPEL FAMILY DRY	188
<i>ra slow release iron</i>	100	REPEL HUNTERS FORMULA	188
		REPEL LEMON SPR INSECT	188

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
REPEL MOSQUITO WIPES	188	<i>rufinamide</i>	55
REPEL SPORTSMEN	188	RU-HIST D TAB 4-10MG	169
REPEL SPORTSMEN DRY	188	RUKOBIA	13
REPEL SPORTSMEN MAX	188	RYBELSUS	65
REPEL TICK DEFENSE	188	RYDAPT	31
REPLESTA	145	RYDEX LIQ	169
REPLESTA NX	145	RYMED TAB 2-10MG	169
RESTASIS	155	<i>rynex dm</i>	169
RESTASIS MULTIDOSE	155	<i>rynex pe</i>	169
RETEVMO	31	<i>rynex pse</i>	169
REVLIMID	23	S	
REXULTI	51	<i>sajazir</i>	101
REYATAZ	13	SALICYLIC POW ACID	111
REZLIDHIA	31	<i>saline</i>	176
REZUROCK	106	<i>saline mist</i>	176
RHOPRESSA	154	<i>sam-e.p.a.</i>	124
<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	16	SANDIMMUNE	106
<i>rifabutin</i>	15	SANTYL	189
<i>rifampin</i>	15	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	80
<i>riluzole</i>	60	SAWYER INSECT REPELLENT	188
<i>rimantadine hydrochloride</i>	16	SAWYER INSECT REPELLENT C	188
RINVOQ	103	SAWYER PREMIUM INSECT REP	188
RINVOQ LQ	103	<i>sb 12hr nasal spray</i>	169
RISABAL-PH CRE	188	<i>sb acid reducer</i>	88
RISACAL-D TAB	120	<i>sb allergy</i>	159
<i>risedronate sodium</i>	67	<i>sb antacid</i>	83
<i>risperidone</i>	51	<i>sb antacid extra strength</i>	83
<i>risperidone microspheres</i>	51	<i>sb anti-diarrhea</i>	85
RITEFLO MIS	176	<i>sb calcium + d</i>	120
<i>ritonavir</i>	13	<i>sb cough control</i>	169
<i>rivastigmine</i>	46	<i>sb cough tab</i>	169
<i>rivastigmine tartrate</i>	46	<i>sb loratadine</i>	159
<i>rivelsa</i>	73	<i>sb milk of magnesia</i>	91
<i>rizatriptan benzoate</i>	59	<i>sb mucus relief dm</i>	169
<i>robafen cf multi-symptom</i>	169	<i>sb mucus relief pe</i>	169
<i>robafen dm</i>	169	<i>sb naproxen sodium</i>	5
<i>robafen mucus/chest conge</i>	169	<i>sb omega-3 fish oil</i>	124
ROCKLATAN DRO	154	<i>sb oyster shell calcium</i>	120
<i>roflumilast</i>	176	<i>sb pediatric electrolyte</i>	112
<i>ropinirole hydrochloride</i>	49	<i>sb povidone-iodine</i>	188
<i>rosuvastatin calcium</i>	40	<i>sb saline nose</i>	176
ROTARIX SUS	107	<i>sb tab tussin dm</i>	169
ROTATEQ SOL	107	<i>sb vitamin c</i>	145
<i>roweepira</i>	55	SCAR CARE CRE	111
ROZLYTREK	31	SCEMBLIX	31
RUBRACA	31		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>scopolamine</i>	87	<i>simethicone ultra strengt</i>	93
<i>sea-omega</i>	124	<i>simliya</i>	74
SEBEX SHA	188	<i>simpesse</i>	74
SECUADO	51	SIMPLY SALINE	176
<i>selegiline hcl</i>	49	<i>simvastatin</i>	40
<i>selenium sulfide</i>	181	<i>sinus + headache</i>	170
SELZENTRY	13	<i>sinus congestion/pain</i>	170
<i>senexon</i>	91	<i>sinus nasal spray</i>	170
<i>senexon-s</i>	91	<i>sinus pressure/pain/adult</i>	170
<i>senior tabs</i>	145	<i>sinus relief extra streng</i>	170
<i>senna-lax</i>	91	<i>sinus relief severe conge</i>	170
<i>senna laxative</i>	91	SINUS WASH CRY SALT	176
<i>senna plus</i>	91	<i>sirolimus</i>	106
SENNAL PLUS CAP 8.6-50MG	91	SIRTURO	15
<i>senna regular strength</i>	91	SIVEXTRO	10
<i>senna-tabs</i>	91	SKYRIZI	103, 104
<i>senna-time</i>	91	SKYRIZI PEN	104
<i>senna-time s</i>	91	<i>slow iron</i>	100
<i>sennosides</i>	91	<i>slow magnesium chloride/</i>	120
<i>sennosides-docusate sodium tab 8.6-50 mg</i>	91	SLOW MAGNESIUM CHLORIDE/	120
<i>senokot extra strength</i>	91	SLOW-MAG TAB	120
SENSI-CARE CRE MOISTURI	188	SLOW-MAG TAB 71.5-119	120
<i>senry</i>	145	<i>slow release iron</i>	100
<i>senry senior</i>	145	<i>slow-release iron</i>	100
SENTRY TAB	145	SLOW RELEASE IRON	100
SENTRY TAB SENIOR	145	<i>sm 3-day vaginal</i>	96
SEREVENT DISKUS	160	<i>sm 8 hour pain relief</i>	3
<i>sertraline hcl</i>	47	<i>sm 12 hour sinus deconges</i>	170
SESAME OIL	111	SM ACIDOPHILUS	85
<i>se-tan plus</i>	100	<i>sm acid reducer</i>	88
<i>setlakin</i>	73	<i>sm acid reducer maximum s</i>	88
<i>sevelamer carbonate</i>	81	<i>sm adult aspirin</i>	3
<i>severe cold/cough</i>	170	<i>sm all day allergy</i>	159
<i>severe cold & flu</i>	169	<i>sm all day allergy childr</i>	159
<i>sharobel</i>	74	<i>sm all day allergy-d</i>	170
SHINGRIX	107	<i>sm all day allergy relief</i>	159
SIGNIFOR	80	<i>sm allergy 4 hour</i>	159
<i>siladryl allergy</i>	159	<i>sm allergy childrens</i>	159
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i>	45	<i>sm allergy relief</i>	159
<i>siltussin-dm</i>	170	<i>sm allergy relief childre</i>	159
<i>siltussin sa</i>	170	<i>sm allergy relief nasal s</i>	177
<i>silver sulfadiazine</i>	179	<i>sm animal shapes complete</i>	145
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	154	<i>sm animal shapes kids fir</i>	145
<i>simethicone</i>	93	<i>sm antacid</i>	83
<i>simethicone drops infants</i>	93	<i>sm antacid advanced</i>	83
		<i>sm antacid advanced maxi</i>	83

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>sm antacid extra strength</i>	83	<i>sm co q-10</i>	124
<i>sm antacid maximum streng</i>	83	<i>sm coq-10</i>	124
<i>sm antibiotic</i>	179	<i>sm day time cold & flu re</i>	170
<i>sm antibiotic plus pain r</i>	179	<i>sm double antibiotic</i>	179
<i>sm anti-diarrheal</i>	85	<i>sm dry eye relief</i>	156
<i>sm antifungal clotrimazol</i>	181	<i>sm ear drops</i>	190
<i>sm antifungal miconazole</i>	181	<i>sm enema</i>	92
<i>sm antifungal tolinaftate</i>	181	<i>sm epsom salt</i>	92
<i>sm anti-itch extra streng</i>	188	<i>sm esomeprazole magnesium</i>	95
<i>sm antioxidant vitamins</i>	145	<i>sm eye itch relief</i>	154
<i>sm arthritis pain relief</i>	3	<i>sm fexofenadine hydrochlo</i>	160
<i>sm aspirin adult low stre</i>	3	<i>sm fiber</i>	92
<i>sm aspirin enteric coated</i>	3	<i>sm fiber laxative</i>	92
<i>sm aspirin low dose</i>	3	<i>sm fish oil</i>	124
<i>sm athletes foot</i>	181	SM FISH OIL CAP 554MG	124
SM B-COMPLEX TAB /VIT C	145	<i>sm folic acid</i>	146
SM BENZOIN TIN	189	<i>sm gas relief</i>	93
SM BENZOIN TIN NFXI	189	<i>sm gas relief drops infan</i>	93
<i>sm biotin</i>	145	<i>sm gas relief extra stren</i>	93
<i>sm b super vitamin comple</i>	145	<i>sm gentle laxative</i>	92
<i>sm calcium 500/vitamin d3</i>	120	SM GLUCOSE	78
<i>sm calcium 600+d3</i>	120	SM GLUCOSE CHW ORANGE	78
<i>sm calcium 600/vitamin d</i>	120	SM GLUCOSE CHW RASPBERRY	78
<i>sm calcium antacid</i>	83	<i>sm guaifenesin/pseudoephe</i>	170
<i>sm calcium antacid extra</i>	83	<i>sm hair/skin/nails</i>	146
<i>sm calcium citrate+vitami</i>	121	<i>sm hydrocortisone</i>	183
<i>sm calcium citrate+ w/vit</i>	121	<i>sm hydrocortisone maximum</i>	183
<i>sm calcium citrate/vitami</i>	121	<i>sm hydrocortisone plus</i>	183
<i>sm calcium /vitamin d</i>	121	<i>sm ibuprofen</i>	5
<i>sm calcium/vitamin d</i>	121	<i>sm ibuprofen ib</i>	5
<i>sm calcium/vitamin d3</i>	121	<i>sm ibuprofen ib childrens</i>	5
<i>sm chest congestion relie</i>	170	<i>sm infants ibuprofen</i>	5
<i>sm childrens aspirin</i>	3	<i>sm iron</i>	100
<i>sm childrens loratadine</i>	159	<i>sm iron slow release</i>	100
SM CLD/ALLER LIQ CHILDREN	170	<i>sm lansoprazole</i>	95
<i>sm clearlax</i>	91	<i>sm lice killing maximum s</i>	189
<i>sm clotrimazole vaginal</i>	96	<i>sm lice treatment</i>	189
<i>sm coenzyme q-10</i>	124	<i>sm loratadine</i>	160
<i>sm cold & cough dm childr</i>	170	<i>sm loratadine allergy rel</i>	160
<i>sm cold & flu severe</i>	170	<i>sm lorata-dine d</i>	170
<i>sm cold & sinus relief</i>	170	<i>sm loratadine d 12hr</i>	170
<i>sm complete</i>	145	<i>sm lubricant eye drops</i>	156
<i>sm complete 50+</i>	145	<i>sm lubricating plus</i>	156
<i>sm complete 50+ ultimate</i>	145	<i>sm lubricating tears</i>	156
<i>sm complete advanced form</i>	145	<i>sm magnesium</i>	121
<i>sm complete senior formul</i>	145	<i>sm magnesium citrate</i>	92

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>sm miconazole 3</i>	96	<i>sm super b complex-vitami</i>	146
<i>sm miconazole 7</i>	97	<i>sm triple antibiotic</i>	179
<i>sm milk of magnesia</i>	92	<i>sm triple antibiotic orig</i>	179
<i>sm motion sickness</i>	87	<i>sm triple antibiotic plus</i>	179
<i>sm mucus relief</i>	170	<i>sm tussin cf</i>	170
<i>sm mucus relief/12 hour</i>	170	<i>sm tussin dm</i>	171
<i>sm mucus relief maximum s</i>	170	<i>sm tussin dm cough/chest</i>	171
<i>sm multiple vitamins esse</i>	146	<i>sm tussin dm max/cough +</i>	171
<i>sm multiple vitamins/iron</i>	146	<i>sm tussin mucus + chest c</i>	171
<i>sm naproxen sodium</i>	5	<i>sm urinary pain relief</i>	95
<i>sm nasal decongestant max</i>	170	<i>sm urinary pain relief ma</i>	95
<i>sm nasal decongestant pe</i>	170	<i>sm vitamin b-6</i>	146
<i>sm nasal spray</i>	170	<i>sm vitamin b6</i>	146
<i>sm nasal spray 12 hour</i>	170	<i>sm vitamin b complex with</i>	146
<i>sm nasal spray moisturizi</i>	170	<i>sm vitamin c</i>	146
<i>sm nasal spray saline</i>	176	<i>sm vitamin c/rose hips</i>	146
<i>sm nasal spray sinus</i>	170	<i>sm vitamin d</i>	146
<i>sm niacin cr</i>	146	<i>sm vitamin d3</i>	146
<i>sm nicotine</i>	63	SM VITAMIN D3 MAXIMUM STR	146
<i>sm nicotine polacrilex</i>	63	<i>sm vitamin e</i>	146
<i>sm nicotine transdermal s</i>	63	<i>sm vit c/rose hips</i>	146
<i>sm nite time cold & flu</i>	170	SOD BENZOATE POW	111
<i>sm nose drops nasal decon</i>	170	SOD BROMIDE GRA	111
<i>sm omega-3 fish oil</i>	124	SOD CHLORIDE GRA	121
<i>sm omeprazole</i>	95	<i>sodium bicarbonate (antacid)</i>	83
SM ONE DAILY TAB MENS	146	<i>sodium chloride</i>	114
SM ONE DAILY TAB WOMENS	146	<i>sodium chloride (gu irrigant)</i>	190
<i>smooth antacid extra stre</i>	83	<i>sodium chloride hypertonic</i>	156
<i>sm opti-vitamins</i>	146	<i>sodium chloride (inhalant)</i>	171
<i>sm oyster shell calcium/v</i>	121	<i>sodium ferric gluconate complex in</i> <i>sucrose</i>	100
<i>sm pain & fever childrens</i>	3	<i>sodium fluoride chew\; tab\; 1.1 (0.5 f)</i> <i>mg/ml soln</i>	114
<i>sm pain & fever infants</i>	3	SODIUM OXYBATE	61
<i>sm pain relief extra stre</i>	3	<i>sodium phenylbutyrate</i>	80
<i>sm pain reliever</i>	3	<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	68
<i>sm pain reliever children</i>	4	SODIUM POW BICARBON	83
<i>sm pain reliever extra st</i>	4	<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-</i> <i>3.13-1.6 gm/177ml</i>	92
<i>sm pediatric electrolyte</i>	112	<i>solifenacin succinate</i>	96
<i>sm povidone-iodine</i>	189	SOLQUA INJ 100/33	67
<i>sm sinus severe for adult</i>	170	SOLO TAB	146
<i>sm slow release iron</i>	100	SOLTAMOX	23
SM SLOW RELEASE IRON	100	<i>soluble fiber</i>	92
<i>sm stomach relief</i>	86	SOLU-CORTEF	77
<i>sm stomach relief liquid</i>	86	<i>soluvita e</i>	146
<i>sm stool softener</i>	92		
<i>sm stool softener plus la</i>	92		
<i>sm stool softener/stimula</i>	92		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
SOMATULINE DEPOT	80	stool softener + stimulan	92
SOMAVERT	80	stool softener laxative	92
soothing - 12 hour nasal	171	stool softener plus laxat	92
SOOTH SALINE AER NASAL	176	streptomycin sulfate	10
sorafenib tosylate	31	stress b-complex/vitamin	146
SORBIDON CRE HYDRATE	189	stress b/zinc	146
SORBITOL	92	stress formula	146
sorine	39	stress formula/iron	147
SOSWEET SYP	111	stress formula/zinc	147
sotalol hcl	40	stresstabs advanced	147
sotalol hcl (afib/afl)	40	stresstabs energy	147
SPACE CHAMBR MIS ANTI-STA	176	STRIBILD TAB	15
SPACE CHAMBR MIS LARGE	176	STROVITE ONE TAB	147
SPACE CHAMBR MIS MEDIUM	176	STUDIO 35 CRE MOIST	189
SPACE CHAMBR MIS SMALL	176	subvenite	55
SPACER CHAMB MIS ADULT	176	sucalfate	93
SPACER CHAMB MIS CHILD	176	sudogest	171
SPACER CHAMB MIS INFANT	176	sudogest 12 hour	171
SPECTRAVITE CHW ADLT 50+	146	sudogest maximum strength	171
SPECTRAVITE TAB	146	sudogest sinus & allergy	171
SPECTRAVITE TAB ADLT 50+	146	sulfacetamide sodium (acne)	179
SPECTRAVITE TAB ADULTS	146	sulfacetamide sodium (ophth)	153
SPECTRAVITE TAB MEN 50+	146	sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%	152
SPECTRAVITE TAB ULT MEN	146	sulfadiazine	10
SPECTRAVITE TAB ULT WMN	146	sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml	10
SPEEDY SWAB KIT COVID-19	10	sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200- 40 mg/5ml	10
spironolactone	36	sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400- 80 mg	10
spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg	43	sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800- 160 mg	10
sprintec 28	74	SULFAMYLON	180
SPRITAM	55	sulfasalazine	88
SPRYCEL	31	sulindac	5
sps	68	sumatriptan	59
sronyx	74	sumatriptan succinate	59
ssd	180	sunitinib malate	32
STAHIST AD TAB 25-60MG	171	SUNLENCA	13
STAHIST TP TAB 2.5-10MG	171	SUPER ANTIOX CAP	147
STELARA	104	super antioxidant/a/c/e/s	147
stimulant laxative	92	super aytinal 50 plus	147
STIVARGA	32	super aytinal for active	147
st joseph low dose aspiri	4	super b-complex/folic aci	147
STL SOFT/LAX CAP 8.6-50MG	92	super b-complex/vitamin c	147
stomach relief	86		
stomach relief extra stre	86		
stomach relief ultra	86		
stool softener	92		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>super biotin</i>	147	TAGRISSO	32
<i>super b with c</i>	147	<i>take action</i>	74
<i>super calcium</i>	121	TALTZ	104
<i>super calcium 600 + d3</i>	121	TALZENNA	32
<i>super calcium 600+d3 400</i>	121	<i>tamoxifen citrate</i>	23
SUPER DAILY D3	147	<i>tamsulosin hcl</i>	95
<i>super dha gems</i>	124	<i>tandem plus</i>	100
<i>super multiple</i>	147	<i>tarina 24 fe</i>	74
<i>super omega-3</i>	124	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	74
<i>super thera vite m</i>	147	TARON FORTE CAP	100
<i>super vita-mins</i>	147	TASIGNA	32
<i>suphedrine 12hour maximum</i>	171	<i>tasimelteon</i>	58
<i>syeda</i>	74	<i>tazarotene</i>	181
SYMDEKO TAB 50-75MG	176	<i>tazicef</i>	17
SYMDEKO TAB 100-150	176	TAZORAC	181
SYMPAZAN	55	TAZVERIK	32
SYMTUZA TAB	15	TDVAX INJ 2-2 LF	107
SYNAREL	75	TECENTRIQ	32
SYNJARDY TAB 5-500MG	65	TEFLARO	17
SYNJARDY TAB 5-1000MG	65	<i>telmisartan</i>	39
SYNJARDY TAB 12.5-500	65	<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i>	38
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	65	<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i>	38
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	65	<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i>	38
SYNJARDY XR TAB 10-1000	65	<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i>	38
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000	65	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-</i> <i>12.5 mg</i>	38
SYNJARDY XR TAB 25-1000	65	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i> <i>12.5 mg</i>	38
SYNTHROID	82	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i> <i>25 mg</i>	38
SYRPALTA	111	<i>temazepam</i>	58
SYRSPEND SF LIQ	111	TENIVAC INJ 5-2LF	107
SYRSPEND SF SUS	111	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	13
SYRSPEND SF SUS ALKA	111	TEPMETKO	32
SYSTANE ICAP CHW AREDS2	147	<i>terazosin hcl</i>	37
<i>systane icaps areds2</i>	147	<i>terbinafine hcl</i>	12
SYSTANE ICAP TAB AREDS2	147	<i>terbinafine hcl (topical)</i>	181
<i>systane nighttime</i>	156	<i>terbutaline sulfate</i>	160
T		<i>terconazole vaginal</i>	97
<i>tab-a-vite</i>	147	TERIPARATIDE	67
<i>tab-a-vite multivitamin/i</i>	147	<i>testosterone</i>	63
TAB-A-VITE TAB IRON/BET	147	<i>testosterone cypionate</i>	63
<i>tab-a-vite w/beta caroten</i>	147	<i>testosterone enanthate</i>	63
TABLOID	22	<i>tetrabenazine</i>	60
TABRECTA	32	<i>tetracycline hcl</i>	20
<i>tacrolimus</i>	106	THALOMID	23
<i>tacrolimus (topical)</i>	189		
TAFINLAR	32		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>theophylline</i>	176	TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	152
THEOPHYLLINE POW ANHYDROU	111	TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	152
<i>therabasic-m</i>	148	<i>tobramycin</i>	11
<i>thera-d 2000</i>	147	<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp</i> 0.3-0.1%	152
THERA-D 4000	147	<i>tobramycin (ophth)</i>	153
<i>thera-d rapid repletion</i>	147	<i>tobramycin sulfate</i>	11
<i>theraflu expressmax sever</i>	171	<i>tolnaftate</i>	181
THERAFLU FLU PAK SORE THR	171	<i>tolnaftate antifungal</i>	181
<i>theragran-m fish oil conc</i>	124	<i>tolterodine tartrate</i>	96
THERAGRAN-M TAB	148	<i>topiramate</i>	56
THERAGRAN-M TAB 50 PLUS	148	<i>toremifene citrate</i>	23
THERAGRAN-M TAB ADVANCED	148	<i>torpenz</i>	32
THERAGRAN-M TAB PREMIER	148	<i>torsemide</i>	43
THERAMILL CAP FORTE	148	<i>totalday multiple</i>	148
THERA M PLUS TAB	147	TOTAL HOME SPR INSECT	189
THERA-M TAB	147	TOUJEO MAX SOLOSTAR	67
THERAPEUTIC CRE MOISTUR	189	TOUJEO SOLOSTAR	67
THERAPEUTIC DANDRUFF	189	TPN ELECTROL INJ	114
<i>therapeutic formula/hemat</i>	148	TRADJENTA	65
<i>therapeutic-m</i>	148	<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i> ...	8
THERA TAB	147	<i>tramadol hcl</i>	8
<i>thera-tabs</i>	147	<i>trandolapril</i>	36
THERA-TABS M TAB	147	<i>tranexamic acid</i>	101
<i>theratrum complete</i>	148	<i>tranylcypromine sulfate</i>	47
<i>theratrum complete 50 plu</i>	148	TRAVASOL INJ 10%	115
<i>thera vital m</i>	147	TRAZIMERA	32
THEREMS-M TAB	148	<i>trazodone hcl</i>	47
THEREMS TAB MULTIVIT	148	TRECATOR	15
THERMOTABS TAB	112	TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	156
<i>theromega</i>	124	TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	156
<i>the very finest fish oil</i>	124	TREMFYA	104
<i>thiamine hcl</i>	148	<i>treprostinil</i>	45
<i>thioridazine hcl</i>	51	TRESIBA	67
<i>thiothixene</i>	51	TRESIBA FLEXTOUCH	67
<i>tiadylt er</i>	43	<i>tretinoin</i>	179
<i>tiagabine hcl</i>	55	<i>tretinoin (chemotherapy)</i>	24
TIBSOVO	32	<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i>	190
TICOVAC	107	<i>triamcinolone acetonide (topical)</i>	183
<i>tigecycline</i>	20	<i>triaminic fever & cold mu</i>	171
<i>tilia fe</i>	74	TRIAMINIC SOL COLD/CGH	171
<i>timolol maleate</i>	42	TRIAMINIC SYP COLD/CGH	171
<i>timolol maleate (ophth)</i>	154	<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap</i> 37.5-25 mg	43
<i>tinidazole</i>	11		
TIVICAY	13		
TIVICAY PD	13		
<i>tizanidine hcl</i>	61		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i>		<i>tri-vylibra lo</i>	74
37.5-25 mg	43	TR MAG COMPL CAP 400MG	121
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-</i>		TROGARZO	13
50 mg	43	TROPHAMINE INJ 10%	115
<i>tricon</i>	100	<i>tropical liquid nutrition</i>	148
<i>tridacaine ii</i>	183	<i>trospium chloride</i>	96
<i>trientine hcl</i>	68	TRUEPLUS GLUCOSE	78
<i>tri-estarylla</i>	74	TRUEPLUS GLUCOSE GEL	78
TRIFERIC	100	TRUEPLUS GLUCOSE ON THE G	78
<i>trifluoperazine hcl</i>	52	TRULICITY	65
<i>trifluridine</i>	153	TRUMENBA INJ	108
<i>trigels-f forte</i>	100	TRUQAP	32
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	49	TRUSTEX LUBR MIS ASSORTED	74
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-		TRUSTEX LUBR MIS BANANA	74
1000MG	65	TRUSTEX LUBR MIS CHOC	74
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG ..	65	TRUSTEX LUBR MIS COLA	74
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-		TRUSTEX LUBR MIS COLORS	74
1000MG	65	TRUSTEX LUBR MIS EX LARGE	74
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG ..	65	TRUSTEX LUBR MIS EX STR	74
TRIKAFTA PAK 59.5MG	176	TRUSTEX LUBR MIS GRAPE	74
TRIKAFTA PAK 75MG	176	TRUSTEX LUBR MIS RIB/STUD	74
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	176	TRUSTEX LUBR MIS SPERMICI	74
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	177	TRUSTEX LUBR MIS STRWBRY	74
<i>tri-legest fe</i>	74	TRUSTEX LUBR MIS VANILLA	75
<i>tri-lynyah</i>	74	TRUSTEX MIS BANANA	75
<i>tri-lo-estarylla</i>	74	TRUSTEX MIS CHOCOLAT	75
<i>tri-lo-marzia</i>	74	TRUSTEX MIS FLAVORS	75
<i>tri-lo-mili</i>	74	TRUSTEX MIS MINT	75
<i>tri-lo-sprintec</i>	74	TRUSTEX MIS STRWBRY	75
<i>trimethoprim</i>	11	TRUSTEX MIS VANILLA	75
<i>tri-mili</i>	74	TRUSTEX/RIA MIS LUBRICAT	75
<i>trimipramine maleate</i>	47	TRUSTEX/RIA MIS NON-LUB	75
TRINTELLIX	47	TRUSTEX/RIA MIS SPERMICI	75
<i>tri-nymyo</i>	74	TRUSTX NON-9 MIS RIB/STUD	75
<i>triphrocaps</i>	148	TRUXIMA	32
<i>triple antibiotic</i>	180	TRUZONE PEAK MIS FLOW MTR	177
<i>triple antibiotic + pain</i>	180	TUKYSA	33
<i>triple antibiotic plus</i>	180	TUMS CHEWY DELIGHTS	84
<i>triprolidine hcl</i>	160	<i>tums smoothies</i>	84
<i>tri-sprintec</i>	74	TURALIO	33
TRIUMEQ PD TAB	15	<i>turqoz</i>	75
TRIUMEQ TAB	15	TUSNEL C SYP	171
TRI-VI-SOL SOL A/C/D	148	<i>tusnel diabetic</i>	171
<i>tri-vite pediatric</i>	148	TUSNEL-DM DRO PEDIATRC	171
<i>trivora-28</i>	74	TUSNEL DM LIQ	171
<i>tri-vylibra</i>	74	TUSNEL-DM LIQ	171

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>tusnel dm pediatric</i>	171	V	
<i>tusnel-ex</i>	171	<i>valacyclovir hcl</i>	16
TUSNEL LIQ	171	VALCHLOR	189
TUSNEL PED DRO 7.5-50	171	<i>valganciclovir hcl</i>	16
TUSNEL PEDIA LIQ	171	<i>valproate sodium</i>	56
TUSNEL PEDI LIQ 15-5-50	171	<i>valproic acid</i>	56
TUSNEL TAB	171	<i>valsartan</i>	39
<i>tussin cf</i>	171	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i> <i>12.5 mg</i>	38
<i>tussin cf severe multi-sy</i>	171	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-</i> <i>12.5 mg</i>	38
<i>tussin cough</i>	171	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-</i> <i>25 mg</i>	38
<i>tussin dm</i>	172	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-</i> <i>12.5 mg</i>	39
<i>tussin dm cough + chest c</i>	172	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-</i> <i>25 mg</i>	39
<i>tussin dm maximum strengt</i>	172	VALTOCO 5 MG DOSE	56
<i>tussin mucus + chest cong</i>	172	VALTOCO 10 MG DOSE	56
<i>tussin mucus & chest cong</i>	172	VALTOCO 15 MG DOSE	56
<i>tussin multi-symptom cold</i>	172	VALTOCO 20 MG DOSE	56
TWINRIX INJ	108	<i>value plus glucose</i>	78
TYBOST	13	VANACOF DMX LIQ	172
<i>tydemy</i>	75	VANACOF LIQ	172
TYPHIM VI	108	VANALICE GEL 0.3-3.5%	189
TYRVAYA	156	VANATAB DM TAB 5-9-198	172
U		<i>vancomycin hcl</i>	11
U-BASE CRE	111	VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE	11
UBRELVY	59	VANCOMYCIN INJ 1 GM	11
<i>ultrachoice advanced form</i>	148	VANCOMYCIN INJ 500MG	11
<i>ultra choice multivitamin</i>	148	VANCOMYCIN INJ 750MG	11
<i>ultra freeda</i>	148	VANFLYTA	33
<i>ultra freeda/iron</i>	148	VANIBASE CRE	111
<i>ultra lubricating eye dro</i>	156	VANICREAM CRE	189
ULTRA MEGA G TAB 75MG CR	148	VANISHING CRE BOTANCAL	111
ULTRA MEGA G TAB 100MG	148	VAQTA	108
ULTRA MEGA TAB 75MG CR	148	<i>varenicline tartrate</i>	63
ULTRA MEGA TAB TWO	148	<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x</i> <i>1 mg start pack</i>	63
<i>ultra omega-3</i>	124	VARIVAX	108
ULTRA OMEGA3 CAP 1400MG	124	VASCEPA	41
ULTRA POTENC TAB WOMEN 50	148	VAXCHORA SUS	108
ULTRATHON INSECT REPELLEN	189	<i>velivet</i>	75
UNISPEND ANH SUS SWEETENE	111	VELPHORO	81
<i>unithroid</i>	82	VELTASSA	68
UPCAL D POW	121		
UPSPRINGBABY DRO MV/IRON	148		
UPSPRING BABY VITAMIN D	148		
<i>urinary pain relief</i>	95		
<i>ursodiol</i>	93		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
VELVACHOL CRE	189	VITACRAVES CHW IMMUNITY	149
VEMLIDY	16	VITACRAVES CHW MENS	149
VENCLEXTA	33	VITACRAVES CHW SOUR GUM	149
VENCLEXTA TAB START PK	33	VITACRAVES CHW WOMENS	149
VENEXA FE TAB	148	<i>vita hair</i>	149
VENEXA TAB	148	<i>vitajoy daily d gummies</i>	149
<i>venlafaxine hcl</i>	47	VITAL-D RX TAB	149
VENOFER	100	<i>vitalee</i>	149
VENTAVIS	45	VITALETS CHW CHILD	149
VENTOLIN HFA	160	VITAMI A-C-D DRO INFANT	149
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) ...	160	VITAMI A-C-D DRO INF/TODD	149
VENTRIXYL FE TAB	148	<i>vitamin a</i>	149
VENTRIXYL TAB	148	VITAMIN A PALMITATE	149
<i>verapamil hcl</i>	43	<i>vitamin b complex-c</i>	149
VERQUVO	44	<i>vitamin b complex/vitamin</i>	149
VERSACLOZ	52	VITAMIN C	149
VERSATILE CRE BASE	111	VITAMIN D2	149
VERSIGEL CRE	111	<i>vitamin d3</i>	150
VERZENIO	33	VITAMIN D3	149
<i>vestura</i>	75	<i>vitamin d3 adult gummies</i>	150
V-GO 20 KIT	67	<i>vitamin d3 extra strength</i>	150
V-GO 30 KIT	67	<i>vitamin d3 gummies</i>	150
V-GO 40 KIT	67	<i>vitamin d3 gummies adult</i>	150
<i>vienna</i>	75	VITAMIN D3 IMMUNE HEALTH	150
<i>vigabatrin</i>	56	<i>vitamin d3 maximum streng</i>	150
<i>vigadrone</i>	56	<i>vitamin d3 super strength</i>	150
VIGAFYDE	56	VITAMIN D3 TAB COMPLETE	150
<i>vigpoder</i>	56	<i>vitamin d3 ultra strength</i>	150
<i>vilazodone hcl</i>	47	<i>vitamin d-1000 maximum st</i>	150
<i>vincristine sulfate</i>	24	<i>vitamin d high potency</i>	150
<i>vinorelbine tartrate</i>	24	<i>vitamin d infant</i>	150
<i>viorele</i>	75	<i>vitamin e</i>	150
VIRACEPT	13	VITAMIN E	150
VIREAD	13	<i>vitamin e blend</i>	150
<i>virt-caps</i>	149	<i>vitamin e/d-alpha natural</i>	150
<i>virt-gard</i>	149	<i>vitamin e high potency</i>	150
<i>vision formula/lutein</i>	149	<i>vitamin supplement e-400</i>	150
VISION HEALT CAP	149	VITASANA TAB	150
<i>vision vitamins</i>	149	<i>vitatrum</i>	150
VISTA ADVAN CAP AREDS2	149	<i>vitatrum complete</i>	150
VISTA ADVAN CAP DRY EYE	149	VITATRUM TAB	150
VITABASIC COMPLETE	149	VITRAKVI	33
VITABASIC SENIOR	149	VITRAMYN TAB	150
VITABEX PLUS CAP	149	VITRANOL FE TAB	151
VITACHEW CHW ADULT	149	VITRANOL TAB	151
VITACHEW MULTIPLE VITAMIN	149	VITREXATE FE TAB	151

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
VITREXATE TAB	151	X	
VITREXYL TAB	151	XALKORI	33
VITREXYL TAB IRON	151	XARELTO	97
<i>vitrum senior</i>	151	XARELTO STAR TAB 15/20MG	97
VITRUM TAB SENIOR	151	XATMEP	104
VIVITROL	63	XCEL 100 CRE	111
VIZIMPRO	33	XCELLENT E CAP 33.5MG	151
VONJO	33	XCOPRI	56
VORANIGO	33	XCOPRI PAK 12.5-25	56
<i>voriconazole</i>	12	XCOPRI PAK 50-100MG	56
VORTEX/MASK MIS CHILDS	177	XCOPRI PAK 100-150	56
VORTEX VALVE MIS CHAMBER	177	XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	56
VOSEVI TAB	16	XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	56
VP GLUCOSE CHW FRUIT	78	XDEMVY	153
VP GLUCOSE CHW GRAPE	78	XELJANZ	104
<i>vp-vite rx</i>	151	XELJANZ XR	104
VRAYLAR	52	XERAC AC	189
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	52	XERMELO	93
<i>vyfemla</i>	75	XGEVA	67
<i>vylibra</i>	75	XHANCE	177
VYZULTA	154	XIFAXAN	93
W		XIGDUO XR TAB 2.5-1000	65
WALGREENS GLUCOSE	78	XIGDUO XR TAB 5-500MG	65
<i>warfarin sodium</i>	97	XIGDUO XR TAB 5-1000MG	65
<i>wart remover maximum stre</i>	189	XIGDUO XR TAB 10-500MG	65
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	190	XIGDUO XR TAB 10-1000	65
<i>wee care</i>	100	XIIDRA	156
<i>weekly-d</i>	151	XOFLUZA	16
WELIREG	24	XOLAIR	177
<i>wera</i>	75	XOSPATA	34
<i>wescaps</i>	151	XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	34
<i>westab one</i>	151	XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	34
WESTUSSIN DM SYP	172	XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	34
<i>wixela inhub</i>	178	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	34
<i>womens 50+ advanced</i>	151	XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	34
WOMENS 50+ TAB MULTIVIT	151	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	34
<i>womens daily formula</i>	151	XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	34
<i>womens daily formula/fofi</i>	151	XTANDI	23
WOMENS DAILY PAK PACK	151	<i>xulane</i>	75
WOMENS MULT CHW GUMMIES	151	XULTOPHY INJ 100/3.6	67
<i>womens multi</i>	151	Y	
<i>womens multivitamin</i>	151	<i>yargesa</i>	80
WOMENS PAK	151	YELETS TEEN TAB FORMULA	151
WOUND CARE CRE	111		
<i>wymzya fe</i>	75		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
YF-VAX INJ	108	ZONISADE	56
<i>yl beta carotene</i>	151	<i>zonisamide</i>	56
<i>yl coenzyme q10</i>	124	<i>zoo friends/extra c</i>	151
<i>yl folic acid</i>	151	<i>zovia 1/35</i>	75
<i>yl vitamin b-6</i>	151	ZTALMY	56
<i>yl vitamin c</i>	151	<i>zumandimine</i>	75
<i>yl vitamin c/rose hips</i>	151	ZURZUVAE	47, 48
YOUR LIFE CHW GUMMIES	151	ZYDELIG	34
<i>yuvafem</i>	76	ZYKADIA	34
Z		ZYLET SUS 0.5-0.3%	152
<i>zafemy</i>	75	ZYPREXA RELPREVV	52
<i>zafirlukast</i>	172		
<i>zaleplon</i>	58		
ZARXIO	98		
ZEJULA	34		
ZELBORAF	34		
ZELDANA CAP	151		
ZEMAIRA	177		
<i>zenatane</i>	179		
ZENPEP CAP 3000UNIT	94		
ZENPEP CAP 5000UNIT	94		
ZENPEP CAP 10000UNT	94		
ZENPEP CAP 15000UNT	94		
ZENPEP CAP 20000UNT	94		
ZENPEP CAP 25000UNT	94		
ZENPEP CAP 40000UNT	94		
ZENPEP CAP 60000UNT	94		
ZERVIAE	154		
<i>zidovudine</i>	14		
ZIEXTENZO	98		
ZIKS ARTHRIT CRE RELIEF	189		
ZINC LOZ	151		
<i>zinc oxide (topical)</i>	189		
<i>zinc sulfate</i>	121		
ZINC SULFATE POW GRANULAR	121		
ZINC SULFATE POW HEPTAHYD	121		
ZINC SULFATE POW MONOHYD	121		
ZINTREXYL-C TAB	151		
<i>ziprasidone hcl</i>	52		
<i>ziprasidone mesylate</i>	52		
ZIRABEV	34		
ZIRGAN	153		
<i>zoledronic acid</i>	67		
ZOLINZA	34		
<i>zolpidem tartrate</i>	58		

Multi-Language Insert
Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-855-364-0974 (TTY: 711)**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-855-364-0974 (TTY: 711)**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电**1-855-364-0974 (TTY: 711)**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電**1-855-364-0974 (TTY: 711)**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-855-364-0974 (TTY: 711)**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-855-364-0974 (TTY: 711)**. Un interlocuteur parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-855-364-0974 (TTY: 711)** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-855-364-0974 (TTY: 711)**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-855-364-0974 (TTY: 711)**번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-855-364-0974 (TTY: 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-855-364-0974 (TTY: 711)**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-855-364-0974 (TTY: 711)** पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-855-364-0974 (TTY: 711)**. Un nostro incaricato che parla italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-855-364-0974 (TTY: 711)**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-855-364-0974 (TTY: 711)**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-855-364-0974 (TTY: 711)**. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-855-364-0974 (TTY: 711)**にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Hawaiian: He kōkua māhele ‘ōlelo kā mākou i mea e pane ‘ia ai kāu mau nīnau e pili ana i kā mākou papahana olakino a lā‘au lapa‘au paha. I mea e loa‘a ai ke kōkua māhele ‘ōlelo, e kelepona mai iā mākou ma **1-855-364-0974 (TTY: 711)**. E hiki ana i kekahi mea ‘ōlelo Pelekānia/‘Ōlelo ke kōkua iā ‘oe. He pōmaika‘i manuahi kēia.

Amharic: የጤና ወይም የመድኃኒት ዕቅዶችን በመመለስ ሊኖርዎ ስለሚችል ማንኛውም ጥያቄዎች መልስ ለመስጠት ነፃ የአስተርጓሚ አገልግሎት አለን። አስተርጓሚ ለማግኘት፣ ይደውሉልን በ **1-855-364-0974 (TTY: 711)**። እንግሊዘኛ/ቋንቋ የሚናገር አንድ ሰው ሊረዳዎት ይችላል። ይህ ነፃ አገልግሎት ነው።

Gujarati: અમારી આરોગ્ય અથવા દવા યોજના વિશે તમને હોય તેવા કોઈપણ પ્રશ્નોના જવાબ આપવા અમારી પાસે મફત દુભાષિયાની સેવાઓ છે. દુભાષિયા મેળવવા માટે, અમને ફક્ત **1-855-364-0974 (TTY: 711)** પર કોલ કરો. કોઈ વ્યક્તિ જે અંગ્રેજી/ભાષા બોલે છે તે તમને મદદ કરી શકે છે. આ એક મફત સેવા છે.

Kenyarwanda: Dufite serivisi z’abasemuzi ku buntu kugira ngo dusubize ibibazo byose waba ufite ku byerekeye gahunda yacu y’ubuzima cyangwa y’ibiyobyabwenge. Kugira ngo ubone umusemuzi, duhambare kuri **1-855-364-0974 (TTY: 711)**. Umuntu uvuga ururimi rw’Icyongereza ashobora kugufasha. Iyi ni serivisi y’ubuntu.

Nepali: हाम्रो स्वास्थ्य वा औषधि योजनाको बारेमा तपाईंमा हुन सक्ने कुनै पनि प्रश्नहरूको जवाफ दिन हामीसँग निःशुल्क अनुवाद सेवाहरू छन्। दोभाषे प्राप्त गर्न केवल हामीलाई यहाँ फोन गर्नुहोस् **1-855-364-0974 (TTY: 711)**। अंग्रेजी भाषा बोल्ने कुनै व्यक्तिले तपाईंलाई मद्दत गर्न सक्छ। यो निःशुल्क सेवा हो।

Afghani: ما خدمات ترجمان رایگان داریم تا به هر سوال که ممکن است در مورد طرح صحت ی داروی خود داشته باشید پاسخ دهیم. برای دریافت ترجمان، صرف با شماره **1-855-364-0974 (TTY: 711)** با ما تماس بگیرید. کسی که به زبان/انگلیسی صحبت می کند می تواند به شما کمک کند. این یک خدمت رایگان است.

Somali: Waxaanu haynaa adeegyadaa bilaashka ah turjubaanka si looga jawaabo wax su’aalo ah oo aad qabto oo ku saabsan caafimaadka ama qorshaha dagaalka. Si loo helo turjubaan, naga soo wac **1-855-364-0974 (TTY: 711)**. Qof ku hadla Ingiriiska/Soomaali ayaa ku caawin kara. Tani waa adeeg bilaash ah.

Swahili: Tuna huduma za mkalimani bila malipo kujibu maswali yoyote ambayo unaweza kuwa nayo kuhusu afya au mpango wetu wa dawa. Ili kupata mkalimani, tupigie simu kwa **1-855-364-0974 (TTY: 711)**. Mtu anayezungumza Kiingereza/Lugha anaweza kukusaidia. Huduma hii ni ya bila malipo.

Ukrainian: У нас є безкоштовні послуги перекладача, який відповість на будь-які ваші запитання щодо нашого плану медичного обслуговування або забезпечення ліками. Щоб отримати послуги перекладача, просто зателефонуйте нам за номером **1-855-364-0974 (TTY: 711)**. Вам може допомогти людина, яка володіє англійською/мовою. Ця послуга є безкоштовною.

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

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



©2024 Aetna Inc.
OH-23-09-01 (SP) L (12/24)
Sin cambios realizados desde el 12/01/2024