

Lista de medicamentos cubiertos/ Formulario 2025

Aetna Better Health[®] Premier Plan MMAI

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

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



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

Introducción

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

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

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

Índice

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

Esta sección continúa en la siguiente página.

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



B8. ¿Qué sucede si el medicamento que deseo tomar no figura en la Lista de medicamentos?	VIII
B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo de Aetna Better Health Premier Plan MMAI y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos, o si tengo algún problema para obtener mi medicamento?	IX
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?	X
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?	XI
B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?	XI
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	XI
B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?	XI
B15. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?	XII
B16. ¿Aetna Better Health Premier Plan MMAI cubre productos de venta libre (OTC) que no sean medicamentos?	XII
B17. ¿Cuál es mi copago?	XII
B18. ¿Qué son los niveles de medicamentos?	XII
C. Resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	XIII
C1. Medicamentos agrupados según la afección médica	1
D. Índice de medicamentos cubiertos	175



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

A. Descargos de responsabilidad

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

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



B. Preguntas frecuentes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esta sección continúa en la siguiente página.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esta sección continúa en la siguiente página.

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



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

- Es probable que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hicimos una vez que entre en efecto.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción de estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede tomar para solicitar una excepción. Consulte la pregunta B10 para obtener más información sobre las excepciones.
- **Se quita un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) indica que el medicamento que usted está tomando no es seguro ni efectivo, o si el fabricante retira el medicamento del mercado, lo eliminaremos de la *Lista de medicamentos* inmediatamente. Si usted está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso luego de hacer el cambio.

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

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

Cuando estos cambios tengan lugar, haremos lo siguiente:

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

Hay dos formas para encontrar un medicamento:

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

Esta sección continúa en la siguiente página.

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



Miembros actuales con un cambio en el nivel de atención

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

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

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

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

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

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

También puede solicitarnos que cambiemos las normas para su medicamento.

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



X

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

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

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

B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?

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

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

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

B17. ¿Cuál es mi copago?

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

B18. ¿Qué son los niveles de medicamentos?

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

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

Ningún nivel tiene copago.



C. Resumen de la *Lista de medicamentos cubiertos*

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

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

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

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

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

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

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

C1. Medicamentos agrupados según la afección médica

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

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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANALGESICS - DRUGS TO TREAT PAIN AND INFLAMMATION		
GOUT - DRUGS TO TREAT GOUT		
<i>allopurinol tab 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>allopurinol tab 300 mg</i>	\$0(1)	
<i>colchicine cap 0.6 mg</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>colchicine tab 0.6 mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	\$0(1)	
MITIGARE CAP 0.6MG	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days)
<i>probenecid tab 500 mg</i>	\$0(1)	
MISCELLANEOUS		
<i>acetaminophen liquid 160 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>acetaminophen soln 160 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>acetaminophen suppos 120 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>acetaminophen susp 160 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>acetaminophen tab 325 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>acetaminophen tab 500 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>aspirin adult low dose</i>	\$0(3)	NM; *
<i>aspirin chew tab 81 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>aspirin low dose</i>	\$0(3)	NM; *
<i>aspirin low strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>aspirin regimen</i>	\$0(3)	NM; *
<i>aspirin tab 325 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>aspirin tab delayed release 325 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>childrens acetaminophen</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ed-apap</i>	\$0(3)	NM; *
<i>feverall childrens</i>	\$0(3)	NM; *
FEVERALL INF SUP 80MG	\$0(3)	NM; *
FEVERALL SUP 325MG	\$0(3)	NM; *
<i>ft aspirin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft aspirin low dose</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft enteric coated aspirin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft migraine relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft pain relief</i>	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ft pain relief adult extr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp acetaminophen</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp adult aspirin low str</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp aspirin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp aspirin low dose</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp headache relief extra</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp infants pain/fever</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp migraine relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pain & fever children</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pain & fever infants</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pain relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pain relief extra str</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense aspirin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense aspirin adults</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense migraine formul</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense pain & fever ch</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense pain & fever in</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense pain relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense pain relief ext</i>	\$0(3)	NM; *
<i>headache relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>headache relief/extra str</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lidocaine hcl local inj 0.5%</i>	\$0(1)	B/D
<i>lidocaine hcl local inj 1%</i>	\$0(1)	B/D
<i>lidocaine hcl local inj 2%</i>	\$0(1)	B/D
<i>lidocaine hcl local preservative free (pf) inj 0.5%</i>	\$0(1)	B/D
<i>lidocaine hcl local preservative free (pf) inj 1%</i>	\$0(1)	B/D
<i>lidocaine hcl local preservative free (pf) inj 1.5%</i>	\$0(1)	B/D
<i>liquid acetaminophen</i>	\$0(3)	NM; *
<i>m-pap</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mapap childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>migraine relief</i>	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pain & fever childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pain & fever infants</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pain reliever plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm aspirin adult low stre</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm aspirin low dose</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm migraine relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain & fever childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain & fever infants</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain reliever</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain reliever children</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain reliever extra st</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tri-buffered aspirin</i>	\$0(3)	NM; *
NSAIDS - DRUGS TO TREAT PAIN AND INFLAMMATION		
<i>all day pain relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>all day relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>celecoxib cap 50 mg</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>celecoxib cap 100 mg</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>celecoxib cap 200 mg</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>celecoxib cap 400 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>diclofenac potassium tab 50 mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>diclofenac sodium tab delayed release 25 mg</i>	\$0(1)	
<i>diclofenac sodium tab delayed release 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>diclofenac sodium tab delayed release 75 mg</i>	\$0(1)	
<i>diclofenac sodium tab er 24hr 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>diflunisal tab 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>ec-naproxen</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>etodolac cap 200 mg</i>	\$0(1)	
<i>etodolac cap 300 mg</i>	\$0(1)	
<i>etodolac tab 400 mg</i>	\$0(1)	
<i>etodolac tab 500 mg</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>etodolac tab er 24hr 400 mg</i>	\$0(1)	
<i>etodolac tab er 24hr 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>etodolac tab er 24hr 600 mg</i>	\$0(1)	
<i>flurbiprofen tab 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>ft all day pain relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft ibuprofen</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp ibuprofen</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp naproxen</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense ibuprofen</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense naproxen sodium</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ibu</i>	\$0(1)	
<i>ibuprofen susp 100 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>ibuprofen tab 200 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ibuprofen tab 400 mg</i>	\$0(1)	
<i>ibuprofen tab 600 mg</i>	\$0(1)	
<i>ibuprofen tab 800 mg</i>	\$0(1)	
<i>meloxicam tab 7.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>meloxicam tab 15 mg</i>	\$0(1)	
<i>nabumetone tab 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>nabumetone tab 750 mg</i>	\$0(1)	
<i>naproxen sodium tab 220 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>naproxen sodium tab 275 mg</i>	\$0(1)	
<i>naproxen sodium tab 550 mg</i>	\$0(1)	
<i>naproxen tab 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>naproxen tab 375 mg</i>	\$0(1)	
<i>naproxen tab 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>naproxen tab ec 375 mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>piroxicam cap 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>piroxicam cap 20 mg</i>	\$0(1)	
<i>sm ibuprofen</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm naproxen sodium</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sulindac tab 150 mg</i>	\$0(1)	
<i>sulindac tab 200 mg</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING		
<i>buprenorphine td patch weekly 5 mcg/hr</i>	\$0(1)	QL (4 patches / 28 days), PA
<i>buprenorphine td patch weekly 7.5 mcg/hr</i>	\$0(1)	QL (4 patches / 28 days), PA
<i>buprenorphine td patch weekly 10 mcg/hr</i>	\$0(1)	QL (4 patches / 28 days), PA
<i>buprenorphine td patch weekly 15 mcg/hr</i>	\$0(1)	QL (4 patches / 28 days), PA
<i>buprenorphine td patch weekly 20 mcg/hr</i>	\$0(1)	QL (4 patches / 28 days), PA
<i>fentanyl td patch 72hr 12 mcg/hr</i>	\$0(1)	QL (10 patches / 30 days), PA
<i>fentanyl td patch 72hr 25 mcg/hr</i>	\$0(1)	QL (10 patches / 30 days), PA
<i>fentanyl td patch 72hr 37.5 mcg/hr</i>	\$0(1)	QL (10 patches / 30 days), PA
<i>fentanyl td patch 72hr 50 mcg/hr</i>	\$0(1)	QL (10 patches / 30 days), PA
<i>fentanyl td patch 72hr 62.5 mcg/hr</i>	\$0(1)	QL (10 patches / 30 days), PA
<i>fentanyl td patch 72hr 75 mcg/hr</i>	\$0(1)	QL (10 patches / 30 days), PA
<i>fentanyl td patch 72hr 87.5 mcg/hr</i>	\$0(1)	QL (10 patches / 30 days), PA
<i>fentanyl td patch 72hr 100 mcg/hr</i>	\$0(1)	QL (10 patches / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate tab er 24hr deter 20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate tab er 24hr deter 30 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate tab er 24hr deter 40 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate tab er 24hr deter 60 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate tab er 24hr deter 80 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate tab er 24hr deter 100 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate tab er 24hr deter 120 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>methadone hcl soln 5 mg/5ml</i>	\$0(1)	QL (450 mL / 30 days), PA
<i>methadone hcl soln 10 mg/5ml</i>	\$0(1)	QL (450 mL / 30 days), PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methadone hcl tab 5 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>methadone hcl tab 10 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>methadone hydrochloride i</i>	\$0(1)	QL (90 mL / 30 days), PA
<i>morphine sulfate tab er 15 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>morphine sulfate tab er 30 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>morphine sulfate tab er 60 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>morphine sulfate tab er 100 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>morphine sulfate tab er 200 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
OXYCONTIN TAB 10MG ER	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA
OXYCONTIN TAB 15MG ER	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA
OXYCONTIN TAB 20MG ER	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA
OXYCONTIN TAB 30MG ER	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA
OXYCONTIN TAB 40MG ER	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA
OXYCONTIN TAB 60MG ER	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA
OXYCONTIN TAB 80MG ER	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA
OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING		
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i>	\$0(1)	QL (2700 mL / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i>	\$0(1)	QL (400 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i>	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>butorphanol tartrate inj 1 mg/ml</i>	\$0(2)	
<i>butorphanol tartrate inj 2 mg/ml</i>	\$0(2)	
<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 5-325mg</i>	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 10-325mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>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)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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 1 mg/ml</i>	\$0(1)	QL (600 mL / 30 days)
<i>hydromorphone hcl tab 2 mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydromorphone hcl tab 4 mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydromorphone hcl tab 8 mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>morphine sulfate iv soln 2 mg/ml</i>	\$0(2)	B/D
<i>morphine sulfate iv soln 4 mg/ml</i>	\$0(2)	B/D
<i>morphine sulfate iv soln 8 mg/ml</i>	\$0(2)	B/D
<i>morphine sulfate iv soln 10 mg/ml</i>	\$0(2)	B/D
<i>morphine sulfate oral soln 10 mg/5ml</i>	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate oral soln 20 mg/5ml</i>	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate oral soln 100 mg/5ml (20 mg/ml)</i>	\$0(1)	QL (180 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate tab 15 mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>morphine sulfate tab 30 mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>nalbuphine hcl inj 10 mg/ml</i>	\$0(2)	
<i>nalbuphine hcl inj 20 mg/ml</i>	\$0(2)	
<i>oxycodone hcl conc 100 mg/5ml (20 mg/ml)</i>	\$0(1)	QL (180 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl soln 5 mg/5ml</i>	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl tab 5 mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>oxycodone hcl tab 10 mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>oxycodone hcl tab 15 mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>oxycodone hcl tab 20 mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>oxycodone hcl tab 30 mg</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)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i>	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>tramadol hcl tab 50 mg</i>	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
ANTI-INFECTIVES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
ANTI-INFECTIVES - MISCELLANEOUS		
<i>albendazole tab 200 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (672 tabs / year), PA
<i>amikacin sulfate inj 1 gm/4ml (250 mg/ml)</i>	\$0(1)	
<i>amikacin sulfate inj 500 mg/2ml (250 mg/ml)</i>	\$0(1)	
ARIKAYCE SUS	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>atovaquone susp 750 mg/5ml</i>	\$0(1)	QL (300 mL / 30 days), PA
<i>aztreonam for inj 1 gm</i>	\$0(1)	
<i>aztreonam for inj 2 gm</i>	\$0(1)	
CAYSTON INH 75MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>clindamycin hcl cap 75 mg</i>	\$0(1)	
<i>clindamycin hcl cap 150 mg</i>	\$0(1)	
<i>clindamycin hcl cap 300 mg</i>	\$0(1)	
<i>clindamycin palmitate hcl for soln 75 mg/5ml (base equiv)</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)	
<i>clindamycin phosphate inj 300 mg/2ml</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clindamycin phosphate inj 600 mg/4ml</i>	\$0(1)	
<i>clindamycin phosphate inj 900 mg/6ml</i>	\$0(1)	
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	\$0(2)	
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	\$0(2)	
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	\$0(2)	
<i>colistimethate sod for inj 150 mg (colistin base activity)</i>	\$0(1)	
<i>cvs pinworm treatment</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dapsone tab 25 mg</i>	\$0(1)	
<i>dapsone tab 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>daptomycin for iv soln 350 mg</i>	\$0(2)	NDS
<i>daptomycin for iv soln 500 mg</i>	\$0(2)	NDS
DAPTOMYCIN INJ 350MG	\$0(2)	NDS
EMVERM CHW 100MG	\$0(2)	NDS, QL (12 tabs / year)
<i>ertapenem sodium for inj 1 gm (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin sulfate inj 10 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin sulfate inj 40 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i>	\$0(1)	
IMPAVIDO CAP 50MG	\$0(2)	NDS, PA
<i>ivermectin tab 3 mg</i>	\$0(1)	QL (12 tabs / 90 days), PA
<i>ivermectin tab 6 mg</i>	\$0(1)	QL (10 tabs / 90 days), PA
<i>linezolid for susp 100 mg/5ml</i>	\$0(2)	NDS, QL (1800 mL / 30 days)
LINEZOLID INJ 2MG/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 **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>linezolid iv soln 600 mg/300ml (2 mg/ml)</i>	\$0(1)	
<i>linezolid tab 600 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>meropenem iv for soln 1 gm</i>	\$0(1)	
<i>meropenem iv for soln 2 gm</i>	\$0(1)	
<i>meropenem iv for soln 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>methenamine hippurate tab 1 gm</i>	\$0(1)	
<i>metronidazole iv soln 500 mg/100ml</i>	\$0(1)	
<i>metronidazole tab 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>metronidazole tab 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>neomycin sulfate tab 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>nitazoxanide tab 500 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (6 tabs / 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystalline cap 50 mg</i>	\$0(2)	
<i>nitrofurantoin macrocrystalline cap 100 mg</i>	\$0(2)	
<i>nitrofurantoin monohydrate macrocrystalline cap 100 mg</i>	\$0(2)	
<i>pentamidine isethionate inh</i>	\$0(1)	B/D
<i>pentamidine isethionate inj</i>	\$0(1)	
<i>pin-away</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pinworm medicine</i>	\$0(3)	NM; *
<i>polymyxin b sulfate for inj 500000 unit</i>	\$0(1)	
<i>praziquantel tab 600 mg</i>	\$0(1)	
<i>pyrimethamine tab 25 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>reeses pinworm medicine</i>	\$0(3)	NM; *
<i>streptomycin sulfate for inj 1 gm</i>	\$0(2)	NDS
<i>sulfadiazine tab 500 mg</i>	\$0(2)	NDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg</i>	\$0(1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg</i>	\$0(1)	
<i>tinidazole tab 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>tinidazole tab 500 mg</i>	\$0(1)	
TOBI PODHALR CAP 28MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>tobramycin nebu soln 300 mg/5ml</i>	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>tobramycin sulfate inj 1.2 gm/30ml (40 mg/ml) (base equiv)</i>	\$0(1)	
<i>tobramycin sulfate inj 2 gm/50ml (40 mg/ml) (base equiv)</i>	\$0(1)	
<i>tobramycin sulfate inj 10 mg/ml (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>tobramycin sulfate inj 80 mg/2ml (40 mg/ml) (base equiv)</i>	\$0(1)	
<i>trimethoprim tab 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>vancomycin hcl cap 125 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	QL (80 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl cap 250 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	QL (160 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl for iv soln 1 gm (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>vancomycin hcl for iv soln 1.5 gm (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>vancomycin hcl for iv soln 1.25 gm (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>vancomycin hcl for iv soln 5 gm (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>vancomycin hcl for iv soln 10 gm (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>vancomycin hcl for iv soln 500 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>vancomycin hcl for iv soln 750 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VANCOMYCIN INJ 1 GM	\$0(2)	
VANCOMYCIN INJ 500MG	\$0(2)	
VANCOMYCIN INJ 750MG	\$0(2)	
ANTIFUNGALS - DRUGS TO TREAT FUNGAL INFECTIONS		
<i>amphotericin b for iv soln 50 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>amphotericin b liposome iv for susp 50 mg</i>	\$0(2)	NDS, B/D
<i>caspofungin acetate for iv soln 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>caspofungin acetate for iv soln 70 mg</i>	\$0(1)	
<i>fluconazole for susp 10 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>fluconazole for susp 40 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml</i>	\$0(1)	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i>	\$0(1)	
<i>fluconazole tab 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>fluconazole tab 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>fluconazole tab 150 mg</i>	\$0(1)	
<i>fluconazole tab 200 mg</i>	\$0(1)	
<i>flucytosine cap 250 mg</i>	\$0(2)	NDS, PA
<i>flucytosine cap 500 mg</i>	\$0(2)	NDS, PA
<i>griseofulvin microsize susp 125 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>griseofulvin microsize tab 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>griseofulvin ultramicrosize tab 125 mg</i>	\$0(1)	
<i>griseofulvin ultramicrosize tab 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>itraconazole cap 100 mg</i>	\$0(1)	PA
<i>ketoconazole tab 200 mg</i>	\$0(1)	PA
<i>miconazole sodium for iv soln 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>miconazole sodium for iv soln 100 mg</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nystatin tab 500000 unit</i>	\$0(1)	
<i>posaconazole susp 40 mg/ml</i>	\$0(2)	NDS, QL (630 mL / 30 days), PA
<i>posaconazole tab delayed release 100 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (93 tabs / 30 days), PA
<i>terbinafine hcl tab 250 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies after a 90 day supply in a calendar year
<i>voriconazole for inj 200 mg</i>	\$0(1)	PA
<i>voriconazole for susp 40 mg/ml</i>	\$0(2)	NDS, QL (600 mL / 28 days), PA
<i>voriconazole tab 50 mg</i>	\$0(1)	QL (480 tabs / 30 days)
<i>voriconazole tab 200 mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
ANTIMALARIALS - DRUGS TO TREAT MALARIA		
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i>	\$0(1)	
<i>chloroquine phosphate tab 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>chloroquine phosphate tab 500 mg</i>	\$0(1)	
COARTEM TAB 20-120MG	\$0(2)	
<i>mefloquine hcl tab 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>primaquine phosphate tab 26.3 mg (15 mg base)</i>	\$0(1)	
PRIMAQUINE TAB 26.3MG	\$0(2)	
<i>quinine sulfate cap 324 mg</i>	\$0(1)	PA
ANTIRETROVIRAL AGENTS - DRUGS TO SUPPRESS HIV/AIDS INFECTION		
<i>abacavir sulfate soln 20 mg/ml (base equiv)</i>	\$0(1)	NM
<i>abacavir sulfate tab 300 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	NM
APTIVUS CAP 250MG	\$0(2)	NDS, NM
<i>atazanavir sulfate cap 150 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	NM

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>atazanavir sulfate cap 200 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	NM
<i>atazanavir sulfate cap 300 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	NM
<i>darunavir tab 600 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>darunavir tab 800 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
EDURANT PED TAB 2.5MG	\$0(2)	NDS, NM
EDURANT TAB 25MG	\$0(2)	NDS, NM
<i>efavirenz tab 600 mg</i>	\$0(1)	NM
<i>emtricitabine caps 200 mg</i>	\$0(1)	NM
EMTRIVA SOL 10MG/ML	\$0(2)	NM
<i>etravirine tab 100 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM
<i>etravirine tab 200 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM
<i>fosamprenavir calcium tab 700 mg (base equiv)</i>	\$0(2)	NDS, NM
FUZEON INJ 90MG	\$0(2)	NDS, NM
INTELENCE TAB 25MG	\$0(2)	NM
ISENTRESS CHW 25MG	\$0(2)	NM
ISENTRESS CHW 100MG	\$0(2)	NDS, NM
ISENTRESS HD TAB 600MG	\$0(2)	NDS, NM
ISENTRESS POW 100MG	\$0(2)	NDS, NM
ISENTRESS TAB 400MG	\$0(2)	NDS, NM
<i>lamivudine oral soln 10 mg/ml</i>	\$0(1)	NM
<i>lamivudine tab 150 mg</i>	\$0(1)	NM
<i>lamivudine tab 300 mg</i>	\$0(1)	NM
<i>maraviroc tab 150 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM
<i>maraviroc tab 300 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM
<i>nevirapine susp 50 mg/5ml</i>	\$0(1)	NM
<i>nevirapine tab 200 mg</i>	\$0(1)	NM
<i>nevirapine tab er 24hr 400 mg</i>	\$0(1)	NM
NORVIR POW 100MG	\$0(2)	NM
PIFELTRO TAB 100MG	\$0(2)	NDS, NM

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PREZISTA SUS 100MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (400 mL / 30 days), NM
PREZISTA TAB 75MG	\$0(2)	QL (480 tabs / 30 days), NM
PREZISTA TAB 150MG	\$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM
REYATAZ POW 50MG	\$0(2)	NDS, NM
<i>ritonavir tab 100 mg</i>	\$0(1)	NM
RUKOBIA TAB 600MG ER	\$0(2)	NDS, NM
SELZENTRY SOL 20MG/ML	\$0(2)	NDS, NM
SUNLENCA TAB 300MG	\$0(2)	NDS, NM
<i>tenofovir disoproxil fumarate tab 300 mg</i>	\$0(1)	NM
TIVICAY PD TAB 5MG	\$0(2)	NDS, NM
TIVICAY TAB 10MG	\$0(2)	NM
TIVICAY TAB 25MG	\$0(2)	NDS, NM
TIVICAY TAB 50MG	\$0(2)	NDS, NM
TROGARZO INJ 150MG/ML	\$0(2)	NDS, NM
TYBOST TAB 150MG	\$0(2)	NM
VIRACEPT TAB 250MG	\$0(2)	NDS, NM
VIRACEPT TAB 625MG	\$0(2)	NDS, NM
VIREAD POW 40MG/GM	\$0(2)	NDS, NM
VIREAD TAB 150MG	\$0(2)	NDS, NM
VIREAD TAB 200MG	\$0(2)	NDS, NM
VIREAD TAB 250MG	\$0(2)	NDS, NM
<i>zidovudine cap 100 mg</i>	\$0(1)	NM
<i>zidovudine syrup 10 mg/ml</i>	\$0(1)	NM
<i>zidovudine tab 300 mg</i>	\$0(1)	NM
ANTIRETROVIRAL COMBINATION AGENTS - DRUGS TO SUPPRESS HIV/AIDS INFECTION		
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	\$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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 600-200-300 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM
<i>emtricitabine-rilpivirine-tenofovir df tab 200-25-300 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	\$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
KALETRA SOL	\$0(2)	NM
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	\$0(1)	NM
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	\$0(1)	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	\$0(1)	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	\$0(1)	NM
ODEFSEY TAB	\$0(2)	NDS, NM
PREZCOBIX TAB 675/150	\$0(2)	NDS, NM
PREZCOBIX TAB 800-150	\$0(2)	NDS, NM
STRIBILD TAB	\$0(2)	NDS, NM

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SYMTUZA TAB	\$0(2)	NDS, NM
TRIUMEQ PD TAB	\$0(2)	NM
TRIUMEQ TAB	\$0(2)	NDS, NM
ANTITUBERCULAR AGENTS - DRUGS TO TREAT TUBERCULOSIS		
<i>cycloserine cap 250 mg</i>	\$0(2)	NDS
<i>ethambutol hcl tab 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>ethambutol hcl tab 400 mg</i>	\$0(1)	
<i>isoniazid syrup 50 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>isoniazid tab 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>isoniazid tab 300 mg</i>	\$0(1)	
PRIFTIN TAB 150MG	\$0(2)	
<i>pyrazinamide tab 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>rifabutin cap 150 mg</i>	\$0(1)	
<i>rifampin cap 150 mg</i>	\$0(1)	
<i>rifampin cap 300 mg</i>	\$0(1)	
<i>rifampin for inj 600 mg</i>	\$0(1)	
SIRTURO TAB 20MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
SIRTURO TAB 100MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
ANTIVIRALS - DRUGS TO TREAT VIRAL INFECTIONS		
<i>acyclovir cap 200 mg</i>	\$0(1)	
<i>acyclovir sodium iv soln 50 mg/ml</i>	\$0(1)	B/D
<i>acyclovir susp 200 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>acyclovir tab 400 mg</i>	\$0(1)	
<i>acyclovir tab 800 mg</i>	\$0(1)	
<i>adefovir dipivoxil tab 10 mg</i>	\$0(1)	NM
BARACLUDE SOL	\$0(2)	NDS, NM, ST
<i>entecavir tab 0.5 mg</i>	\$0(1)	NM
<i>entecavir tab 1 mg</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 tab 125 mg</i>	\$0(1)	
<i>famciclovir tab 250 mg</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>famciclovir tab 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>ganciclovir sodium for inj 500 mg</i>	\$0(1)	B/D
HARVONI PAK 33.75-150MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
HARVONI PAK 45-200MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
HARVONI TAB 45-200MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
HARVONI TAB 90-400MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>lamivudine tab 100 mg (hbv)</i>	\$0(1)	NM
LIVTENCITY TAB 200MG	\$0(2)	NDS, QL (336 tabs / 28 days), NM, PA
MAVYRET PAK 50-20MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
MAVYRET TAB 100-40MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>oseltamivir phosphate cap 30 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (168 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate cap 45 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (84 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate cap 75 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (84 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate for susp 6 mg/ml (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (1080 mL / year)
PAXLOVID PAK	\$0(1)	QL (22 tabs / 90 days)
PAXLOVID TAB 150-100	\$0(1)	QL (40 tabs / 90 days)
PAXLOVID TAB 300-100	\$0(1)	QL (60 tabs / 90 days)
PEGASYS INJ	\$0(2)	NDS, NM, PA
PEGASYS INJ 180MCG/M	\$0(2)	NDS, NM, PA
PREVYMIS TAB 240MG	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days), PA
PREVYMIS TAB 480MG	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days), PA
RELENZA MIS DISKHALE	\$0(2)	QL (6 inhalers / year)
<i>ribavirin cap 200 mg</i>	\$0(1)	NM
<i>ribavirin tab 200 mg</i>	\$0(1)	NM
<i>rimantadine hydrochloride tab 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>valacyclovir hcl tab 1 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 **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>valacyclovir hcl tab 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>valganciclovir hcl for soln 50 mg/ml (base equiv)</i>	\$0(2)	NDS
<i>valganciclovir hcl tab 450 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	
VOSEVI TAB	\$0(2)	NDS, NM, PA
XOFLUZA TAB 40MG	\$0(2)	QL (1 tab / 180 days)
XOFLUZA TAB 80MG	\$0(2)	QL (1 tab / 180 days)
CEPHALOSPORINS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>cefaclor cap 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>cefaclor cap 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>cefadroxil cap 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>cefadroxil for susp 250 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>cefadroxil for susp 500 mg/5ml</i>	\$0(1)	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	\$0(2)	
CEFAZOLIN INJ 2GM	\$0(2)	
CEFAZOLIN INJ 3GM	\$0(2)	
<i>cefazolin sodium for inj 1 gm</i>	\$0(1)	
<i>cefazolin sodium for inj 2 gm</i>	\$0(1)	
<i>cefazolin sodium for inj 3 gm</i>	\$0(1)	
<i>cefazolin sodium for inj 10 gm</i>	\$0(1)	
<i>cefazolin sodium for inj 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>cefazolin sodium for iv soln 1 gm</i>	\$0(1)	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	\$0(2)	
CEFAZOLIN/DEX SOL 1GM/50ML-4%	\$0(2)	
CEFAZOLIN/DEX SOL 2GM/50ML-3%	\$0(2)	
CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/50ML-2%	\$0(2)	
CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/150ML-4%	\$0(2)	
<i>cefdinir cap 300 mg</i>	\$0(1)	
<i>cefdinir for susp 125 mg/5ml</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cefdinir for susp 250 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>cefepime hcl for inj 1 gm</i>	\$0(1)	
<i>cefepime hcl for iv soln 2 gm</i>	\$0(1)	
<i>cefixime cap 400 mg</i>	\$0(1)	
<i>cefixime for susp 100 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>cefixime for susp 200 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>cefotetan disodium for inj 1 gm</i>	\$0(1)	
<i>cefotetan disodium for inj 2 gm</i>	\$0(1)	
<i>cefoxitin sodium for iv soln 1 gm</i>	\$0(1)	
<i>cefoxitin sodium for iv soln 2 gm</i>	\$0(1)	
<i>cefoxitin sodium for iv soln 10 gm</i>	\$0(1)	
<i>cefpodoxime proxetil for susp 50 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>cefpodoxime proxetil for susp 100 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>cefpodoxime proxetil tab 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>cefpodoxime proxetil tab 200 mg</i>	\$0(1)	
<i>cefprozil for susp 125 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>cefprozil for susp 250 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>cefprozil tab 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>cefprozil tab 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>ceftazidime for inj 1 gm</i>	\$0(1)	
<i>ceftazidime for inj 6 gm</i>	\$0(1)	
<i>ceftazidime for iv soln 2 gm</i>	\$0(1)	
<i>ceftriaxone sodium for inj 1 gm</i>	\$0(1)	
<i>ceftriaxone sodium for inj 2 gm</i>	\$0(1)	
<i>ceftriaxone sodium for inj 10 gm</i>	\$0(1)	
<i>ceftriaxone sodium for inj 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>ceftriaxone sodium for inj 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>ceftriaxone sodium for iv soln 1 gm</i>	\$0(1)	
<i>ceftriaxone sodium for iv soln 2 gm</i>	\$0(1)	
<i>cefuroxime axetil tab 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>cefuroxime axetil tab 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>cefuroxime sodium for inj 750 mg</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cefuroxime sodium for iv soln 1.5 gm</i>	\$0(1)	
<i>cephalexin cap 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>cephalexin cap 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>cephalexin for susp 125 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>cephalexin for susp 250 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>tazicef</i>	\$0(1)	
TEFLARO INJ 400MG	\$0(2)	NDS
TEFLARO INJ 600MG	\$0(2)	NDS
ERYTHROMYCINS/MACROLIDES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>azithromycin for susp 100 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>azithromycin for susp 200 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>azithromycin iv for soln 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>azithromycin powd pack for susp 1 gm</i>	\$0(1)	
<i>azithromycin tab 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>azithromycin tab 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>azithromycin tab 600 mg</i>	\$0(1)	
<i>clarithromycin for susp 125 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>clarithromycin for susp 250 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>clarithromycin tab 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>clarithromycin tab 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>clarithromycin tab er 24hr 500 mg</i>	\$0(1)	
DIFICID SUS	\$0(2)	NDS
DIFICID TAB 200MG	\$0(2)	NDS
<i>e.e.s. 400</i>	\$0(1)	
<i>ery-tab tab 250mg ec</i>	\$0(1)	
<i>ery-tab tab 333mg ec</i>	\$0(1)	
<i>ery-tab tab 500mg ec</i>	\$0(1)	
ERYTHROCIN INJ 500MG	\$0(2)	
<i>erythromycin ethylsuccinate tab 400 mg</i>	\$0(1)	
<i>erythromycin lactobionate for inj 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>erythromycin tab 250 mg</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>erythromycin tab 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>erythromycin tab delayed release 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>erythromycin tab delayed release 333 mg</i>	\$0(1)	
<i>erythromycin tab delayed release 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>erythromycin w/ delayed release particles cap 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>fidaxomicin tab 200 mg</i>	\$0(2)	NDS
FLUOROQUINOLONES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	\$0(1)	
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	\$0(1)	
<i>ciprofloxacin hcl tab 250 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	
<i>ciprofloxacin hcl tab 500 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	
<i>ciprofloxacin hcl tab 750 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	\$0(1)	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	\$0(1)	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	\$0(1)	
<i>levofloxacin iv soln 25 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>levofloxacin oral soln 25 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>levofloxacin tab 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>levofloxacin tab 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>levofloxacin tab 750 mg</i>	\$0(1)	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i>	\$0(1)	
<i>moxifloxacin hcl tab 400 mg (base equiv)XE "moxifloxacin hcl tab 400 mg (base equiv</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PENICILLINS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin (trihydrate) cap 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin (trihydrate) cap 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin (trihydrate) chew tab 125 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin (trihydrate) chew tab 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin (trihydrate) for susp 125 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin (trihydrate) for susp 200 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin (trihydrate) for susp 250 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin (trihydrate) for susp 400 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin (trihydrate) tab 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin (trihydrate) tab 875 mg</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) 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 **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin cap 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin sodium for inj 1 gm</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin sodium for inj 2 gm</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin sodium for inj 125 mg</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin sodium for inj 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin sodium for inj 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin sodium for iv soln 1 gm</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin sodium for iv soln 2 gm</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin sodium for iv soln 10 gm</i>	\$0(1)	
BICILLIN L-A INJ 600000	\$0(2)	
BICILLIN L-A INJ 1200000	\$0(2)	
BICILLIN L-A INJ 2400000	\$0(2)	
<i>dicloxacillin sodium cap 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>dicloxacillin sodium cap 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>nafcillin sodium for inj 1 gm</i>	\$0(1)	
<i>nafcillin sodium for inj 2 gm</i>	\$0(1)	
<i>nafcillin sodium for iv soln 10 gm</i>	\$0(2)	NDS
<i>oxacillin sodium for inj 1 gm (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>oxacillin sodium for inj 2 gm (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>oxacillin sodium for iv soln 10 gm (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>penicillin g potassium for inj 5000000 unit</i>	\$0(1)	
<i>penicillin g potassium for inj 20000000 unit</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>penicillin g sodium for inj 5000000 unit</i>	\$0(1)	
<i>penicillin v potassium for soln 125 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>penicillin v potassium for soln 250 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>penicillin v potassium tab 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>penicillin v potassium tab 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>pfizerpen</i>	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	\$0(1)	
TETRACYCLINES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>doxy 100</i>	\$0(1)	
<i>doxycycline hyclate cap 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>doxycycline hyclate cap 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>doxycycline hyclate for inj 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>doxycycline hyclate tab 20 mg</i>	\$0(1)	
<i>doxycycline hyclate tab 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>doxycycline monohydrate cap 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>doxycycline monohydrate cap 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>doxycycline monohydrate for susp 25 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>doxycycline monohydrate tab 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>doxycycline monohydrate tab 75 mg</i>	\$0(1)	
<i>doxycycline monohydrate tab 100 mg</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>minocycline hcl cap 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>minocycline hcl cap 75 mg</i>	\$0(1)	
<i>minocycline hcl cap 100 mg</i>	\$0(1)	
NUZYRA INJ 100MG	\$0(2)	NDS, NM
NUZYRA TAB 150MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 14 days), NM
<i>tetracycline hcl cap 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>tetracycline hcl cap 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>tigecycline for iv soln 50 mg</i>	\$0(2)	NDS
ANTINEOPLASTIC AGENTS - DRUGS TO TREAT CANCER		
ALKYLATING AGENTS		
BENDAMUSTINE SOL 100/4ML	\$0(2)	NDS, B/D, NM
BENDEKA INJ 100/4ML	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>carboplatin iv soln 50 mg/5ml</i>	\$0(1)	B/D
<i>carboplatin iv soln 150 mg/15ml</i>	\$0(1)	B/D
<i>carboplatin iv soln 450 mg/45ml</i>	\$0(1)	B/D
<i>carboplatin iv soln 600 mg/60ml</i>	\$0(1)	B/D
<i>cisplatin inj 50 mg/50ml (1 mg/ml)</i>	\$0(1)	B/D
<i>cisplatin inj 100 mg/100ml (1 mg/ml)</i>	\$0(1)	B/D
<i>cisplatin inj 200 mg/200ml (1 mg/ml)</i>	\$0(1)	B/D
CYCLOPHOSPH INJ 1GM/2ML	\$0(2)	NDS, B/D, NM
CYCLOPHOSPH INJ 1GM/5ML	\$0(2)	NDS, B/D
CYCLOPHOSPH INJ 2GM/4ML	\$0(2)	NDS, B/D, NM
CYCLOPHOSPH INJ 500/5ML	\$0(2)	NDS, B/D
CYCLOPHOSPH INJ 500MG/ML	\$0(2)	NDS, B/D, NM
CYCLOPHOSPH INJ 1000MG	\$0(2)	NDS, B/D
CYCLOPHOSPH INJ 2000MG	\$0(2)	NDS, B/D
CYCLOPHOSPH TAB 25MG	\$0(2)	B/D
CYCLOPHOSPH TAB 50MG	\$0(2)	B/D
CYCLOPHOSPHA INJ 2GM/10ML	\$0(2)	NDS, B/D
CYCLOPHOSPHA INJ 500/2.5	\$0(2)	NDS, B/D
<i>cyclophosphamide cap 25 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>cyclophosphamide cap 50 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>cyclophosphamide for inj 1 gm</i>	\$0(1)	B/D

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cyclophosphamide for inj 2 gm</i>	\$0(2)	NDS, B/D
<i>cyclophosphamide for inj 500 mg</i>	\$0(1)	B/D
FRINDOVYX INJ 1GM/2ML	\$0(2)	NDS, B/D, NM
FRINDOVYX INJ 2GM/4ML	\$0(2)	NDS, B/D, NM
FRINDOVYX INJ 500MG/ML	\$0(2)	NDS, B/D, NM
GLEOSTINE CAP 10MG	\$0(2)	NM
GLEOSTINE CAP 40MG	\$0(2)	NM
GLEOSTINE CAP 100MG	\$0(2)	NDS, NM
LEUKERAN TAB 2MG	\$0(2)	NDS
<i>oxaliplatin for iv inj 50 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>oxaliplatin for iv inj 100 mg</i>	\$0(2)	NDS, B/D
<i>oxaliplatin iv soln 50 mg/10ml</i>	\$0(1)	B/D
<i>oxaliplatin iv soln 100 mg/20ml</i>	\$0(1)	B/D
<i>oxaliplatin iv soln 200 mg/40ml</i>	\$0(1)	B/D
VIVIMUSTA INJ 100/4ML	\$0(2)	NDS, B/D, NM
ANTIMETABOLITES		
<i>azacitidine for inj 100 mg</i>	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>cytarabine inj 20 mg/ml</i>	\$0(1)	B/D
<i>fluorouracil iv soln 1 gm/20ml (50 mg/ml)</i>	\$0(1)	B/D
<i>fluorouracil iv soln 2.5 gm/50ml (50 mg/ml)</i>	\$0(1)	B/D
<i>fluorouracil iv soln 5 gm/100ml (50 mg/ml)</i>	\$0(1)	B/D
<i>fluorouracil iv soln 500 mg/10ml (50 mg/ml)</i>	\$0(1)	B/D
<i>gemcitabine hcl for inj 1 gm</i>	\$0(1)	B/D
<i>gemcitabine hcl for inj 2 gm</i>	\$0(1)	B/D
<i>gemcitabine hcl for inj 200 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>gemcitabine hcl inj 1 gm/26.3ml (38 mg/ml) (base equiv)</i>	\$0(1)	B/D
<i>gemcitabine hcl inj 2 gm/52.6ml (38 mg/ml) (base equiv)</i>	\$0(1)	B/D

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gemcitabine hcl inj 200 mg/5.26ml (38 mg/ml) (base equiv)</i>	\$0(1)	B/D
INQOVI TAB 35-100MG	\$0(2)	NDS, QL (5 tabs / 28 days), NM, PA
LONSURF TAB 15-6.14	\$0(2)	NDS, QL (100 tabs / 28 days), NM, PA
LONSURF TAB 20-8.19	\$0(2)	NDS, QL (80 tabs / 28 days), NM, PA
<i>mercaptopurine susp 2000 mg/100ml (20 mg/ml)</i>	\$0(2)	NDS, NM
<i>mercaptopurine tab 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>methotrexate sodium for inj 1 gm</i>	\$0(1)	B/D
<i>methotrexate sodium inj 50 mg/2ml (25 mg/ml)</i>	\$0(1)	B/D
<i>methotrexate sodium inj 250 mg/10ml (25 mg/ml)</i>	\$0(1)	B/D
<i>methotrexate sodium inj pf 50 mg/2ml (25 mg/ml)</i>	\$0(1)	B/D
<i>methotrexate sodium inj pf 250 mg/10ml (25 mg/ml)</i>	\$0(1)	B/D
<i>methotrexate sodium inj pf 1000 mg/40ml (25 mg/ml)</i>	\$0(1)	B/D
ONUREG TAB 200MG	\$0(2)	NDS, QL (14 tabs / 28 days), NM, PA
ONUREG TAB 300MG	\$0(2)	NDS, QL (14 tabs / 28 days), NM, PA
<i>pemetrexed disodium for iv soln 100 mg (base equiv)</i>	\$0(2)	NDS, B/D
<i>pemetrexed disodium for iv soln 500 mg (base equiv)</i>	\$0(2)	NDS, B/D
<i>pemetrexed disodium for iv soln 750 mg (base equiv)</i>	\$0(2)	NDS, B/D
<i>pemetrexed disodium for iv soln 1000 mg (base equiv)</i>	\$0(2)	NDS, B/D
PURIXAN SUS 20MG/ML	\$0(2)	NDS, NM

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TABLOID TAB 40MG	\$0(2)	NDS
HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS		
<i>abiraterone acetate tab 250 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
<i>abiraterone acetate tab 500 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>abirtega tab 250mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AKEEGA TAB 50/500MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AKEEGA TAB 100/500	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>anastrozole tab 1 mg</i>	\$0(1)	
<i>bicalutamide tab 50 mg</i>	\$0(1)	
ELIGARD INJ 7.5MG	\$0(2)	NM, PA
ELIGARD INJ 22.5MG	\$0(2)	NM, PA
ELIGARD INJ 30MG	\$0(2)	NM, PA
ELIGARD INJ 45MG	\$0(2)	NM, PA
ERLEADA TAB 60MG	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
ERLEADA TAB 240MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
EULEXIN CAP 125MG	\$0(2)	NDS
<i>exemestane tab 25 mg</i>	\$0(1)	
FIRMAGON INJ 80MG	\$0(2)	NM, PA
FIRMAGON INJ 120MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>fulvestrant inj soln pref syr 250 mg/5ml</i>	\$0(2)	NDS, B/D
<i>letrozole tab 2.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>leuprolide acetate inj kit 1 mg/0.2ml (5 mg/ml)</i>	\$0(1)	NM, PA
LUPRON DEPOT INJ 3.75MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT INJ 11.25MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
LYSODREN TAB 500MG	\$0(2)	NDS, NM
<i>megestrol acetate tab 20 mg</i>	\$0(2)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>megestrol acetate tab 40 mg</i>	\$0(2)	
<i>nilutamide tab 150 mg</i>	\$0(2)	NDS
NUBEQA TAB 300MG	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
ORGOVYX TAB 120MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
ORSERDU TAB 86MG	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
ORSERDU TAB 345MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
SOLTAMOX SOL 10MG/5ML	\$0(2)	NDS
<i>tamoxifen citrate tab 10 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>tamoxifen citrate tab 20 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>toremifene citrate tab 60 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	PA
XTANDI CAP 40MG	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
XTANDI TAB 40MG	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
XTANDI TAB 80MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
YONSA TAB 125MG	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
IMMUNOMODULATORS		
<i>lenalidomide cap 5 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, PA
<i>lenalidomide cap 10 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, PA
<i>lenalidomide cap 15 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, PA
<i>lenalidomide cap 20 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
<i>lenalidomide cap 25 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lenalidomide caps 2.5 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, PA
POMALYST CAP 1MG	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
POMALYST CAP 2MG	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
POMALYST CAP 3MG	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
POMALYST CAP 4MG	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
THALOMID CAP 50MG	\$0(2)	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
THALOMID CAP 100MG	\$0(2)	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
THALOMID CAP 150MG	\$0(2)	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA
THALOMID CAP 200MG	\$0(2)	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA
MISCELLANEOUS		
BESREMI SOL 500MCG	\$0(2)	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
<i>bexarotene cap 75 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, PA
<i>doxorubicin hcl inj 2 mg/ml</i>	\$0(1)	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal susp (for iv infusion) 2 mg/ml</i>	\$0(2)	NDS, B/D
<i>hydroxyurea cap 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>irinotecan hcl inj 40 mg/2ml (20 mg/ml)</i>	\$0(1)	B/D
<i>irinotecan hcl inj 100 mg/5ml (20 mg/ml)</i>	\$0(1)	B/D
<i>irinotecan hcl inj 300 mg/15ml (20 mg/ml)</i>	\$0(1)	B/D
<i>irinotecan hcl inj 500 mg/25ml (20 mg/ml)</i>	\$0(1)	B/D

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
IWILFIN TAB 192MG	\$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
MATULANE CAP 50MG	\$0(2)	NDS, NM
MODEYSO CAP 125MG	\$0(2)	NDS, QL (20 caps / 28 days), NM, PA
<i>tretinoin cap 10 mg</i>	\$0(2)	NDS
WELIREG TAB 40MG	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
MITOTIC INHIBITORS		
<i>docetaxel for inj conc 20 mg/ml</i>	\$0(1)	B/D
<i>docetaxel for inj conc 80 mg/4ml (20 mg/ml)</i>	\$0(2)	NDS, B/D
<i>docetaxel for inj conc 160 mg/8ml (20 mg/ml)</i>	\$0(2)	NDS, B/D
DOCETAXEL INJ 20MG/2ML	\$0(2)	NDS, B/D
DOCETAXEL INJ 80MG/4ML	\$0(2)	NDS, B/D
DOCETAXEL INJ 80MG/8ML	\$0(2)	NDS, B/D
DOCETAXEL INJ 160/8ML	\$0(2)	NDS, B/D
DOCETAXEL INJ 160/16ML	\$0(2)	NDS, B/D
<i>docetaxel soln for iv infusion 20 mg/2ml</i>	\$0(2)	NDS, B/D
<i>docetaxel soln for iv infusion 80 mg/8ml</i>	\$0(2)	NDS, B/D
<i>docetaxel soln for iv infusion 160 mg/16ml</i>	\$0(2)	NDS, B/D
DOCIVYX INJ 20MG/2ML	\$0(2)	NDS, B/D, NM
DOCIVYX INJ 80MG/8ML	\$0(2)	NDS, B/D, NM
DOCIVYX INJ 160/16ML	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>etoposide inj 1 gm/50ml (20 mg/ml)</i>	\$0(1)	B/D
<i>etoposide inj 100 mg/5ml (20 mg/ml)</i>	\$0(1)	B/D
<i>etoposide inj 500 mg/25ml (20 mg/ml)</i>	\$0(1)	B/D
<i>paclitaxel inj 100mg</i>	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>paclitaxel iv conc 30 mg/5ml (6 mg/ml)</i>	\$0(1)	B/D

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>paclitaxel iv conc 100 mg/16.7ml (6 mg/ml)</i>	\$0(1)	B/D
<i>paclitaxel iv conc 150 mg/25ml (6 mg/ml)</i>	\$0(1)	B/D
<i>paclitaxel iv conc 300 mg/50ml (6 mg/ml)</i>	\$0(1)	B/D
<i>vincristine sulfate iv soln 1 mg/ml</i>	\$0(1)	B/D
<i>vinorelbine tartrate inj 10 mg/ml (base equiv)</i>	\$0(1)	B/D
<i>vinorelbine tartrate inj 50 mg/5ml (10 mg/ml) (base equiv)</i>	\$0(1)	B/D
MOLECULAR TARGET AGENTS		
ALECENSA CAP 150MG	\$0(2)	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
ALUNBRIG PAK	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ALUNBRIG TAB 30MG	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
ALUNBRIG TAB 90MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ALUNBRIG TAB 180MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
AUGTYRO CAP 40MG	\$0(2)	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
AUGTYRO CAP 160MG	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
AVMAPKI PAK FAKZYNJA	\$0(2)	NDS, QL (1 pack / 28 days), NM, PA
AYVAKIT TAB 25MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
AYVAKIT TAB 50MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
AYVAKIT TAB 100MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AYVAKIT TAB 200MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
AYVAKIT TAB 300MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
BALVERSA TAB 3MG	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
BALVERSA TAB 4MG	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
BALVERSA TAB 5MG	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
<i>bortezomib for inj 3.5 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM, PA
BORTEZOMIB INJ 1MG	\$0(2)	NM, PA
BORTEZOMIB INJ 2.5MG	\$0(2)	NM, PA
BOSULIF CAP 50MG	\$0(2)	NDS, QL (360 caps / 30 days), NM, PA
BOSULIF CAP 100MG	\$0(2)	NDS, QL (150 caps / 25 days), NM, PA
BOSULIF TAB 100MG	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
BOSULIF TAB 400MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
BOSULIF TAB 500MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
BRAFTOVI CAP 75MG	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
BRUKINSA CAP 80MG	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
BRUKINSA TAB 160MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
CABOMETYX TAB 20MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
CABOMETYX TAB 40MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
CABOMETYX TAB 60MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CALQUENCE TAB 100MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
CAPRELSA TAB 100MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
CAPRELSA TAB 300MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
COMETRIQ (60MG DOSE)	\$0(2)	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
COMETRIQ KIT 100MG	\$0(2)	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA
COMETRIQ KIT 140MG	\$0(2)	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
COPIKTRA CAP 15MG	\$0(2)	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA
COPIKTRA CAP 25MG	\$0(2)	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA
COTELLIC TAB 20MG	\$0(2)	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, PA
DANZITEN TAB 71MG	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
DANZITEN TAB 95MG	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
<i>dasatinib tab 20 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>dasatinib tab 50 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>dasatinib tab 70 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>dasatinib tab 80 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>dasatinib tab 100 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>dasatinib tab 140 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
DAURISMO TAB 25MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DAURISMO TAB 100MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ERIVEDGE CAP 150MG	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>erlotinib hcl tab 25 mg (base equivalent)</i>	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>erlotinib hcl tab 100 mg (base equivalent)</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>erlotinib hcl tab 150 mg (base equivalent)</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus tab 2.5 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus tab 5 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus tab 7.5 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus tab 10 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus tab for oral susp 2 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (150 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus tab for oral susp 3 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus tab for oral susp 5 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
FOTIVDA CAP 0.89MG	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
FOTIVDA CAP 1.34MG	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
FRUZAQLA CAP 1MG	\$0(2)	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
FRUZAQLA CAP 5MG	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
GAVRETO CAP 100MG	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
<i>gefitinib tab 250 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GILOTRIF TAB 20MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
GILOTRIF TAB 30MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
GILOTRIF TAB 40MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
GOMEKLI CAP 1MG	\$0(2)	NDS, QL (168 caps / 28 days), NM, PA
GOMEKLI CAP 2MG	\$0(2)	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
GOMEKLI TAB 1MG	\$0(2)	NDS, QL (168 tabs / 28 days), NM, PA
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	\$0(2)	NDS, NM, PA
HERCEPTIN INJ 150MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
HERNEXEOS TAB 60MG	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
HERZUMA INJ 150MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
HERZUMA INJ 420MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
IBRANCE CAP 75MG	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
IBRANCE CAP 100MG	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
IBRANCE CAP 125MG	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
IBRANCE TAB 75MG	\$0(2)	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, PA
IBRANCE TAB 100MG	\$0(2)	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, PA
IBRANCE TAB 125MG	\$0(2)	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, PA
IBTROZI CAP 200MG	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
ICLUSIG TAB 10MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ICLUSIG TAB 15MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ICLUSIG TAB 30MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ICLUSIG TAB 45MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
IDHIFA TAB 50MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
IDHIFA TAB 100MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>imatinib mesylate tab 100 mg (base equivalent)</i>	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>imatinib mesylate tab 400 mg (base equivalent)</i>	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA CAP 70MG	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA CAP 140MG	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA SUS 70MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (216 mL / 27 days), NM, PA
IMBRUVICA TAB 140MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA TAB 280MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA TAB 420MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
IMKELDI SOL 80MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (280 mL / 28 days), NM, PA
INLYTA TAB 1MG	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
INLYTA TAB 5MG	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
INREBIC CAP 100MG	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
ITOVEBI TAB 3MG	\$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 **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ITOVEBI TAB 9MG	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
JAKAFI TAB 5MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
JAKAFI TAB 10MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
JAKAFI TAB 15MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
JAKAFI TAB 20MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
JAKAFI TAB 25MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
JAYPIRCA TAB 50MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
JAYPIRCA TAB 100MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
KADCYLA INJ 100MG	\$0(2)	NDS, B/D, NM
KADCYLA INJ 160MG	\$0(2)	NDS, B/D, NM
KANJINTI INJ 420MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
KANJINTI SOL 150MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
KEYTRUDA INJ 100MG/4M	\$0(2)	NDS, NM, PA
KISQALI 200 DOSE	\$0(2)	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 200 PAK FEMARA	\$0(2)	NDS, QL (49 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 400 DOSE	\$0(2)	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 400 PAK FEMARA	\$0(2)	NDS, QL (70 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 DOSE	\$0(2)	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 PAK FEMARA	\$0(2)	NDS, QL (91 tabs / 28 days), NM, PA
KOSELUGO CAP 10MG	\$0(2)	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
KOSELUGO CAP 25MG	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
KRAZATI TAB 200MG	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
<i>lapatinib ditosylate tab 250 mg (base equiv)</i>	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
LAZCLUZE TAB 80MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
LAZCLUZE TAB 240MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
LENVIMA CAP 4MG	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA CAP 8 MG	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA CAP 10 MG	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA CAP 12MG	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA CAP 14 MG	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA CAP 18 MG	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA CAP 20 MG	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA CAP 24 MG	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
LORBRENA TAB 25MG	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
LORBRENA TAB 100MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
LUMAKRAS TAB 120MG	\$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
LUMAKRAS TAB 240MG	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
LUMAKRAS TAB 320MG	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LYNPARZA TAB 100MG	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
LYNPARZA TAB 150MG	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	\$0(2)	NDS, QL (140 tabs / 28 days), NM, PA
MEKINIST SOL 0.05/ML	\$0(2)	NDS, QL (1260 mL / 30 days), NM, PA
MEKINIST TAB 0.5MG	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
MEKINIST TAB 2MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
MEKTOVI TAB 15MG	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
MONJUVI INJ 200MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
NERLYNX TAB 40MG	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
<i>nilotinib hcl cap 50 mg (base equivalent)</i>	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
<i>nilotinib hcl cap 150 mg (base equivalent)</i>	\$0(2)	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
<i>nilotinib hcl cap 200 mg (base equivalent)</i>	\$0(2)	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
NINLARO CAP 2.3MG	\$0(2)	NDS, QL (3 caps / 28 days), NM, PA
NINLARO CAP 3MG	\$0(2)	NDS, QL (3 caps / 28 days), NM, PA
NINLARO CAP 4MG	\$0(2)	NDS, QL (3 caps / 28 days), NM, PA
ODOMZO CAP 200MG	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OGIVRI INJ 150MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
OGIVRI INJ 420MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
OGSIVEO TAB 50MG	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
OGSIVEO TAB 100MG	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
OGSIVEO TAB 150MG	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
OJEMDA SUS 25MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (96 mL / 28 days), NM, PA
OJEMDA TAB 100MG	\$0(2)	NDS, QL (24 tabs / 28 days), NM, PA
OJJAARA TAB 100MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
OJJAARA TAB 150MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
OJJAARA TAB 200MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ONTRUZANT INJ 150MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
ONTRUZANT INJ 420MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>pazopanib hcl tab 200 mg (base equiv)</i>	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
PEMAZYRE TAB 4.5MG	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
PEMAZYRE TAB 9MG	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
PEMAZYRE TAB 13.5MG	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
PHESGO SOL	\$0(2)	NDS, NM, PA
PIQRAY 200MG TAB DOSE	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
PIQRAY 250MG TAB DOSE	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
PIQRAY 300MG 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 **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
QINLOCK TAB 50MG	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
RETEVMO CAP 40MG	\$0(2)	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
RETEVMO CAP 80MG	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
RETEVMO TAB 40MG	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
RETEVMO TAB 80MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
RETEVMO TAB 120MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
RETEVMO TAB 160MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
REVUFORJ TAB 25MG	\$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
REVUFORJ TAB 110MG	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
REVUFORJ TAB 160MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
REZLIDHIA CAP 150MG	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
ROMVIMZA CAP 14MG	\$0(2)	NDS, QL (8 caps / 28 days), NM, PA
ROMVIMZA CAP 20MG	\$0(2)	NDS, QL (8 caps / 28 days), NM, PA
ROMVIMZA CAP 30MG	\$0(2)	NDS, QL (8 caps / 28 days), NM, PA
ROZLYTREK CAP 100MG	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
ROZLYTREK CAP 200MG	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
ROZLYTREK PAK 50MG	\$0(2)	NDS, QL (336 packets / 28 days), NM, PA
RUBRACA TAB 200MG	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RUBRACA TAB 250MG	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
RUBRACA TAB 300MG	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
RYDAPT CAP 25MG	\$0(2)	NDS, QL (224 caps / 28 days), NM, PA
SCEMBLIX TAB 20MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
SCEMBLIX TAB 40MG	\$0(2)	NDS, QL (300 tabs / 30 days), NM, PA
SCEMBLIX TAB 100MG	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sorafenib tosylate tab 200 mg (base equivalent)</i>	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
STIVARGA TAB 40MG	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
<i>sunitinib malate cap 12.5 mg (base equivalent)</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>sunitinib malate cap 25 mg (base equivalent)</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>sunitinib malate cap 37.5 mg (base equivalent)</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>sunitinib malate cap 50 mg (base equivalent)</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
TABRECTA TAB 150MG	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
TABRECTA TAB 200MG	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
TAFINLAR CAP 50MG	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
TAFINLAR CAP 75MG	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
TAFINLAR TAB 10MG	\$0(2)	NDS, QL (900 tabs / 30 days), NM, PA
TAGRISSO TAB 40MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TAGRISSO TAB 80MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
TALZENNA CAP 0.1MG	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
TALZENNA CAP 0.5MG	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
TALZENNA CAP 0.25MG	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
TALZENNA CAP 0.35MG	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
TALZENNA CAP 0.75MG	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
TALZENNA CAP 1MG	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
TASIGNA CAP 50MG	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
TASIGNA CAP 150MG	\$0(2)	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
TASIGNA CAP 200MG	\$0(2)	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
TAZVERIK TAB 200MG	\$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
TECENTRIQ INJ 840/14	\$0(2)	NDS, NM, PA
TECENTRIQ INJ 1200/20	\$0(2)	NDS, NM, PA
TECENTRIQ INJ HYBREZA	\$0(2)	NDS, QL (1 vial / 21 days), NM, PA
TEPMETKO TAB 225MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
TIBSOVO TAB 250MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>torpenz tab 2.5mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>torpenz tab 5mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>torpenz tab 7.5mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>torpenz tab 10mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
TRAZIMERA INJ 150MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
TRAZIMERA INJ 420MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
TRUQAP PAK 160MG	\$0(2)	NDS, QL (4 packs / 28 days), NM, PA
TRUQAP PAK 200MG	\$0(2)	NDS, QL (4 packs / 28 days), NM, PA
TRUQAP TAB 160MG	\$0(2)	NDS, QL (64 tabs / 28 days), NM, PA
TRUQAP TAB 200MG	\$0(2)	NDS, QL (64 tabs / 28 days), NM, PA
TRUXIMA INJ 100/10ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
TRUXIMA INJ 500/50ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
TUKYSA TAB 50MG	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
TUKYSA TAB 150MG	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
TURALIO CAP 125MG	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
VANFLYTA TAB 17.7MG	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
VANFLYTA TAB 26.5MG	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
VENCLEXTA TAB 10MG	\$0(2)	QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
VENCLEXTA TAB 50MG	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
VENCLEXTA TAB 100MG	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
VENCLEXTA TAB START PK	\$0(2)	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VERZENIO TAB 50MG	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
VERZENIO TAB 100MG	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
VERZENIO TAB 150MG	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
VERZENIO TAB 200MG	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
VITRAKVI CAP 25MG	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
VITRAKVI CAP 100MG	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
VITRAKVI SOL 20MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (300 mL / 30 days), NM, PA
VIZIMPRO TAB 15MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
VIZIMPRO TAB 30MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
VIZIMPRO TAB 45MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
VONJO CAP 100MG	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
VORANIGO TAB 10MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
VORANIGO TAB 40MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
XALKORI CAP 20MG	\$0(2)	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
XALKORI CAP 50MG	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
XALKORI CAP 150MG	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
XALKORI CAP 200MG	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
XALKORI CAP 250MG	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XOSPATA TAB 40MG	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY)	\$0(2)	NDS, QL (16 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY)	\$0(2)	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY)	\$0(2)	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY)	\$0(2)	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (60 MG TWICE WEEKLY)	\$0(2)	NDS, QL (24 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY)	\$0(2)	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (80 MG TWICE WEEKLY)	\$0(2)	NDS, QL (32 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY)	\$0(2)	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA
ZEJULA TAB 100MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ZEJULA TAB 200MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ZEJULA TAB 300MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ZELBORAF TAB 240MG	\$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
ZIRABEV INJ 100/4ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
ZIRABEV INJ 400/16ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
ZOLINZA CAP 100MG	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
ZYDELIG TAB 100MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
ZYDELIG TAB 150MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZYKADIA TAB 150MG	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
PROTECTIVE AGENTS		
<i>leucovorin calcium for inj 50 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>leucovorin calcium for inj 100 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>leucovorin calcium for inj 200 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>leucovorin calcium for inj 350 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>leucovorin calcium for inj 500 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>leucovorin calcium inj 500 mg/50ml (10 mg/ml)</i>	\$0(1)	B/D
<i>leucovorin calcium tab 5 mg</i>	\$0(1)	
<i>leucovorin calcium tab 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>leucovorin calcium tab 15 mg</i>	\$0(1)	
<i>leucovorin calcium tab 25 mg</i>	\$0(1)	
<i>mesna tab 400 mg</i>	\$0(2)	NDS
MESNEX TAB 400MG	\$0(2)	NDS
CARDIOVASCULAR - DRUGS TO TREAT HEART AND CIRCULATION CONDITIONS		
ACE INHIBITOR COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 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)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
<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 tab 5 mg</i>	\$0(1)	
<i>benazepril hcl tab 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>benazepril hcl tab 20 mg</i>	\$0(1)	
<i>benazepril hcl tab 40 mg</i>	\$0(1)	
<i>captopril tab 12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>captopril tab 25 mg</i>	\$0(1)	
<i>captopril tab 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>captopril tab 100 mg</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>enalapril maleate tab 2.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>enalapril maleate tab 5 mg</i>	\$0(1)	
<i>enalapril maleate tab 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>enalapril maleate tab 20 mg</i>	\$0(1)	
<i>fosinopril sodium tab 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>fosinopril sodium tab 20 mg</i>	\$0(1)	
<i>fosinopril sodium tab 40 mg</i>	\$0(1)	
<i>lisinopril tab 2.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>lisinopril tab 5 mg</i>	\$0(1)	
<i>lisinopril tab 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>lisinopril tab 20 mg</i>	\$0(1)	
<i>lisinopril tab 30 mg</i>	\$0(1)	
<i>lisinopril tab 40 mg</i>	\$0(1)	
<i>moexipril hcl tab 7.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>moexipril hcl tab 15 mg</i>	\$0(1)	
<i>perindopril erbumine tab 2 mg</i>	\$0(1)	
<i>perindopril erbumine tab 4 mg</i>	\$0(1)	
<i>perindopril erbumine tab 8 mg</i>	\$0(1)	
<i>quinapril hcl tab 5 mg</i>	\$0(1)	
<i>quinapril hcl tab 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>quinapril hcl tab 20 mg</i>	\$0(1)	
<i>quinapril hcl tab 40 mg</i>	\$0(1)	
<i>ramipril cap 1.25 mg</i>	\$0(1)	
<i>ramipril cap 2.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>ramipril cap 5 mg</i>	\$0(1)	
<i>ramipril cap 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>trandolapril tab 1 mg</i>	\$0(1)	
<i>trandolapril tab 2 mg</i>	\$0(1)	
<i>trandolapril tab 4 mg</i>	\$0(1)	
ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>eplerenone tab 25 mg</i>	\$0(1)	
<i>eplerenone tab 50 mg</i>	\$0(1)	
KERENDIA TAB 10MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
KERENDIA TAB 20MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
KERENDIA TAB 40MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>spironolactone tab 25 mg</i>	\$0(1)	
<i>spironolactone tab 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>spironolactone tab 100 mg</i>	\$0(1)	
ALPHA BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>doxazosin mesylate tab 1 mg</i>	\$0(1)	
<i>doxazosin mesylate tab 2 mg</i>	\$0(1)	
<i>doxazosin mesylate tab 4 mg</i>	\$0(1)	
<i>doxazosin mesylate tab 8 mg</i>	\$0(1)	
<i>prazosin hcl cap 1 mg</i>	\$0(1)	
<i>prazosin hcl cap 2 mg</i>	\$0(1)	
<i>prazosin hcl cap 5 mg</i>	\$0(1)	
<i>terazosin hcl cap 1 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>terazosin hcl cap 2 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>terazosin hcl cap 5 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>terazosin hcl cap 10 mg (base equivalent)</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)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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>sacubitril-valsartan tab 24-26 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>sacubitril-valsartan tab 49-51 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>sacubitril-valsartan tab 97-103 mg</i>	\$0(1)	QL (60 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)
<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 tab 4 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil tab 8 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil tab 16 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil tab 32 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>irbesartan tab 75 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>irbesartan tab 150 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>irbesartan tab 300 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium tab 25 mg</i>	\$0(1)	
<i>losartan potassium tab 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>losartan potassium tab 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>olmesartan medoxomil tab 5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil tab 20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil tab 40 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan tab 20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan tab 40 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan tab 80 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan tab 40 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>valsartan tab 80 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>valsartan tab 160 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>valsartan tab 320 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ANTIARRHYTHMICS - DRUGS TO CONTROL HEART RHYTHM		
<i>amiodarone hcl inj 150 mg/3ml (50 mg/ml)</i>	\$0(1)	
<i>amiodarone hcl inj 450 mg/9ml (50 mg/ml)</i>	\$0(1)	
<i>amiodarone hcl inj 900 mg/18ml (50 mg/ml)</i>	\$0(1)	
<i>amiodarone hcl tab 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>amiodarone hcl tab 200 mg</i>	\$0(1)	
<i>amiodarone hcl tab 400 mg</i>	\$0(1)	
<i>disopyramide phosphate cap 100 mg</i>	\$0(2)	
<i>disopyramide phosphate cap 150 mg</i>	\$0(2)	
<i>dofetilide cap 125 mcg (0.125 mg)</i>	\$0(1)	NM
<i>dofetilide cap 250 mcg (0.25 mg)</i>	\$0(1)	NM
<i>dofetilide cap 500 mcg (0.5 mg)</i>	\$0(1)	NM
<i>flecainide acetate tab 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>flecainide acetate tab 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>flecainide acetate tab 150 mg</i>	\$0(1)	
MULTAQ TAB 400MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pacerone</i>	\$0(1)	
<i>propafenone hcl cap er 12hr 225 mg</i>	\$0(1)	
<i>propafenone hcl cap er 12hr 325 mg</i>	\$0(1)	
<i>propafenone hcl cap er 12hr 425 mg</i>	\$0(1)	
<i>propafenone hcl tab 150 mg</i>	\$0(1)	
<i>propafenone hcl tab 225 mg</i>	\$0(1)	
<i>propafenone hcl tab 300 mg</i>	\$0(1)	
<i>quinidine sulfate tab 200 mg</i>	\$0(1)	
<i>quinidine sulfate tab 300 mg</i>	\$0(1)	
<i>sotalol hcl (afib/af) tab 80 mg</i>	\$0(1)	
<i>sotalol hcl (afib/af) tab 120 mg</i>	\$0(1)	
<i>sotalol hcl (afib/af) tab 160 mg</i>	\$0(1)	
<i>sotalol hcl tab 80 mg</i>	\$0(1)	
<i>sotalol hcl tab 120 mg</i>	\$0(1)	
<i>sotalol hcl tab 160 mg</i>	\$0(1)	
<i>sotalol hcl tab 240 mg</i>	\$0(1)	
ANTILIPEMICS, FIBRATES		
<i>fenofibrate micronized cap 67 mg</i>	\$0(1)	
<i>fenofibrate micronized cap 134 mg</i>	\$0(1)	
<i>fenofibrate micronized cap 200 mg</i>	\$0(1)	
<i>fenofibrate tab 48 mg</i>	\$0(1)	
<i>fenofibrate tab 54 mg</i>	\$0(1)	
<i>fenofibrate tab 145 mg</i>	\$0(1)	
<i>fenofibrate tab 160 mg</i>	\$0(1)	
<i>gemfibrozil tab 600 mg</i>	\$0(1)	
ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS - DRUGS TO TREAT HIGH CHOLESTEROL		
<i>atorvastatin calcium tab 10 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>atorvastatin calcium tab 20 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>atorvastatin calcium tab 40 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>atorvastatin calcium tab 80 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lovastatin tab 10 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>lovastatin tab 20 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>lovastatin tab 40 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pravastatin sodium tab 10 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>pravastatin sodium tab 20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>pravastatin sodium tab 40 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>pravastatin sodium tab 80 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>rosuvastatin calcium tab 5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>rosuvastatin calcium tab 10 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>rosuvastatin calcium tab 20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>rosuvastatin calcium tab 40 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>simvastatin tab 5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>simvastatin tab 10 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>simvastatin tab 20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>simvastatin tab 40 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>simvastatin tab 80 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS - DRUGS TO TREAT HIGH CHOLESTEROL		
<i>cholestyramine light powder 4 gm/dose</i>	\$0(1)	
<i>cholestyramine light powder packets 4 gm</i>	\$0(1)	
<i>cholestyramine powder 4 gm/dose</i>	\$0(1)	
<i>cholestyramine powder packets 4 gm</i>	\$0(1)	
<i>colesevelam hcl packet for susp 3.75 gm</i>	\$0(1)	
<i>colesevelam hcl tab 625 mg</i>	\$0(1)	
<i>colestipol hcl granule packets 5 gm</i>	\$0(1)	
<i>colestipol hcl granules 5 gm</i>	\$0(1)	
<i>colestipol hcl tab 1 gm</i>	\$0(1)	
<i>ezetimibe tab 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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 TAB 180MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
NEXLIZET TAB 180/10MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>niacin tab er 500 mg (antihyperlipidemic)</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>niacin tab er 750 mg (antihyperlipidemic)</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>niacin tab er 1000 mg (antihyperlipidemic)</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	\$0(1)	PA
<i>prevalite</i>	\$0(1)	
REPATHA INJ 140MG/ML	\$0(2)	NM, PA
REPATHA SURE INJ 140MG/ML	\$0(2)	NM, PA
VASCEPA CAP 0.5GM	\$0(2)	
VASCEPA CAP 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)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BETA-BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS		
<i>acebutolol hcl cap 200 mg</i>	\$0(1)	
<i>acebutolol hcl cap 400 mg</i>	\$0(1)	
<i>atenolol tab 25 mg</i>	\$0(1)	
<i>atenolol tab 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>atenolol tab 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>betaxolol hcl tab 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>betaxolol hcl tab 20 mg</i>	\$0(1)	
<i>bisoprolol fumarate tab 5 mg</i>	\$0(1)	
<i>bisoprolol fumarate tab 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>carvedilol tab 3.125 mg</i>	\$0(1)	
<i>carvedilol tab 6.25 mg</i>	\$0(1)	
<i>carvedilol tab 12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>carvedilol tab 25 mg</i>	\$0(1)	
<i>labetalol hcl tab 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>labetalol hcl tab 200 mg</i>	\$0(1)	
<i>labetalol hcl tab 300 mg</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol succinate tab er 24hr 25 mg (tartrate equiv)</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol succinate tab er 24hr 50 mg (tartrate equiv)</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol succinate tab er 24hr 100 mg (tartrate equiv)</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol succinate tab er 24hr 200 mg (tartrate equiv)</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol tartrate iv soln 5 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol tartrate tab 25 mg</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol tartrate tab 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol tartrate tab 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>nadolol tab 20 mg</i>	\$0(1)	
<i>nadolol tab 40 mg</i>	\$0(1)	
<i>nadolol tab 80 mg</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nebivolol hcl tab 2.5 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>nebivolol hcl tab 5 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>nebivolol hcl tab 10 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>nebivolol hcl tab 20 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pindolol tab 5 mg</i>	\$0(1)	
<i>pindolol tab 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>propranolol hcl cap er 24hr 60 mg</i>	\$0(1)	
<i>propranolol hcl cap er 24hr 80 mg</i>	\$0(1)	
<i>propranolol hcl cap er 24hr 120 mg</i>	\$0(1)	
<i>propranolol hcl cap er 24hr 160 mg</i>	\$0(1)	
<i>propranolol hcl oral soln 20 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>propranolol hcl oral soln 40 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>propranolol hcl tab 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>propranolol hcl tab 20 mg</i>	\$0(1)	
<i>propranolol hcl tab 40 mg</i>	\$0(1)	
<i>propranolol hcl tab 60 mg</i>	\$0(1)	
<i>propranolol hcl tab 80 mg</i>	\$0(1)	
<i>timolol maleate tab 5 mg</i>	\$0(1)	
<i>timolol maleate tab 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>timolol maleate tab 20 mg</i>	\$0(1)	
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS		
<i>amlodipine besylate tab 2.5 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>amlodipine besylate tab 5 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>amlodipine besylate tab 10 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>cartia xt</i>	\$0(1)	
<i>dilt-xr</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diltiazem hcl cap er 12hr 60 mg</i>	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl cap er 12hr 90 mg</i>	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl cap er 12hr 120 mg</i>	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl coated beads cap er 24hr 120 mg</i>	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl coated beads cap er 24hr 180 mg</i>	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl coated beads cap er 24hr 240 mg</i>	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl coated beads cap er 24hr 300 mg</i>	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl coated beads cap er 24hr 360 mg</i>	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl extended release beads cap er 24hr 120 mg</i>	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl extended release beads cap er 24hr 180 mg</i>	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl extended release beads cap er 24hr 240 mg</i>	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl extended release beads cap er 24hr 300 mg</i>	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl extended release beads cap er 24hr 360 mg</i>	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl extended release beads cap er 24hr 420 mg</i>	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl iv soln 25 mg/5ml (5 mg/ml)</i>	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl iv soln 50 mg/10ml (5 mg/ml)</i>	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl iv soln 125 mg/25ml (5 mg/ml)</i>	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl tab 30 mg</i>	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl tab 60 mg</i>	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl tab 90 mg</i>	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl tab 120 mg</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>felodipine tab er 24hr 2.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>felodipine tab er 24hr 5 mg</i>	\$0(1)	
<i>felodipine tab er 24hr 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>isradipine cap 2.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>isradipine cap 5 mg</i>	\$0(1)	
<i>nicardipine hcl cap 20 mg</i>	\$0(1)	
<i>nicardipine hcl cap 30 mg</i>	\$0(1)	
<i>nifedipine tab er 24hr 30 mg</i>	\$0(1)	
<i>nifedipine tab er 24hr 60 mg</i>	\$0(1)	
<i>nifedipine tab er 24hr 90 mg</i>	\$0(1)	
<i>nifedipine tab er 24hr osmotic release 30 mg</i>	\$0(1)	
<i>nifedipine tab er 24hr osmotic release 60 mg</i>	\$0(1)	
<i>nifedipine tab er 24hr osmotic release 90 mg</i>	\$0(1)	
<i>nimodipine cap 30 mg</i>	\$0(1)	
<i>tiadylt er</i>	\$0(1)	
<i>verapamil hcl cap er 24hr 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>verapamil hcl cap er 24hr 120 mg</i>	\$0(1)	
<i>verapamil hcl cap er 24hr 180 mg</i>	\$0(1)	
<i>verapamil hcl cap er 24hr 200 mg</i>	\$0(1)	
<i>verapamil hcl cap er 24hr 240 mg</i>	\$0(1)	
<i>verapamil hcl cap er 24hr 300 mg</i>	\$0(1)	
<i>verapamil hcl cap er 24hr 360 mg</i>	\$0(1)	
<i>verapamil hcl iv soln 2.5 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>verapamil hcl tab 40 mg</i>	\$0(1)	
<i>verapamil hcl tab 80 mg</i>	\$0(1)	
<i>verapamil hcl tab 120 mg</i>	\$0(1)	
<i>verapamil hcl tab er 120 mg</i>	\$0(1)	
<i>verapamil hcl tab er 180 mg</i>	\$0(1)	
<i>verapamil hcl tab er 240 mg</i>	\$0(1)	
DIURETICS - DRUGS TO TREAT HEART CONDITIONS		
<i>acetazolamide cap er 12hr 500 mg</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>acetazolamide tab 125 mg</i>	\$0(1)	
<i>acetazolamide tab 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	\$0(1)	
<i>amiloride hcl tab 5 mg</i>	\$0(1)	
<i>bumetanide inj 0.25 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>bumetanide tab 0.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>bumetanide tab 1 mg</i>	\$0(1)	
<i>bumetanide tab 2 mg</i>	\$0(1)	
<i>chlorthalidone tab 25 mg</i>	\$0(1)	
<i>chlorthalidone tab 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>furosemide inj</i>	\$0(1)	
<i>furosemide oral soln 8 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>furosemide oral soln 10 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>furosemide tab 20 mg</i>	\$0(1)	
<i>furosemide tab 40 mg</i>	\$0(1)	
<i>furosemide tab 80 mg</i>	\$0(1)	
<i>hydrochlorothiazide cap 12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>hydrochlorothiazide tab 12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>hydrochlorothiazide tab 25 mg</i>	\$0(1)	
<i>hydrochlorothiazide tab 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>indapamide tab 1.25 mg</i>	\$0(1)	
<i>indapamide tab 2.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>methazolamide tab 25 mg</i>	\$0(1)	
<i>methazolamide tab 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>metolazone tab 2.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>metolazone tab 5 mg</i>	\$0(1)	
<i>metolazone tab 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>torseamide tab 5 mg</i>	\$0(1)	
<i>torseamide tab 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>torseamide tab 20 mg</i>	\$0(1)	
<i>torseamide tab 100 mg</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i>	\$0(1)	
MISCELLANEOUS		
<i>aliskiren fumarate tab 150 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>aliskiren fumarate tab 300 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>clonidine hcl tab 0.1 mg</i>	\$0(1)	
<i>clonidine hcl tab 0.2 mg</i>	\$0(1)	
<i>clonidine hcl tab 0.3 mg</i>	\$0(1)	
<i>clonidine td patch weekly 0.1 mg/24hr</i>	\$0(1)	
<i>clonidine td patch weekly 0.2 mg/24hr</i>	\$0(1)	
<i>clonidine td patch weekly 0.3 mg/24hr</i>	\$0(1)	
CORLANOR SOL 5MG/5ML	\$0(2)	QL (450 mL / 30 days)
<i>digoxin inj 0.25 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>digoxin oral soln 0.05 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>digoxin tab 125 mcg (0.125 mg)</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>digoxin tab 250 mcg (0.25 mg)</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>droxidopa cap 100 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
<i>droxidopa cap 200 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
<i>droxidopa cap 300 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
<i>epinephrine inj 1 mg/ml (1:1000)</i>	\$0(1)	
<i>guanfacine hcl tab 1 mg</i>	\$0(2)	PA; PA applies 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 **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>guanfacine hcl tab 2 mg</i>	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older
<i>hydralazine hcl inj 20 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>hydralazine hcl tab 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>hydralazine hcl tab 25 mg</i>	\$0(1)	
<i>hydralazine hcl tab 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>hydralazine hcl tab 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>ivabradine hcl tab 5 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>ivabradine hcl tab 7.5 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>metyrosine cap 250 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>midodrine hcl tab 2.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>midodrine hcl tab 5 mg</i>	\$0(1)	
<i>midodrine hcl tab 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>minoxidil tab 2.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>minoxidil tab 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>ranolazine tab er 12hr 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>ranolazine tab er 12hr 1000 mg</i>	\$0(1)	
VERQUVO TAB 2.5MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA
VERQUVO TAB 5MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA
VERQUVO TAB 10MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA
NITRATES - DRUGS TO TREAT HEART CONDITIONS		
<i>isosorbide dinitrate tab 5 mg</i>	\$0(1)	
<i>isosorbide dinitrate tab 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>isosorbide dinitrate tab 20 mg</i>	\$0(1)	
<i>isosorbide dinitrate tab 30 mg</i>	\$0(1)	
<i>isosorbide mononitrate tab er 24hr 30 mg</i>	\$0(1)	
<i>isosorbide mononitrate tab er 24hr 60 mg</i>	\$0(1)	
<i>isosorbide mononitrate tab er 24hr 120 mg</i>	\$0(1)	
NITRO-BID OIN 2%	\$0(2)	
<i>nitroglycerin sl tab 0.3 mg</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nitroglycerin sl tab 0.4 mg</i>	\$0(1)	
<i>nitroglycerin sl tab 0.6 mg</i>	\$0(1)	
<i>nitroglycerin td patch 24hr 0.1 mg/hr</i>	\$0(1)	
<i>nitroglycerin td patch 24hr 0.2 mg/hr</i>	\$0(1)	
<i>nitroglycerin td patch 24hr 0.4 mg/hr</i>	\$0(1)	
<i>nitroglycerin td patch 24hr 0.6 mg/hr</i>	\$0(1)	
<i>nitroglycerin tl soln 0.4 mg/spray (400 mcg/spray)</i>	\$0(1)	
PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION - DRUGS TO TREAT PULMONARY HYPERTENSION		
ADEMPAS TAB 0.5MG	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
ADEMPAS TAB 1.5MG	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
ADEMPAS TAB 1MG	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
ADEMPAS TAB 2.5MG	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
ADEMPAS TAB 2MG	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>alyq</i>	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>ambrisentan tab 5 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>ambrisentan tab 10 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>bosentan tab 62.5 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>bosentan tab 125 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>bosentan tab for oral susp 32 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
OPSUMIT TAB 10MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sildenafil citrate tab 20 mg</i>	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days), NM, PA
<i>tadalafil tab 20 mg (pah)</i>	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>treprostinil inj soln 20 mg/20ml (1 mg/ml)</i>	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>treprostinil inj soln 50 mg/20ml (2.5 mg/ml)</i>	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>treprostinil inj soln 100 mg/20ml (5 mg/ml)</i>	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>treprostinil inj soln 200 mg/20ml (10 mg/ml)</i>	\$0(2)	NDS, NM, PA
UPTRAVI PACK TAB 200/800	\$0(2)	NDS, QL (1 pack / 28 days), NM, PA
UPTRAVI TAB 200MCG	\$0(2)	NDS, QL (140 tabs / 28 days), NM, PA
UPTRAVI TAB 400MCG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
UPTRAVI TAB 600MCG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
UPTRAVI TAB 800MCG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
UPTRAVI TAB 1000MCG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
UPTRAVI TAB 1200MCG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
UPTRAVI TAB 1400MCG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
UPTRAVI TAB 1600MCG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
YUTREPIA CAP 26.5MCG	\$0(2)	NDS, QL (140 caps / 28 days), NM, PA
YUTREPIA CAP 53MCG	\$0(2)	NDS, QL (140 caps / 28 days), NM, PA
YUTREPIA CAP 79.5MCG	\$0(2)	NDS, QL (140 caps / 28 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
YUTREPIA CAP 106MCG	\$0(2)	NDS, QL (224 caps / 28 days), NM, PA
CENTRAL NERVOUS SYSTEM - DRUGS TO TREAT NERVOUS SYSTEM DISORDERS		
ANTIANXIETY - DRUGS TO TREAT ANXIETY		
<i>alprazolam tab 0.5 mg</i>	\$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
<i>alprazolam tab 0.25 mg</i>	\$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
<i>alprazolam tab 1 mg</i>	\$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
<i>alprazolam tab 2 mg</i>	\$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
<i>buspirone hcl tab 5 mg</i>	\$0(1)	
<i>buspirone hcl tab 7.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>buspirone hcl tab 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>buspirone hcl tab 15 mg</i>	\$0(1)	
<i>buspirone hcl tab 30 mg</i>	\$0(1)	
<i>fluvoxamine maleate tab 25 mg</i>	\$0(1)	
<i>fluvoxamine maleate tab 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>fluvoxamine maleate tab 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>lorazepam conc 2 mg/ml</i>	\$0(1)	QL (150 mL / 30 days)
<i>lorazepam inj 2 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>lorazepam inj 4 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>lorazepam intensol</i>	\$0(1)	QL (150 mL / 30 days)
<i>lorazepam tab 0.5 mg</i>	\$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
<i>lorazepam tab 1 mg</i>	\$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
<i>lorazepam tab 2 mg</i>	\$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
ANTIDEMENTIA - DRUGS TO TREAT DEMENTIA AND MEMORY LOSS		
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>donepezil hydrochloride tab 5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>donepezil hydrochloride tab 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>galantamine hydrobromide cap er 24hr 8 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide cap er 24hr 16 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>galantamine hydrobromide cap er 24hr 24 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral soln 4 mg/ml</i>	\$0(1)	QL (200 mL / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide tab 4 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide tab 8 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide tab 12 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>memantine hcl cap er 24hr 7 mg</i>	\$0(1)	PA; PA applies if 29 years and younger
<i>memantine hcl cap er 24hr 14 mg</i>	\$0(1)	PA; PA applies if 29 years and younger
<i>memantine hcl cap er 24hr 21 mg</i>	\$0(1)	PA; PA applies if 29 years and younger
<i>memantine hcl cap er 24hr 28 mg</i>	\$0(1)	PA; PA applies if 29 years and younger
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	\$0(1)	PA; PA applies if 29 years and younger
<i>memantine hcl tab 5 mg</i>	\$0(1)	PA; PA applies if 29 years and younger
<i>memantine hcl tab 10 mg</i>	\$0(1)	PA; PA applies if 29 years and younger
<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg titration pack</i>	\$0(1)	PA; PA applies if 29 years and younger
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 14-10 mg</i>	\$0(1)	
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 21-10 mg</i>	\$0(1)	
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 28-10 mg</i>	\$0(1)	
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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>rivastigmine tartrate cap 1.5 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>rivastigmine tartrate cap 3 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>rivastigmine tartrate cap 4.5 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>rivastigmine tartrate cap 6 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>rivastigmine td patch 24hr 4.6 mg/24hr</i>	\$0(1)	QL (30 patches / 30 days)
<i>rivastigmine td patch 24hr 9.5 mg/24hr</i>	\$0(1)	QL (30 patches / 30 days)
<i>rivastigmine td patch 24hr 13.3 mg/24hr</i>	\$0(1)	QL (30 patches / 30 days)
ANTIDEPRESSANTS - DRUGS TO TREAT DEPRESSION		
<i>amitriptyline hcl tab 10 mg</i>	\$0(2)	
<i>amitriptyline hcl tab 25 mg</i>	\$0(2)	
<i>amitriptyline hcl tab 50 mg</i>	\$0(2)	
<i>amitriptyline hcl tab 75 mg</i>	\$0(2)	
<i>amitriptyline hcl tab 100 mg</i>	\$0(2)	
<i>amitriptyline hcl tab 150 mg</i>	\$0(2)	
<i>amoxapine tab 25 mg</i>	\$0(2)	
<i>amoxapine tab 50 mg</i>	\$0(2)	
<i>amoxapine tab 100 mg</i>	\$0(2)	
<i>amoxapine tab 150 mg</i>	\$0(2)	
AUVELITY TAB 45-105MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>bupropion hcl tab 75 mg</i>	\$0(1)	
<i>bupropion hcl tab 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>bupropion hcl tab er 12hr 100 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl tab er 12hr 150 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl tab er 12hr 200 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl tab er 24hr 150 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl tab er 24hr 300 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>citalopram hydrobromide oral soln 10 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>citalopram hydrobromide tab 10 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	
<i>citalopram hydrobromide tab 20 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	
<i>citalopram hydrobromide tab 40 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	
<i>clomipramine hcl cap 25 mg</i>	\$0(2)	PA
<i>clomipramine hcl cap 50 mg</i>	\$0(2)	PA
<i>clomipramine hcl cap 75 mg</i>	\$0(2)	PA
<i>desipramine hcl tab 10 mg</i>	\$0(2)	
<i>desipramine hcl tab 25 mg</i>	\$0(2)	
<i>desipramine hcl tab 50 mg</i>	\$0(2)	
<i>desipramine hcl tab 75 mg</i>	\$0(2)	
<i>desipramine hcl tab 100 mg</i>	\$0(2)	
<i>desipramine hcl tab 150 mg</i>	\$0(2)	
<i>desvenlafaxine succinate tab er 24hr 25 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>desvenlafaxine succinate tab er 24hr 50 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>desvenlafaxine succinate tab er 24hr 100 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl cap 10 mg</i>	\$0(2)	
<i>doxepin hcl cap 25 mg</i>	\$0(2)	
<i>doxepin hcl cap 50 mg</i>	\$0(2)	
<i>doxepin hcl cap 75 mg</i>	\$0(2)	
<i>doxepin hcl cap 100 mg</i>	\$0(2)	
<i>doxepin hcl cap 150 mg</i>	\$0(2)	
<i>doxepin hcl conc 10 mg/ml</i>	\$0(2)	
DRIZALMA CAP 20MG DR	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days), PA
DRIZALMA CAP 30MG DR	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days), PA
DRIZALMA CAP 40MG DR	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days), PA
DRIZALMA CAP 60MG DR	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days), PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>duloxetine hcl enteric coated pellets cap 20 mg (base eq)</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>duloxetine hcl enteric coated pellets cap 30 mg (base eq)</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>duloxetine hcl enteric coated pellets cap 60 mg (base eq)</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
EMSAM DIS 6MG/24HR	\$0(2)	NDS, QL (30 patches / 30 days), PA
EMSAM DIS 9MG/24HR	\$0(2)	NDS, QL (30 patches / 30 days), PA
EMSAM DIS 12MG/24H	\$0(2)	NDS, QL (30 patches / 30 days), PA
<i>escitalopram oxalate soln 5 mg/5ml (base equiv)</i>	\$0(1)	
<i>escitalopram oxalate tab 5 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	
<i>escitalopram oxalate tab 10 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	
<i>escitalopram oxalate tab 20 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	
FETZIMA CAP 20MG	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days), PA
FETZIMA CAP 40MG	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days), PA
FETZIMA CAP 80MG	\$0(2)	QL (30 caps / 30 days), PA
FETZIMA CAP 120MG	\$0(2)	QL (30 caps / 30 days), PA
FETZIMA CAP TITRATIO	\$0(2)	QL (2 packs / year), PA
<i>fluoxetine hcl cap 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>fluoxetine hcl cap 20 mg</i>	\$0(1)	
<i>fluoxetine hcl cap 40 mg</i>	\$0(1)	
<i>fluoxetine hcl solution 20 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>imipramine hcl tab 10 mg</i>	\$0(2)	
<i>imipramine hcl tab 25 mg</i>	\$0(2)	
<i>imipramine hcl tab 50 mg</i>	\$0(2)	
MARPLAN TAB 10MG	\$0(2)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>mirtazapine orally disintegrating tab 15 mg</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mirtazapine orally disintegrating tab 30 mg</i>	\$0(1)	
<i>mirtazapine orally disintegrating tab 45 mg</i>	\$0(1)	
<i>mirtazapine tab 7.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>mirtazapine tab 15 mg</i>	\$0(1)	
<i>mirtazapine tab 30 mg</i>	\$0(1)	
<i>mirtazapine tab 45 mg</i>	\$0(1)	
<i>nefazodone hcl tab 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>nefazodone hcl tab 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>nefazodone hcl tab 150 mg</i>	\$0(1)	
<i>nefazodone hcl tab 200 mg</i>	\$0(1)	
<i>nefazodone hcl tab 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>nortriptyline hcl cap 10 mg</i>	\$0(2)	
<i>nortriptyline hcl cap 25 mg</i>	\$0(2)	
<i>nortriptyline hcl cap 50 mg</i>	\$0(2)	
<i>nortriptyline hcl cap 75 mg</i>	\$0(2)	
<i>nortriptyline hcl soln 10 mg/5ml</i>	\$0(2)	
<i>paroxetine hcl oral susp 10 mg/5ml (base equiv)</i>	\$0(2)	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>paroxetine hcl tab 10 mg</i>	\$0(2)	
<i>paroxetine hcl tab 20 mg</i>	\$0(2)	
<i>paroxetine hcl tab 30 mg</i>	\$0(2)	
<i>paroxetine hcl tab 40 mg</i>	\$0(2)	
<i>phenelzine sulfate tab 15 mg</i>	\$0(1)	
<i>protriptyline hcl tab 5 mg</i>	\$0(2)	
<i>protriptyline hcl tab 10 mg</i>	\$0(2)	
RALDESY SOL 10MG/ML	\$0(2)	QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>sertraline hcl oral concentrate for solution 20 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>sertraline hcl tab 25 mg</i>	\$0(1)	
<i>sertraline hcl tab 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>sertraline hcl tab 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>tranylcypromine sulfate tab 10 mg</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>trazodone hcl tab 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>trazodone hcl tab 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>trazodone hcl tab 150 mg</i>	\$0(1)	
<i>trimipramine maleate cap 25 mg</i>	\$0(2)	QL (120 caps / 30 days)
<i>trimipramine maleate cap 50 mg</i>	\$0(2)	QL (120 caps / 30 days)
<i>trimipramine maleate cap 100 mg</i>	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days)
TRINTELLIX TAB 5MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA
TRINTELLIX TAB 10MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA
TRINTELLIX TAB 20MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>venlafaxine hcl cap er 24hr 37.5 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>venlafaxine hcl cap er 24hr 75 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>venlafaxine hcl cap er 24hr 150 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>venlafaxine hcl tab 25 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>venlafaxine hcl tab 37.5 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>venlafaxine hcl tab 50 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>venlafaxine hcl tab 75 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>venlafaxine hcl tab 100 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>vilazodone hcl tab 10 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>vilazodone hcl tab 20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>vilazodone hcl tab 40 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ZURZUVAE CAP 20MG	\$0(2)	NDS, QL (28 caps / 14 days), NM, PA
ZURZUVAE CAP 25MG	\$0(2)	NDS, QL (28 caps / 14 days), NM, PA
ZURZUVAE CAP 30MG	\$0(2)	NDS, QL (14 caps / 14 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIPARKINSONIAN AGENTS - DRUGS TO TREAT PARKINSONS DISEASE		
<i>amantadine hcl cap 100 mg</i>	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days)
<i>amantadine hcl soln 50 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>amantadine hcl tab 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>benztropine mesylate inj 1 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>benztropine mesylate tab 0.5 mg</i>	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older
<i>benztropine mesylate tab 1 mg</i>	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older
<i>benztropine mesylate tab 2 mg</i>	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older
<i>bromocriptine mesylate cap 5 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>bromocriptine mesylate tab 2.5 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg</i>	\$0(1)	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i>	\$0(1)	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>entacapone tab 200 mg</i>	\$0(1)	
INBRIJA CAP 42MG	\$0(2)	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, PA
<i>pramipexole dihydrochloride tab 0.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>pramipexole dihydrochloride tab 0.25 mg</i>	\$0(1)	
<i>pramipexole dihydrochloride tab 0.75 mg</i>	\$0(1)	
<i>pramipexole dihydrochloride tab 0.125 mg</i>	\$0(1)	
<i>pramipexole dihydrochloride tab 1 mg</i>	\$0(1)	
<i>pramipexole dihydrochloride tab 1.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>rasagiline mesylate tab 0.5 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>rasagiline mesylate tab 1 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ropinirole hydrochloride tab 0.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>ropinirole hydrochloride tab 0.25 mg</i>	\$0(1)	
<i>ropinirole hydrochloride tab 1 mg</i>	\$0(1)	
<i>ropinirole hydrochloride tab 2 mg</i>	\$0(1)	
<i>ropinirole hydrochloride tab 3 mg</i>	\$0(1)	
<i>ropinirole hydrochloride tab 4 mg</i>	\$0(1)	
<i>ropinirole hydrochloride tab 5 mg</i>	\$0(1)	
<i>selegiline hcl cap 5 mg</i>	\$0(1)	
<i>selegiline hcl tab 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 **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>trihexyphenidyl hcl oral soln 0.4 mg/ml</i>	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older
<i>trihexyphenidyl hcl tab 2 mg</i>	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older
<i>trihexyphenidyl hcl tab 5 mg</i>	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older
ANTIPSYCHOTICS - DRUGS TO TREAT PSYCHOSES		
ABILIFY ASIM INJ 720MG	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 56 days)
ABILIFY ASIM INJ 960MG	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 56 days)
ABILIFY MAIN INJ 300MG	\$0(2)	NDS, QL (1 injection / 28 days)
ABILIFY MAIN INJ 300MG	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ABILIFY MAIN INJ 400MG	\$0(2)	NDS, QL (1 injection / 28 days)
ABILIFY MAIN INJ 400MG	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days)
<i>aripiprazole orally disintegrating tab 10 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), ST
<i>aripiprazole orally disintegrating tab 15 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), ST
<i>aripiprazole tab 2 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>aripiprazole tab 5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>aripiprazole tab 10 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>aripiprazole tab 15 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>aripiprazole tab 20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>aripiprazole tab 30 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ARISTADA INJ 441MG/1.	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ARISTADA INJ 662MG/2	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ARISTADA INJ 882MG/3	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ARISTADA INJ 1064MG	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 56 days)
ARISTADA INJ INITIO	\$0(2)	NDS
<i>asenapine maleate sl tab 2.5 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>asenapine maleate sl tab 5 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>asenapine maleate sl tab 10 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
CAPLYTA CAP 10.5MG	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days)
CAPLYTA CAP 21MG	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days)
CAPLYTA CAP 42MG	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days)
<i>chlorpromazine hcl conc 30 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>chlorpromazine hcl conc 100 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>chlorpromazine hcl inj 25 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>chlorpromazine hcl inj 50 mg/2ml</i>	\$0(1)	
<i>chlorpromazine hcl tab 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>chlorpromazine hcl tab 25 mg</i>	\$0(1)	
<i>chlorpromazine hcl tab 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>chlorpromazine hcl tab 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>chlorpromazine hcl tab 200 mg</i>	\$0(1)	
<i>clozapine orally disintegrating tab 12.5 mg</i>	\$0(1)	PA
<i>clozapine orally disintegrating tab 25 mg</i>	\$0(1)	PA
<i>clozapine orally disintegrating tab 100 mg</i>	\$0(1)	QL (270 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine orally disintegrating tab 150 mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine orally disintegrating tab 200 mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine tab 25 mg</i>	\$0(1)	
<i>clozapine tab 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>clozapine tab 100 mg</i>	\$0(1)	QL (270 tabs / 30 days)
<i>clozapine tab 200 mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
COBENFY CAP 50-20MG	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA
COBENFY CAP 100-20MG	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA
COBENFY CAP 125-30MG	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA
COBENFY STRT CAP PACK	\$0(2)	NDS, QL (2 packs / year), PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ERZOFRI INJ 39/0.25	\$0(2)	QL (1 syringe / 28 days)
ERZOFRI INJ 78/0.5ML	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ERZOFRI INJ 117/0.75	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ERZOFRI INJ 156MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ERZOFRI INJ 234/1.5	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ERZOFRI INJ 351/2.25	\$0(2)	NDS, QL (2 syringes / year)
FANAPT PAK PACK A	\$0(2)	QL (2 packs / year), PA
FANAPT PAK PACK B	\$0(2)	QL (2 packs / year), PA
FANAPT PAK PACK C	\$0(2)	QL (2 packs / year), PA
FANAPT TAB 1MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
FANAPT TAB 2MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
FANAPT TAB 4MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
FANAPT TAB 6MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
FANAPT TAB 8MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
FANAPT TAB 10MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
FANAPT TAB 12MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>fluphenazine decanoate inj 25 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>fluphenazine hcl elixir 2.5 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>fluphenazine hcl inj 2.5 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>fluphenazine hcl oral conc 5 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>fluphenazine hcl tab 1 mg</i>	\$0(1)	
<i>fluphenazine hcl tab 2.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>fluphenazine hcl tab 5 mg</i>	\$0(1)	
<i>fluphenazine hcl tab 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>haloperidol decanoate im soln 50 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>haloperidol decanoate im soln 100 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 **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>haloperidol lactate inj 5 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>haloperidol lactate oral conc 2 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>haloperidol tab 0.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>haloperidol tab 1 mg</i>	\$0(1)	
<i>haloperidol tab 2 mg</i>	\$0(1)	
<i>haloperidol tab 5 mg</i>	\$0(1)	
<i>haloperidol tab 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>haloperidol tab 20 mg</i>	\$0(1)	
INVEGA HAFYE INJ 1092MG	\$0(2)	NDS, QL (1 injection / 180 days)
INVEGA HAFYE INJ 1560MG	\$0(2)	NDS, QL (1 injection / 180 days)
INVEGA SUST INJ 39/0.25	\$0(2)	QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA SUST INJ 78/0.5ML	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA SUST INJ 117/0.75	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA SUST INJ 156MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA SUST INJ 234/1.5	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA TRINZ INJ 273MG	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 90 days)
INVEGA TRINZ INJ 410MG	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 90 days)
INVEGA TRINZ INJ 546MG	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 90 days)
INVEGA TRINZ INJ 819MG	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 90 days)
<i>loxapine succinate cap 5 mg</i>	\$0(1)	
<i>loxapine succinate cap 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>loxapine succinate cap 25 mg</i>	\$0(1)	
<i>loxapine succinate cap 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>lurasidone hcl tab 20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lurasidone hcl tab 40 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lurasidone hcl tab 60 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lurasidone hcl tab 80 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>lurasidone hcl tab 120 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 5-10MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 10-10MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 15-10MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 20-10MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>molindone hcl tab 5 mg</i>	\$0(1)	
<i>molindone hcl tab 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>molindone hcl tab 25 mg</i>	\$0(1)	
NUPLAZID CAP 34MG	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
NUPLAZID TAB 10MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>olanzapine for im inj 10 mg</i>	\$0(1)	QL (3 vials / 1 day)
<i>olanzapine orally disintegrating tab 5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), ST
<i>olanzapine orally disintegrating tab 10 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), ST
<i>olanzapine orally disintegrating tab 15 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), ST
<i>olanzapine orally disintegrating tab 20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), ST
<i>olanzapine tab 2.5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olanzapine tab 5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olanzapine tab 7.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olanzapine tab 10 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olanzapine tab 15 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olanzapine tab 20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
OPIPZA MIS 2MG	\$0(2)	NDS, QL (30 films / 30 days), PA
OPIPZA MIS 5MG	\$0(2)	NDS, QL (30 films / 30 days), PA
OPIPZA MIS 10MG	\$0(2)	NDS, QL (90 films / 30 days), PA
<i>paliperidone tab er 24hr 1.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>paliperidone tab er 24hr 3 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>paliperidone tab er 24hr 6 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>paliperidone tab er 24hr 9 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>perphenazine tab 2 mg</i>	\$0(1)	
<i>perphenazine tab 4 mg</i>	\$0(1)	
<i>perphenazine tab 8 mg</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>perphenazine tab 16 mg</i>	\$0(1)	
<i>pimozide tab 1 mg</i>	\$0(1)	
<i>pimozide tab 2 mg</i>	\$0(1)	
<i>quetiapine fumarate tab 25 mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate tab 50 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate tab 100 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate tab 150 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate tab 200 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate tab 300 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate tab 400 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate tab er 24hr 50 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>quetiapine fumarate tab er 24hr 150 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>quetiapine fumarate tab er 24hr 200 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>quetiapine fumarate tab er 24hr 300 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>quetiapine fumarate tab er 24hr 400 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
REXULTI TAB 0.5MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
REXULTI TAB 0.25MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
REXULTI TAB 1MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
REXULTI TAB 2MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
REXULTI TAB 3MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
REXULTI TAB 4MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
<i>risperidone microspheres for im extended rel susp 12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (2 injections / 28 days)
<i>risperidone microspheres for im extended rel susp 25 mg</i>	\$0(1)	QL (2 injections / 28 days)
<i>risperidone microspheres for im extended rel susp 37.5 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (2 injections / 28 days)
<i>risperidone microspheres for im extended rel susp 50 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (2 injections / 28 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>risperidone orally disintegrating tab 0.5 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone orally disintegrating tab 0.25 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone orally disintegrating tab 1 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone orally disintegrating tab 2 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone orally disintegrating tab 3 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone orally disintegrating tab 4 mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone soln 1 mg/ml</i>	\$0(1)	QL (240 mL / 30 days)
<i>risperidone tab 0.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>risperidone tab 0.25 mg</i>	\$0(1)	
<i>risperidone tab 1 mg</i>	\$0(1)	
<i>risperidone tab 2 mg</i>	\$0(1)	
<i>risperidone tab 3 mg</i>	\$0(1)	
<i>risperidone tab 4 mg</i>	\$0(1)	
SECUADO DIS 3.8MG	\$0(2)	NDS, QL (30 patches / 30 days)
SECUADO DIS 5.7MG	\$0(2)	NDS, QL (30 patches / 30 days)
SECUADO DIS 7.6MG	\$0(2)	NDS, QL (30 patches / 30 days)
<i>thioridazine hcl tab 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>thioridazine hcl tab 25 mg</i>	\$0(1)	
<i>thioridazine hcl tab 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>thioridazine hcl tab 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>thiothixene cap 1 mg</i>	\$0(1)	
<i>thiothixene cap 2 mg</i>	\$0(1)	
<i>thiothixene cap 5 mg</i>	\$0(1)	
<i>thiothixene cap 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>trifluoperazine hcl tab 1 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>trifluoperazine hcl tab 2 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>trifluoperazine hcl tab 5 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>trifluoperazine hcl tab 10 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	
VERSACLOZ SUS 50MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA
VRAYLAR CAP 1.5MG	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days)
VRAYLAR CAP 3MG	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days)
VRAYLAR CAP 4.5MG	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days)
VRAYLAR CAP 6MG	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days)
<i>ziprasidone hcl cap 20 mg</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>ziprasidone hcl cap 40 mg</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>ziprasidone hcl cap 60 mg</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>ziprasidone hcl cap 80 mg</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>ziprasidone mesylate for inj 20 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	QL (6 injections / 3 days)
ZYPREXA RELP INJ 210MG	\$0(2)	QL (2 vials / 28 days), NM, PA
ZYPREXA RELP INJ 300MG	\$0(2)	NDS, QL (2 vials / 28 days), NM, PA
ZYPREXA RELP INJ 405MG	\$0(2)	NDS, QL (1 vial / 28 days), NM, PA
ANTIEPILEPTIC AGENTS		
APTIOM TAB 200MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
APTIOM TAB 400MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
APTIOM TAB 600MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
APTIOM TAB 800MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
BRIVIACT SOL 10MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA
BRIVIACT TAB 10MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
BRIVIACT TAB 25MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BRIVIACT TAB 50MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
BRIVIACT TAB 75MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
BRIVIACT TAB 100MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>carbamazepine cap er 12hr 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbamazepine cap er 12hr 200 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbamazepine cap er 12hr 300 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbamazepine chew tab 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbamazepine chew tab 200 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbamazepine susp 100 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>carbamazepine tab 200 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbamazepine tab er 12hr 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbamazepine tab er 12hr 200 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbamazepine tab er 12hr 400 mg</i>	\$0(1)	
<i>clobazam suspension 2.5 mg/ml</i>	\$0(1)	QL (480 mL / 30 days), PA
<i>clobazam tab 10 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>clobazam tab 20 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>clonazepam orally disintegrating tab 0.5 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>clonazepam orally disintegrating tab 0.25 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>clonazepam orally disintegrating tab 0.125 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>clonazepam orally disintegrating tab 1 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>clonazepam orally disintegrating tab 2 mg</i>	\$0(1)	QL (300 tabs / 30 days)
<i>clonazepam tab 0.5 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>clonazepam tab 1 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>clonazepam tab 2 mg</i>	\$0(1)	QL (300 tabs / 30 days)
<i>clorazepate dipotassium tab 3.75 mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clorazepate dipotassium tab 7.5 mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>clorazepate dipotassium tab 15 mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
DIACOMIT CAP 250MG	\$0(2)	NDS, QL (360 caps / 30 days), NM, PA
DIACOMIT CAP 500MG	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
DIACOMIT PAK 250MG	\$0(2)	NDS, QL (360 packets / 30 days), NM, PA
DIACOMIT PAK 500MG	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA
<i>diazepam inj</i>	\$0(1)	
<i>diazepam intensol</i>	\$0(1)	QL (240 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
<i>diazepam oral soln 1 mg/ml</i>	\$0(1)	QL (1200 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
<i>diazepam rectal gel delivery system 2.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>diazepam rectal gel delivery system 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>diazepam rectal gel delivery system 20 mg</i>	\$0(1)	
<i>diazepam tab 2 mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diazepam tab 5 mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
<i>diazepam tab 10 mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
DILANTIN CAP 30MG	\$0(2)	
<i>divalproex sodium cap delayed release sprinkle 125 mg</i>	\$0(1)	
<i>divalproex sodium tab delayed release 125 mg</i>	\$0(1)	
<i>divalproex sodium tab delayed release 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>divalproex sodium tab delayed release 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>divalproex sodium tab er 24 hr 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>divalproex sodium tab er 24 hr 500 mg</i>	\$0(1)	
EPIDIOLEX SOL 100MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (600 mL / 30 days), NM, PA
<i>epitol tab 200mg</i>	\$0(1)	
EPRONTIA SOL 25MG/ML	\$0(2)	QL (480 mL / 30 days), PA
<i>eslicarbazepine acetate tab 200 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>eslicarbazepine acetate tab 400 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>eslicarbazepine acetate tab 600 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>eslicarbazepine acetate tab 800 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>ethosuximide cap 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>ethosuximide soln 250 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>felbamate susp 600 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>felbamate tab 400 mg</i>	\$0(1)	
<i>felbamate tab 600 mg</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FINTEPLA SOL 2.2MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (360 mL / 30 days), NM, PA
FYCOMPA SUS 0.5MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (720 mL / 30 days), PA
FYCOMPA TAB 2MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA
FYCOMPA TAB 4MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
FYCOMPA TAB 6MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
FYCOMPA TAB 8MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
FYCOMPA TAB 10MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
FYCOMPA TAB 12MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>gabapentin cap 100 mg</i>	\$0(1)	QL (360 caps / 30 days)
<i>gabapentin cap 300 mg</i>	\$0(1)	QL (360 caps / 30 days)
<i>gabapentin cap 400 mg</i>	\$0(1)	QL (270 caps / 30 days)
<i>gabapentin oral soln 250 mg/5ml</i>	\$0(1)	QL (2160 mL / 30 days)
<i>gabapentin tab 600 mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>gabapentin tab 800 mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide iv inj 200 mg/20ml (10 mg/ml)</i>	\$0(1)	
<i>lacosamide oral</i>	\$0(1)	QL (1200 mL / 30 days)
<i>lacosamide tab 50 mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide tab 100 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>lacosamide tab 150 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>lacosamide tab 200 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>lamotrigine tab 25 mg</i>	\$0(1)	
<i>lamotrigine tab 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>lamotrigine tab 150 mg</i>	\$0(1)	
<i>lamotrigine tab 200 mg</i>	\$0(1)	
<i>lamotrigine tab chewable dispersible 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 **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lamotrigine tab chewable dispersible 25 mg</i>	\$0(1)	
<i>lamotrigine tab er 24hr 25 mg</i>	\$0(1)	ST
<i>lamotrigine tab er 24hr 50 mg</i>	\$0(1)	ST
<i>lamotrigine tab er 24hr 100 mg</i>	\$0(1)	ST
<i>lamotrigine tab er 24hr 200 mg</i>	\$0(1)	ST
<i>lamotrigine tab er 24hr 250 mg</i>	\$0(1)	ST
<i>lamotrigine tab er 24hr 300 mg</i>	\$0(1)	ST
LEVETIRACETA TAB 250MG	\$0(2)	QL (360 tabs / 30 days)
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>	\$0(1)	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	\$0(1)	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	\$0(1)	
<i>levetiracetam inj 500 mg/5ml (100 mg/ml)</i>	\$0(1)	
<i>levetiracetam oral soln 100 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>levetiracetam tab 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>levetiracetam tab 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>levetiracetam tab 750 mg</i>	\$0(1)	
<i>levetiracetam tab 1000 mg</i>	\$0(1)	
<i>levetiracetam tab er 24hr 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>levetiracetam tab er 24hr 750 mg</i>	\$0(1)	
<i>methsuximide cap 300 mg</i>	\$0(1)	
NAYZILAM SPR 5MG	\$0(2)	QL (10 nasal units / 30 days)
<i>oxcarbazepine susp 300 mg/5ml (60 mg/ml)</i>	\$0(1)	
<i>oxcarbazepine tab 150 mg</i>	\$0(1)	
<i>oxcarbazepine tab 300 mg</i>	\$0(1)	
<i>oxcarbazepine tab 600 mg</i>	\$0(1)	
<i>perampanel tab 2 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>perampanel tab 4 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>perampanel tab 6 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>perampanel tab 8 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>perampanel tab 10 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>perampanel tab 12 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>phenobarbital elixir 20 mg/5ml</i>	\$0(2)	QL (1500 mL / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>phenobarbital sodium inj 65 mg/ml</i>	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older
<i>phenobarbital sodium inj 130 mg/ml</i>	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older
<i>phenobarbital tab 15 mg</i>	\$0(2)	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>phenobarbital tab 16.2 mg</i>	\$0(2)	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>phenobarbital tab 30 mg</i>	\$0(2)	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>phenobarbital tab 32.4 mg</i>	\$0(2)	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>phenobarbital tab 60 mg</i>	\$0(2)	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>phenobarbital tab 64.8 mg</i>	\$0(2)	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>phenobarbital tab 97.2 mg</i>	\$0(2)	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies 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 **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>phenobarbital tab 100 mg</i>	\$0(2)	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>phenytek</i>	\$0(1)	
<i>phenytoin chew tab 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>phenytoin sodium extended cap 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>phenytoin sodium extended cap 200 mg</i>	\$0(1)	
<i>phenytoin sodium extended cap 300 mg</i>	\$0(1)	
<i>phenytoin sodium inj 50 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>phenytoin susp 125 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>pregabalin cap 25 mg</i>	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin cap 50 mg</i>	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin cap 75 mg</i>	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin cap 100 mg</i>	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin cap 150 mg</i>	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin cap 200 mg</i>	\$0(1)	QL (90 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin cap 225 mg</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin cap 300 mg</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin soln 20 mg/ml</i>	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>primidone tab 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>primidone tab 125 mg</i>	\$0(1)	
<i>primidone tab 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>roweepira</i>	\$0(1)	
<i>rufinamide susp 40 mg/ml</i>	\$0(2)	NDS, QL (2400 mL / 30 days), PA
<i>rufinamide tab 200 mg</i>	\$0(1)	QL (480 tabs / 30 days), PA
<i>rufinamide tab 400 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), PA
SPRITAM TAB 250MG	\$0(2)	QL (360 tabs / 30 days)
SPRITAM TAB 500MG	\$0(2)	QL (180 tabs / 30 days)
SPRITAM TAB 750MG	\$0(2)	QL (120 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SPRITAM TAB 1000MG	\$0(2)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>subvenite</i>	\$0(1)	
SYMPAZAN MIS 5MG	\$0(2)	NDS, QL (60 films / 30 days), PA
SYMPAZAN MIS 10MG	\$0(2)	NDS, QL (60 films / 30 days), PA
SYMPAZAN MIS 20MG	\$0(2)	NDS, QL (60 films / 30 days), PA
<i>tiagabine hcl tab 2 mg</i>	\$0(1)	
<i>tiagabine hcl tab 4 mg</i>	\$0(1)	
<i>tiagabine hcl tab 12 mg</i>	\$0(1)	
<i>tiagabine hcl tab 16 mg</i>	\$0(1)	
<i>topiramate oral soln 25 mg/ml</i>	\$0(1)	QL (480 mL / 30 days), PA
<i>topiramate sprinkle cap 15 mg</i>	\$0(1)	
<i>topiramate sprinkle cap 25 mg</i>	\$0(1)	
<i>topiramate sprinkle cap 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>topiramate tab 25 mg</i>	\$0(1)	
<i>topiramate tab 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>topiramate tab 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>topiramate tab 200 mg</i>	\$0(1)	
<i>valproate sodium inj 100 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>valproate sodium oral soln 250 mg/5ml (base equiv)</i>	\$0(1)	
<i>valproic acid cap 250 mg</i>	\$0(1)	
VALTOCO SPR 5MG	\$0(2)	QL (10 blister packs / 30 days)
VALTOCO SPR 10MG	\$0(2)	QL (10 blister packs / 30 days)
VALTOCO SPR 15MG	\$0(2)	QL (10 blister packs / 30 days)
VALTOCO SPR 20MG	\$0(2)	QL (10 blister packs / 30 days)
<i>vigabatrin powd pack 500 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>vigabatrin tab 500 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
<i>vigadrone</i>	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA
<i>vigadrone</i>	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
VIGAFYDE SOL 100MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (900 mL / 30 days), NM, PA
<i>vigpoder</i>	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA
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)
XCOPRI TAB 25MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
XCOPRI TAB 50MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
XCOPRI TAB 100MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
XCOPRI TAB 150MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
XCOPRI TAB 200MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
ZONISADE SUS 100MG/5	\$0(2)	NDS, QL (900 mL / 30 days), PA
<i>zonisamide cap 25 mg</i>	\$0(1)	
<i>zonisamide cap 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>zonisamide cap 100 mg</i>	\$0(1)	
ZTALMY SUS 50MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (1100 mL / 30 days), NM, PA
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER - DRUGS TO TREAT ADHD		
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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 cap 10 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl cap 18 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl cap 25 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl cap 40 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl cap 60 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl cap 80 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl cap 100 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dexmethylphenidate hcl tab 2.5 mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>dexmethylphenidate hcl tab 5 mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>dexmethylphenidate hcl tab 10 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>guanfacine hcl tab er 24hr 1 mg (base equiv)</i>	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>guanfacine hcl tab er 24hr 2 mg (base equiv)</i>	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>guanfacine hcl tab er 24hr 3 mg (base equiv)</i>	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>guanfacine hcl tab er 24hr 4 mg (base equiv)</i>	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>methylphenidate hcl soln 5 mg/5ml</i>	\$0(1)	QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl soln 10 mg/5ml</i>	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl tab 5 mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl tab 10 mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl tab 20 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl tab er 10 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl tab er 20 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
HYPNOTICS - DRUGS TO TREAT INSOMNIA		
DAYVIGO TAB 5MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
DAYVIGO TAB 10MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl (sleep) tab 3 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl (sleep) tab 6 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>eszopiclone tab 1 mg</i>	\$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>eszopiclone tab 2 mg</i>	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>eszopiclone tab 3 mg</i>	\$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 capsule 20 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>temazepam cap 7.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>temazepam cap 15 mg</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>temazepam cap 30 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>zaleplon cap 5 mg</i>	\$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 cap 10 mg</i>	\$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 tab 5 mg</i>	\$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>zolpidem tartrate tab 10 mg</i>	\$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 INJ 70MG/ML	\$0(2)	QL (1 pen / 30 days), NM, PA
AIMOVIG INJ 140MG/ML	\$0(2)	QL (1 pen / 30 days), NM, PA
<i>dihydroergotamine mesylate inj 1 mg/ml</i>	\$0(2)	NDS

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dihydroergotamine mesylate nasal spray 4 mg/ml</i>	\$0(2)	NDS, QL (8 mL / 30 days), PA
EMGALITY INJ 100MG/ML	\$0(2)	QL (3 syringes / 30 days), NM, PA
EMGALITY INJ 120MG/ML	\$0(2)	QL (2 pens / 30 days), NM, PA
EMGALITY INJ 120MG/ML	\$0(2)	QL (2 syringes / 30 days), NM, PA
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	\$0(1)	QL (40 tabs / 28 days), PA
<i>naratriptan hcl tab 1 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (12 tabs / 30 days)
<i>naratriptan hcl tab 2.5 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (12 tabs / 30 days)
NURTEC TAB 75MG ODT	\$0(2)	QL (16 tabs / 30 days), PA
QULIPTA TAB 10MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA
QULIPTA TAB 30MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA
QULIPTA TAB 60MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>rizatriptan benzoate oral disintegrating tab 5 mg (base eq)</i>	\$0(1)	QL (18 tabs / 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral disintegrating tab 10 mg (base eq)</i>	\$0(1)	QL (18 tabs / 30 days)
<i>rizatriptan benzoate tab 5 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	QL (18 tabs / 30 days)
<i>rizatriptan benzoate tab 10 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	QL (18 tabs / 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray 5 mg/act</i>	\$0(1)	QL (24 units / 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray 20 mg/act</i>	\$0(1)	QL (12 units / 30 days)
<i>sumatriptan succinate inj 6 mg/0.5ml</i>	\$0(1)	QL (12 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate solution auto-injector 4 mg/0.5ml</i>	\$0(1)	QL (18 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	\$0(1)	QL (12 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate solution cartridge 4 mg/0.5ml</i>	\$0(1)	QL (18 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate solution cartridge 6 mg/0.5ml</i>	\$0(1)	QL (12 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate tab 25 mg</i>	\$0(1)	QL (12 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sumatriptan succinate tab 50 mg</i>	\$0(1)	QL (12 tabs / 30 days)
<i>sumatriptan succinate tab 100 mg</i>	\$0(1)	QL (12 tabs / 30 days)
UBRELVY TAB 50MG	\$0(2)	QL (16 tabs / 30 days), PA
UBRELVY TAB 100MG	\$0(2)	QL (16 tabs / 30 days), PA
MISCELLANEOUS		
AUSTEDO TAB 6MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO TAB 9MG	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO TAB 12MG	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TAB 6MG	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TAB 12MG	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TAB 18MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TAB 24MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TAB 30MG ER	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TAB 36MG ER	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TAB 42MG ER	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TAB 48MG ER	\$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 carbonate cap 150 mg</i>	\$0(1)	
<i>lithium carbonate cap 300 mg</i>	\$0(1)	
<i>lithium carbonate cap 600 mg</i>	\$0(1)	
<i>lithium carbonate tab 300 mg</i>	\$0(1)	
<i>lithium carbonate tab er 300 mg</i>	\$0(1)	
<i>lithium carbonate tab er 450 mg</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	\$0(1)	
NUEDEXTA CAP 20-10MG	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pyridostigmine bromide tab 60 mg</i>	\$0(1)	
<i>riluzole tab 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>tetrabenazine tab 12.5 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>tetrabenazine tab 25 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - DRUGS TO TREAT MULTIPLE SCLEROSIS		
BAFIERTAM CAP 95MG	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
BETASERON INJ 0.3MG	\$0(2)	NDS, QL (14 syringes / 28 days), NM, PA
COPAXONE INJ 20MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
COPAXONE INJ 40MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
<i>dalfampridine tab er 12hr 10 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>fingolimod hcl cap 0.5 mg (base equiv)</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>glatiramer acetate soln prefilled syringe 20 mg/ml</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
<i>glatiramer acetate soln prefilled syringe 40 mg/ml</i>	\$0(2)	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
<i>glatopa</i>	\$0(2)	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
<i>glatopa</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
KESIMPTA INJ 20/.4ML	\$0(2)	NDS, QL (16 pens / 365 days), NM, PA
MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS - DRUGS TO TREAT MUSCLE SPASMS		
<i>baclofen tab 5 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>baclofen tab 10 mg</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>baclofen tab 20 mg</i>	\$0(1)	
<i>carisoprodol tab 350 mg</i>	\$0(2)	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>cyclobenzaprine hcl tab 5 mg</i>	\$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>cyclobenzaprine hcl tab 10 mg</i>	\$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 cap 25 mg</i>	\$0(1)	
<i>dantrolene sodium cap 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>dantrolene sodium cap 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>methocarbamol tab 500 mg</i>	\$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 tab 750 mg</i>	\$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 tab 2 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>tizanidine hcl tab 4 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	
NARCOLEPSY/CATAPLEXY - DRUGS FOR SLEEP DISORDERS		
<i>armodafinil tab 50 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>armodafinil tab 150 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>armodafinil tab 200 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>armodafinil tab 250 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>modafinil tab 100 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>modafinil tab 200 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SOD OXYBATE SOL 500MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (540 mL / 30 days), NM, PA
PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC		
<i>acamprosate calcium tab delayed release 333 mg</i>	\$0(1)	
<i>buprenorphine hcl sl tab 2 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl sl tab 8 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (60 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deterrent) tab er 12hr 150 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>disulfiram tab 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>disulfiram tab 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>ft nicotine</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nicotine gum</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nicotine mini lozenge</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nicotine polacrilex</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nicotine polacrilex m</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nicotine transdermal</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense nicotine</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense nicotine gum</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense nicotine polacr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm nicotine polacrilex</i>	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
KLOXXADO SPR 8MG	\$0(2)	
<i>naloxone hcl inj 0.4 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>naloxone hcl inj 4 mg/10ml</i>	\$0(1)	
<i>naloxone hcl nasal spray 4 mg/0.1ml</i>	\$0(1)	
<i>naloxone hcl nasal spray 4 mg/0.1ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>naloxone hcl soln cartridge 0.4 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>naloxone hcl soln prefilled syringe 0.4 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>naloxone hcl soln prefilled syringe 2 mg/2ml</i>	\$0(1)	
<i>naltrexone hcl tab 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>nicotine mini lozenge</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nicotine polacrilex gum 2 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nicotine polacrilex gum 4 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nicotine polacrilex lozenge 2 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nicotine polacrilex lozenge 4 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nicotine polacrilex mini</i>	\$0(3)	NM; *
NICOTINE SYS KIT TRANSDER	\$0(3)	NM; *
<i>nicotine td patch 24hr 7 mg/24hr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nicotine td patch 24hr 14 mg/24hr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nicotine td patch 24hr 21 mg/24hr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nicotine transdermal syst</i>	\$0(3)	NM; *
NICOTROL INH	\$0(2)	
NICOTROL NS SPR 10MG/ML	\$0(2)	
<i>sm nicotine</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm nicotine polacrilex</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm nicotine transdermal s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>varenicline tartrate tab 0.5 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (56 tabs / 28 days)
<i>varenicline tartrate tab 1 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (56 tabs / 28 days)
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack</i>	\$0(1)	QL (2 packs / year)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VIVITROL INJ 380MG	\$0(2)	NDS, NM
ENDOCRINE AND METABOLIC - DRUGS TO TREAT DIABETES AND REGULATE HORMONES		
ANDROGENS - DRUGS TO REGULATE MALE HORMONES		
<i>danazol cap 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>danazol cap 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>danazol cap 200 mg</i>	\$0(1)	
<i>depo-testosterone</i>	\$0(1)	PA
<i>methyltestosterone cap 10 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (600 caps / 30 days), PA
<i>testosterone cypionate im inj in oil 100 mg/ml</i>	\$0(1)	PA
<i>testosterone cypionate im inj in oil 200 mg/ml</i>	\$0(1)	PA
<i>testosterone enanthate im inj in oil 200 mg/ml</i>	\$0(1)	PA
<i>testosterone pump</i>	\$0(1)	QL (150 gm / 30 days), PA
<i>testosterone td gel 12.5 mg/act (1%)</i>	\$0(1)	QL (300 gm / 30 days), PA
<i>testosterone td gel 25 mg/2.5gm (1%)</i>	\$0(1)	QL (300 gm / 30 days), PA
<i>testosterone td gel 50 mg/5gm (1%)</i>	\$0(1)	QL (300 gm / 30 days), PA
ANTIDIABETICS		
<i>acarbose tab 25 mg</i>	\$0(1)	
<i>acarbose tab 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>acarbose tab 100 mg</i>	\$0(1)	
FARXIGA TAB 5MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
FARXIGA TAB 10MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>glimepiride tab 1 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glimepiride tab 2 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glimepiride tab 4 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide tab 5 mg</i>	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide tab 10 mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide tab er 24hr 2.5 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide tab er 24hr 5 mg</i>	\$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 **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>glipizide tab er 24hr 10 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-500MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-500MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 100-1000	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
JANUVIA TAB 25MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
JANUVIA TAB 50MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
JANUVIA TAB 100MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
JARDIANCE TAB 10MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
JARDIANCE TAB 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 tab 500 mg</i>	\$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl tab 850 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl tab 1000 mg</i>	\$0(1)	QL (75 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl tab er 24hr 500 mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metformin hcl tab er 24hr 750 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
MOUNJARO INJ 2.5/0.5	\$0(2)	QL (4 pens / 28 days), PA
MOUNJARO INJ 5MG/0.5	\$0(2)	QL (4 pens / 28 days), PA
MOUNJARO INJ 7.5/0.5	\$0(2)	QL (4 pens / 28 days), PA
MOUNJARO INJ 10MG/0.5	\$0(2)	QL (4 pens / 28 days), PA
MOUNJARO INJ 12.5/0.5	\$0(2)	QL (4 pens / 28 days), PA
MOUNJARO INJ 15MG/0.5	\$0(2)	QL (4 pens / 28 days), PA
<i>nateglinide tab 60 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>nateglinide tab 120 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE)	\$0(2)	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (1MG/DOSE)	\$0(2)	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (2MG/DOSE)	\$0(2)	QL (1 pen / 28 days), PA
<i>pioglitazone hcl tab 15 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>pioglitazone hcl tab 30 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>pioglitazone hcl tab 45 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-500 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>repaglinide tab 0.5 mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>repaglinide tab 1 mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>repaglinide tab 2 mg</i>	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
RYBELSUS TAB 3MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA
RYBELSUS TAB 7MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA
RYBELSUS TAB 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)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 TAB 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 INJ 0.75/0.5	\$0(2)	QL (4 pens / 28 days), PA
TRULICITY INJ 1.5/0.5	\$0(2)	QL (4 pens / 28 days), PA
TRULICITY INJ 3/0.5	\$0(2)	QL (4 pens / 28 days), PA
TRULICITY INJ 4.5/0.5	\$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 INJ 100U/ML	\$0(2)	
ADMELOG SOLO INJ 100U/ML	\$0(2)	
ALCOHOL SWABS: BD-EMBECTA/MHC/RUGBY	\$0(2)	PA
BASAGLAR INJ 100UNIT	\$0(2)	
CEQUR SIMPL KIT PATCH 2U (3-DAY)	\$0(2)	QL (10 patches / 30 days), PA
CEQUR SIMPL KIT PATCH 2U (4-DAY)	\$0(2)	QL (8 patches / 24 days), PA
CEQUR SIMPL MIS INSERTER	\$0(2)	QL (2 inserters / year), PA
FIASP FLEX INJ TOUCH	\$0(2)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FIASP INJ 100/ML	\$0(2)	
FIASP PENFIL INJ U-100	\$0(2)	
FIASP PMPCRT INJ U-100	\$0(2)	B/D
GAUZE PADS 2" X 2"	\$0(2)	PA
HUMULIN R INJ U-500	\$0(2)	NDS
HUMULIN R INJ U-500	\$0(2)	NDS, B/D
INSULIN PEN NEEDLES: BD-EMBECTA	\$0(2)	PA
INSULIN SAFETY NEEDLES: BD-EMBECTA	\$0(2)	PA
INSULIN SYRINGES: BD-EMBECTA	\$0(2)	PA
NOVOLIN INJ 70/30	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN INJ 70/30 FP	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N INJ 100 UNIT	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N INJ U-100	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R INJ 100 UNIT	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R INJ U-100	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLOG INJ 100/ML	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLOG INJ FLEXPEN	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLOG INJ PENFILL	\$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 5 L2 KIT INTRO G6	\$0(2)	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 L2 MIS PODS G6	\$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 **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el 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 INJ 300/ML	\$0(2)	
TOUJEO SOLO INJ 300/ML	\$0(2)	
TRESIBA FLEX INJ 100UNIT	\$0(2)	
TRESIBA FLEX INJ 200UNIT	\$0(2)	
TRESIBA INJ 100UNIT	\$0(2)	
XULTOPHY INJ 100/3.6	\$0(2)	QL (5 pens / 30 days)
CALCIUM REGULATORS		
<i>alendronate sodium oral soln 70 mg/75ml</i>	\$0(1)	ST
<i>alendronate sodium tab 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>alendronate sodium tab 35 mg</i>	\$0(1)	
<i>alendronate sodium tab 70 mg</i>	\$0(1)	
BONSITY INJ 560/2.24	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>calcitonin (salmon) spray</i>	\$0(1)	B/D
<i>ibandronate sodium tab 150 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	B/D
<i>pamidronate disodium iv soln 3 mg/ml</i>	\$0(1)	B/D
<i>pamidronate disodium iv soln 9 mg/ml</i>	\$0(1)	B/D
PAMIDRONATE INJ 6MG/ML	\$0(2)	B/D
PROLIA INJ 60MG/ML	\$0(2)	QL (1 syringe / 180 days), NM
<i>risedronate sodium tab 5 mg</i>	\$0(1)	
<i>risedronate sodium tab 35 mg</i>	\$0(1)	
<i>risedronate sodium tab 150 mg</i>	\$0(1)	
<i>risedronate sodium tab delayed release 35 mg</i>	\$0(1)	ST
TERIPARATIDE INJ 560/2.24	\$0(2)	NDS, NM, PA; (ALVOGEN product)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
WYOST INJ 120/1.7	\$0(2)	NDS, NM, PA
XGEVA INJ	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>zoledronic acid inj conc for iv infusion 4 mg/5ml</i>	\$0(1)	B/D, NM
<i>zoledronic acid iv soln 5 mg/100ml</i>	\$0(1)	B/D, NM
CHELATING AGENTS		
CHEMET CAP 100MG	\$0(2)	NDS
<i>deferasirox tab 90 mg</i>	\$0(1)	NM, PA
<i>deferasirox tab 180 mg</i>	\$0(2)	NM, PA
<i>deferasirox tab 360 mg</i>	\$0(2)	NM, PA
<i>deferasirox tab for oral susp 125 mg</i>	\$0(1)	NM, PA
<i>deferasirox tab for oral susp 250 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>deferasirox tab for oral susp 500 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>kionex</i>	\$0(1)	
LOKELMA PAK 5GM	\$0(2)	
LOKELMA PAK 10GM	\$0(2)	
<i>penicillamine tab 250 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	\$0(1)	
<i>sps</i>	\$0(1)	
<i>sps rectal</i>	\$0(1)	
<i>trientine hcl cap 250 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM, PA
CONTRACEPTIVES - DRUGS FOR BIRTH CONTROL		
<i>afirmelle</i>	\$0(1)	
<i>altavera</i>	\$0(1)	
<i>alyacen 1/35</i>	\$0(1)	
<i>alyacen 7/7/7</i>	\$0(1)	
<i>amethia tab</i>	\$0(1)	
<i>amethyst</i>	\$0(1)	
<i>apri</i>	\$0(1)	
<i>aranelle</i>	\$0(1)	
<i>ashlyna</i>	\$0(1)	
<i>aubra eq</i>	\$0(1)	
<i>aurovela 1/20</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>aurovela 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>aurovela fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>aviane</i>	\$0(1)	
<i>ayuna</i>	\$0(1)	
<i>azurette</i>	\$0(1)	
<i>balziva</i>	\$0(1)	
<i>blisovi 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>briellyn</i>	\$0(1)	
<i>camila</i>	\$0(1)	
<i>camrese</i>	\$0(1)	
<i>camrese lo</i>	\$0(1)	
<i>chateal eq</i>	\$0(1)	
<i>cryselle-28</i>	\$0(1)	
<i>curae</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cyred eq</i>	\$0(1)	
<i>dasetta 1/35</i>	\$0(1)	
<i>dasetta 7/7/7</i>	\$0(1)	
<i>daysee</i>	\$0(1)	
<i>deblitane</i>	\$0(1)	
DEPO-SQ PROV INJ 104	\$0(2)	
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>	\$0(1)	
<i>dolishale</i>	\$0(1)	
<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.02-0.451 mg</i>	\$0(1)	
<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.03-0.451 mg</i>	\$0(1)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	\$0(1)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	\$0(1)	
<i>econtra one-step</i>	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>elinst</i>	\$0(1)	
<i>eluryng</i>	\$0(1)	
<i>emzahh</i>	\$0(1)	
<i>enilloring</i>	\$0(1)	
<i>enpresse-28</i>	\$0(1)	
<i>enskyce</i>	\$0(1)	
<i>errin</i>	\$0(1)	
<i>estarylla</i>	\$0(1)	
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>	\$0(1)	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	\$0(1)	
<i>falmina</i>	\$0(1)	
<i>feirza tab 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>feirza tab 1/20</i>	\$0(1)	
<i>finzala</i>	\$0(1)	
<i>galbriela chw</i>	\$0(1)	
<i>hailey 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>hailey 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>haloette</i>	\$0(1)	
<i>heather</i>	\$0(1)	
<i>her style</i>	\$0(3)	NM; *
<i>iclevia</i>	\$0(1)	
<i>incassia</i>	\$0(1)	
<i>introvale</i>	\$0(1)	
<i>isibloom</i>	\$0(1)	
<i>jaimiess tab</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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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 tab</i>	\$0(1)	
<i>kurvelo</i>	\$0(1)	
<i>larin 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>larin 1/20</i>	\$0(1)	
<i>larin 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>larin fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>larin fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>layolis fe chw</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 tab 1.5 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	\$0(1)	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (continuous) tab 90-20 mcg</i>	\$0(1)	
<i>levora 0.15/30-28</i>	\$0(1)	
LILETTA IUD 52MG	\$0(2)	NM
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>loestrin 1/20-21</i>	\$0(1)	
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>loestrin fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>lojaimiess tab</i>	\$0(1)	
<i>loryna</i>	\$0(1)	
<i>low-ogestrel</i>	\$0(1)	
<i>luizza 1/20 tab</i>	\$0(1)	
<i>luizza tab 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>lutra</i>	\$0(1)	
<i>lyleq</i>	\$0(1)	
<i>lyza</i>	\$0(1)	
<i>marlissa</i>	\$0(1)	
<i>medroxyprogesterone acetate im susp 150 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>medroxyprogesterone acetate im susp prefilled syr 150 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>meleya tab 0.35mg</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 fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>microgestin fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>mili</i>	\$0(1)	
<i>mono-lynyah</i>	\$0(1)	
<i>my choice</i>	\$0(3)	NM; *
<i>my way</i>	\$0(3)	NM; *
<i>necon 0.5/35-28</i>	\$0(1)	
<i>new day</i>	\$0(3)	NM; *
NEXPLANON IMP 68MG	\$0(2)	NM
<i>nikki</i>	\$0(1)	
<i>nora-be</i>	\$0(1)	
<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone 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-eth estradiol-fe chew tab 1 mg-20 mcg (24)</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone tab 0.35 mg</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</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>ocella</i>	\$0(1)	
<i>option 2</i>	\$0(3)	NM; *
<i>orquidea tab 0.35mg</i>	\$0(1)	
<i>philith</i>	\$0(1)	
<i>pimtrea</i>	\$0(1)	
<i>portia-28</i>	\$0(1)	
<i>reclipsen</i>	\$0(1)	
<i>rivelsa</i>	\$0(1)	
<i>rosyrah tab</i>	\$0(1)	
<i>setlakin</i>	\$0(1)	
<i>sharobel</i>	\$0(1)	
<i>simliya</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>simpesse</i>	\$0(1)	
<i>sprintec 28</i>	\$0(1)	
<i>sronyx</i>	\$0(1)	
<i>syeda</i>	\$0(1)	
<i>tarina 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	\$0(1)	
<i>tilia fe</i>	\$0(1)	
<i>tri-estarylla</i>	\$0(1)	
<i>tri-legest fe</i>	\$0(1)	
<i>tri-linyah</i>	\$0(1)	
<i>tri-lo-estarylla</i>	\$0(1)	
<i>tri-lo-marzia</i>	\$0(1)	
<i>tri-lo-mili</i>	\$0(1)	
<i>tri-lo-sprintec</i>	\$0(1)	
<i>tri-mili</i>	\$0(1)	
<i>tri-nymyo tab</i>	\$0(1)	
<i>tri-sprintec</i>	\$0(1)	
<i>tri-vylibra</i>	\$0(1)	
<i>tri-vylibra lo</i>	\$0(1)	
<i>turqoz</i>	\$0(1)	
<i>tydemy tab</i>	\$0(1)	
<i>valtya 1/35 tab</i>	\$0(1)	
<i>valtya 1/50 tab</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>xarah fe tab</i>	\$0(1)	
<i>xelria fe chw 0.4mg-35</i>	\$0(1)	
<i>xulane</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>zafemy</i>	\$0(1)	
<i>zovia 1/35</i>	\$0(1)	
<i>zumandimine</i>	\$0(1)	
ESTROGENS - DRUGS TO REGULATE FEMALE HORMONES		
<i>abigale lo tab 0.5-0.1</i>	\$0(2)	
<i>abigale tab 1-0.5mg</i>	\$0(2)	
<i>dotti</i>	\$0(2)	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	\$0(2)	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	\$0(2)	
<i>estradiol tab 0.5 mg</i>	\$0(2)	
<i>estradiol tab 1 mg</i>	\$0(2)	
<i>estradiol tab 2 mg</i>	\$0(2)	
<i>estradiol td patch twice weekly 0.1 mg/24hr</i>	\$0(2)	
<i>estradiol td patch twice weekly 0.05 mg/24hr</i>	\$0(2)	
<i>estradiol td patch twice weekly 0.025 mg/24hr</i>	\$0(2)	
<i>estradiol td patch twice weekly 0.075 mg/24hr</i>	\$0(2)	
<i>estradiol td patch twice weekly 0.0375 mg/24hr</i>	\$0(2)	
<i>estradiol td patch weekly 0.1 mg/24hr</i>	\$0(2)	
<i>estradiol td patch weekly 0.05 mg/24hr</i>	\$0(2)	
<i>estradiol td patch weekly 0.06 mg/24hr</i>	\$0(2)	
<i>estradiol td patch weekly 0.025 mg/24hr</i>	\$0(2)	
<i>estradiol td patch weekly 0.075 mg/24hr</i>	\$0(2)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>estradiol td patch weekly 0.0375 mg/24hr (37.5 mcg/24hr)</i>	\$0(2)	
<i>estradiol vaginal cream 0.01%</i>	\$0(1)	
<i>estradiol vaginal tab 10 mcg</i>	\$0(1)	
<i>estradiol valerate im in oil 10 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>estradiol valerate im in oil 20 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>estradiol valerate im in oil 40 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	\$0(2)	
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	\$0(2)	
<i>jinteli</i>	\$0(2)	
<i>lyllana</i>	\$0(2)	
<i>mimvey</i>	\$0(2)	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	\$0(2)	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	\$0(2)	
<i>yuvafem</i>	\$0(1)	
GLUCOCORTICOIDS - DRUGS TO TREAT INFLAMMATORY RESPONSE		
<i>DEXAMETHASON CON 1MG/ML</i>	\$0(2)	
<i>dexamethasone elixir 0.5 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>dexamethasone sod phos inj sol pref syr 10 mg/ml (pf)</i>	\$0(1)	
<i>dexamethasone sod phosphate preservative free inj 10 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>dexamethasone sodium phosphate inj 4 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>dexamethasone sodium phosphate inj 10 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>dexamethasone sodium phosphate inj 20 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>dexamethasone sodium phosphate inj 100 mg/10ml</i>	\$0(1)	
<i>dexamethasone sodium phosphate inj 120 mg/30ml</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dexamethasone sodium phosphate inj soln pref syr 4 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>dexamethasone soln 0.5 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>dexamethasone tab 0.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>dexamethasone tab 0.75 mg</i>	\$0(1)	
<i>dexamethasone tab 1 mg</i>	\$0(1)	
<i>dexamethasone tab 1.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>dexamethasone tab 2 mg</i>	\$0(1)	
<i>dexamethasone tab 4 mg</i>	\$0(1)	
<i>dexamethasone tab 6 mg</i>	\$0(1)	
<i>fludrocortisone acetate tab 0.1 mg</i>	\$0(1)	
<i>hydrocortisone sodium succinate pf for inj 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>hydrocortisone tab 5 mg</i>	\$0(1)	
<i>hydrocortisone tab 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>hydrocortisone tab 20 mg</i>	\$0(1)	
<i>methylprednisolone acetate inj susp 40 mg/ml</i>	\$0(1)	B/D
<i>methylprednisolone acetate inj susp 80 mg/ml</i>	\$0(1)	B/D
<i>methylprednisolone sod succ for inj 40 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	B/D
<i>methylprednisolone sod succ for inj 125 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	B/D
<i>methylprednisolone sod succ for inj 1000 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	B/D
<i>methylprednisolone tab 4 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>methylprednisolone tab 8 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>methylprednisolone tab 16 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>methylprednisolone tab 32 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>methylprednisolone tab therapy pack 4 mg (21)</i>	\$0(1)	
<i>prednisolone sod phosphate oral soln 5 mg/5ml (base equiv)</i>	\$0(1)	B/D

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>prednisolone sod phosphate oral soln 15 mg/5ml (base equiv)</i>	\$0(1)	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate oral soln 25 mg/5ml (base eq)</i>	\$0(1)	B/D
<i>prednisolone soln 15 mg/5ml</i>	\$0(1)	B/D
PREDNISONO CON 5MG/ML	\$0(2)	B/D
<i>prednisone oral soln 5 mg/5ml</i>	\$0(1)	B/D
<i>prednisone tab 1 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>prednisone tab 2.5 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>prednisone tab 5 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>prednisone tab 10 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>prednisone tab 20 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>prednisone tab 50 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>prednisone tab therapy pack 5 mg (21)</i>	\$0(1)	
<i>prednisone tab therapy pack 5 mg (48)</i>	\$0(1)	
<i>prednisone tab therapy pack 10 mg (21)</i>	\$0(1)	
<i>prednisone tab therapy pack 10 mg (48)</i>	\$0(1)	
SOLU-CORTEF INJ 100MG	\$0(2)	
SOLU-CORTEF INJ 250MG	\$0(2)	
SOLU-CORTEF INJ 500MG	\$0(2)	
SOLU-CORTEF INJ 1000MG	\$0(2)	
GLUCOSE ELEVATING AGENTS - DRUGS TO TREAT LOW BLOOD SUGAR		
<i>cvs glucose</i>	\$0(3)	NM; *
<i>diazoxide susp 50 mg/ml</i>	\$0(2)	NDS
TRUEPLS GLUC GEL 15/32ML	\$0(3)	NM; *
<i>value plus glucose</i>	\$0(3)	NM; *
ZEGALOGUE INJ 0.6/0.6	\$0(2)	
MISCELLANEOUS		
ALDURAZYME INJ 2.9MG/5M	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>betaine powder for oral solution</i>	\$0(2)	NDS, NM

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cabergoline tab 0.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>carglumic acid soluble tab 200 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM, PA
CERDELGA CAP 84MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
CEREZYME INJ 400UNIT	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>cinacalcet hcl tab 30 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	B/D, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>cinacalcet hcl tab 60 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	B/D, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>cinacalcet hcl tab 90 mg (base equiv)</i>	\$0(2)	NDS, B/D, QL (120 tabs / 30 days), NM
CYSTAGON CAP 50MG	\$0(2)	NM, PA
CYSTAGON CAP 150MG	\$0(2)	NM, PA
<i>desmopressin acetate inj 4 mcg/ml</i>	\$0(2)	NDS
<i>desmopressin acetate nasal spray soln 0.01%</i>	\$0(1)	
<i>desmopressin acetate nasal spray soln 0.01% (refrigerated)</i>	\$0(1)	
<i>desmopressin acetate preservative free (pf) inj 4 mcg/ml</i>	\$0(2)	NDS
<i>desmopressin acetate tab 0.1 mg</i>	\$0(1)	
<i>desmopressin acetate tab 0.2 mg</i>	\$0(1)	
FABRAZYME INJ 5MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
FABRAZYME INJ 35MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
GENOTROPIN INJ 0.2MG	\$0(2)	NM, PA
GENOTROPIN INJ 0.4MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
GENOTROPIN INJ 0.6MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
GENOTROPIN INJ 0.8MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
GENOTROPIN INJ 1.2MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
GENOTROPIN INJ 1.4MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
GENOTROPIN INJ 1.6MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
GENOTROPIN INJ 1.8MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
GENOTROPIN INJ 1MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
GENOTROPIN INJ 2MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
GENOTROPIN INJ 5MG	\$0(2)	NDS, NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GENOTROPIN INJ 12MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
INCRELEX INJ 40MG/4ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>javygtor</i>	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>lanreotide acetate extended release inj 120 mg/0.5ml</i>	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>levocarnitine oral soln 1 gm/10ml (10%)</i>	\$0(1)	B/D
<i>levocarnitine tab 330 mg</i>	\$0(1)	B/D
LUMIZYME INJ 50MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
LUPR DEP-PED INJ 3M 30MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
LUPR DEP-PED INJ 7.5MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
LUPR DEP-PED INJ 11.25MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
LUPR DEP-PED INJ 15MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT INJ 45MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>mifepristone tab 300 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM, PA
NAGLAZYME INJ 1MG/ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>nitisinone cap 2 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>nitisinone cap 5 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>nitisinone cap 10 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>nitisinone cap 20 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>octreotide acetate inj 50 mcg/ml (0.05 mg/ml)</i>	\$0(1)	NM, PA
<i>octreotide acetate inj 100 mcg/ml (0.1 mg/ml)</i>	\$0(1)	NM, PA
<i>octreotide acetate inj 200 mcg/ml (0.2 mg/ml)</i>	\$0(1)	NM, PA
<i>octreotide acetate inj 500 mcg/ml (0.5 mg/ml)</i>	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>octreotide acetate inj 1000 mcg/ml (1 mg/ml)</i>	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>octreotide acetate subcutaneous soln pref syr 50 mcg/ml</i>	\$0(1)	NM, PA
<i>octreotide acetate subcutaneous soln pref syr 100 mcg/ml</i>	\$0(1)	NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>octreotide acetate subcutaneous soln pref syr 500 mcg/ml</i>	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>raloxifene hcl tab 60 mg</i>	\$0(1)	
<i>sapropterin dihydrochloride powder packet 100 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>sapropterin dihydrochloride powder packet 500 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>sapropterin dihydrochloride tab 100 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM, PA
SIGNIFOR INJ 0.3MG/ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
SIGNIFOR INJ 0.6MG/ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
SIGNIFOR INJ 0.9MG/ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/teaspoonful</i>	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>sodium phenylbutyrate tab 500 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM, PA
SOMATULINE INJ 60/0.2ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
SOMATULINE INJ 90/0.3ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
SOMATULINE INJ 120/0.5ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
SOMAVERT INJ 10MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
SOMAVERT INJ 15MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
SOMAVERT INJ 20MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
SOMAVERT INJ 25MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
SOMAVERT INJ 30MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
SYNAREL SOL 2MG/ML	\$0(2)	NDS, PA
VEOZAH TAB 45MG	\$0(2)	PA
<i>zelvysia pow 100mg</i>	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>zelvysia pow 500mg</i>	\$0(2)	NDS, NM, PA
PROGESTINS - DRUGS TO REGULATE FEMALE HORMONES		
<i>gallifrey tab 5mg</i>	\$0(1)	
<i>medroxyprogesterone acetate tab 2.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>medroxyprogesterone acetate tab 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 **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>medroxyprogesterone acetate tab 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>megestrol acetate susp 40 mg/ml</i>	\$0(2)	
<i>megestrol acetate susp 625 mg/5ml</i>	\$0(2)	PA
<i>norethindrone acetate tab 5 mg</i>	\$0(1)	
<i>progesterone cap 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>progesterone cap 200 mg</i>	\$0(1)	
THYROID AGENTS - DRUGS TO REGULATE THYROID LEVELS		
<i>levo-t</i>	\$0(1)	
<i>levothyroxine sodium tab 25 mcg</i>	\$0(1)	
<i>levothyroxine sodium tab 50 mcg</i>	\$0(1)	
<i>levothyroxine sodium tab 75 mcg</i>	\$0(1)	
<i>levothyroxine sodium tab 88 mcg</i>	\$0(1)	
<i>levothyroxine sodium tab 100 mcg</i>	\$0(1)	
<i>levothyroxine sodium tab 112 mcg</i>	\$0(1)	
<i>levothyroxine sodium tab 125 mcg</i>	\$0(1)	
<i>levothyroxine sodium tab 137 mcg</i>	\$0(1)	
<i>levothyroxine sodium tab 150 mcg</i>	\$0(1)	
<i>levothyroxine sodium tab 175 mcg</i>	\$0(1)	
<i>levothyroxine sodium tab 200 mcg</i>	\$0(1)	
<i>levothyroxine sodium tab 300 mcg</i>	\$0(1)	
<i>levoxyl</i>	\$0(1)	
<i>liothyronine sodium tab 5 mcg</i>	\$0(1)	
<i>liothyronine sodium tab 25 mcg</i>	\$0(1)	
<i>liothyronine sodium tab 50 mcg</i>	\$0(1)	
<i>methimazole tab 5 mg</i>	\$0(1)	
<i>methimazole tab 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>propylthiouracil tab 50 mg</i>	\$0(1)	
SYNTHROID TAB 25MCG	\$0(2)	
SYNTHROID TAB 50MCG	\$0(2)	
SYNTHROID TAB 75MCG	\$0(2)	
SYNTHROID TAB 88MCG	\$0(2)	
SYNTHROID TAB 100MCG	\$0(2)	
SYNTHROID TAB 112MCG	\$0(2)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SYNTHROID TAB 125MCG	\$0(2)	
SYNTHROID TAB 137MCG	\$0(2)	
SYNTHROID TAB 150MCG	\$0(2)	
SYNTHROID TAB 175MCG	\$0(2)	
SYNTHROID TAB 200MCG	\$0(2)	
SYNTHROID TAB 300MCG	\$0(2)	
<i>unithroid</i>	\$0(1)	
VITAMIN D ANALOGS		
<i>calcitriol (oral)</i>	\$0(1)	B/D
<i>calcitriol cap 0.5 mcg</i>	\$0(1)	B/D
<i>calcitriol cap 0.25 mcg</i>	\$0(1)	B/D
<i>paricalcitol cap 1 mcg</i>	\$0(1)	B/D
<i>paricalcitol cap 2 mcg</i>	\$0(1)	B/D
<i>paricalcitol cap 4 mcg</i>	\$0(1)	B/D
GASTROINTESTINAL - DRUGS TO TREAT STOMACH AND INTESTINAL DISORDERS		
ANTACIDS		
<i>acid gone</i>	\$0(3)	NM; *
ACID GONE	\$0(3)	NM; *
<i>almacone double strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>alum & mag hydroxide-simethicone susp 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>alum & mag hydroxide-simethicone susp 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
ALUM HYDROX SUS 320/5ML	\$0(3)	NM; *
<i>antacid</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antacid calcium regular s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antacid extra strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antacid maximum strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antacid regular strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antacid/antigas liquid</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cal-gest antacid</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium antacid</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium antacid extra str</i>	\$0(3)	NM; *
CALCIUM CARB SUS 1250/5ML	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ft antacid & antigas</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft antacid extra strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft antacid regular streng</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid & anti-gas/re</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid and anti-gas/</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid anti-gas/maxi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid extra strengt</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid/regular stren</i>	\$0(3)	NM; *
<i>heartburn relief extra st</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm antacid extra strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mag-al plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mag-al plus xs</i>	\$0(3)	NM; *
<i>magnesium oxide tab 400 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>magnesium oxide tab 420 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>maox</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mintox maximum strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mintox plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm antacid</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm antacid extra strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium antacid extra</i>	\$0(3)	NM; *
<i>smooth antacid extra stre</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sodium bicarbonate tab 325 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sodium bicarbonate tab 650 mg</i>	\$0(3)	NM; *
SODIUM POW BICARBON	\$0(3)	NM; *
ANTI-DIARRHEAL		
<i>anti-diarrheal</i>	\$0(3)	NM; *
<i>bismuth subsalicylate chew tab 262 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft anti-diarrheal</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft stomach relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp anti-diarrheal</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp loperamide hydrochlor</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pink bismuth</i>	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp pink bismuth ultra st</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp stomach relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense anti-diarrheal</i>	\$0(3)	NM; *
<i>loperamide hcl soln 1 mg/7.5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>loperamide hcl tab 2 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm anti-diarrheal</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm stomach relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stomach relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stomach relief extra stre</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stomach relief ultra</i>	\$0(3)	NM; *
ANTIEMETICS - DRUGS FOR NAUSEA AND VOMITING		
<i>anti-nausea</i>	\$0(3)	NM; *
<i>aprepitant capsule 40 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>aprepitant capsule 80 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>aprepitant capsule 125 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>compro</i>	\$0(1)	
<i>driminate</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dronabinol cap 2.5 mg</i>	\$0(1)	B/D, QL (60 caps / 30 days)
<i>dronabinol cap 5 mg</i>	\$0(1)	B/D, QL (60 caps / 30 days)
<i>dronabinol cap 10 mg</i>	\$0(1)	B/D, QL (60 caps / 30 days)
<i>ft motion sickness</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp anti-nausea relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp motion sickness relie</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nausea relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>granisetron hcl inj 1 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>granisetron hcl inj 4 mg/4ml (1 mg/ml)</i>	\$0(1)	
<i>granisetron hcl tab 1 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>meclizine hcl chew tab 25 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>meclizine hcl tab 12.5 mg</i>	\$0(2)	
<i>meclizine hcl tab 12.5 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>meclizine hcl tab 25 mg</i>	\$0(2)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metoclopramide hcl inj 5 mg/ml (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>metoclopramide hcl soln 5 mg/5ml (10 mg/10ml) (base equiv)</i>	\$0(1)	
<i>metoclopramide hcl tab 5 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>metoclopramide hcl tab 10 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>motion sickness relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>motion sickness relief/le</i>	\$0(3)	NM; *
<i>motion-time</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nausea relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ondansetron hcl inj 4 mg/2ml (2 mg/ml)</i>	\$0(1)	
<i>ondansetron hcl inj 40 mg/20ml (2 mg/ml)</i>	\$0(1)	
<i>ondansetron hcl inj soln pref syr 4 mg/2ml</i>	\$0(1)	
<i>ondansetron hcl oral soln 4 mg/5ml</i>	\$0(1)	B/D
<i>ondansetron hcl tab 4 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>ondansetron hcl tab 8 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>ondansetron orally disintegrating tab 4 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>ondansetron orally disintegrating tab 8 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>prochlorperazine edisylate inj 10 mg/2ml</i>	\$0(1)	
<i>prochlorperazine maleate tab 5 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>prochlorperazine maleate tab 10 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>prochlorperazine suppos 25 mg</i>	\$0(1)	
<i>promethazine hcl inj 25 mg/ml</i>	\$0(2)	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 **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>promethazine hcl inj 50 mg/ml</i>	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>promethazine hcl oral soln 6.25 mg/5ml</i>	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>promethazine hcl tab 12.5 mg</i>	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>promethazine hcl tab 25 mg</i>	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>promethazine hcl tab 50 mg</i>	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>scopolamine td patch 72hr 1 mg/3days</i>	\$0(2)	QL (10 patches / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>sm motion sickness</i>	\$0(3)	NM; *
ANTISPASMODICS - DRUGS FOR STOMACH SPASMS		
<i>dicyclomine hcl cap 10 mg</i>	\$0(2)	
<i>dicyclomine hcl oral soln 10 mg/5ml</i>	\$0(2)	
<i>dicyclomine hcl tab 20 mg</i>	\$0(2)	
<i>glycopyrrolate tab 1 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glycopyrrolate tab 2 mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
H2-RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>acid reducer</i>	\$0(3)	NM; *
<i>acid reducer original str</i>	\$0(3)	NM; *
<i>famotidine for susp 40 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i>	\$0(1)	
<i>famotidine inj 40 mg/4ml</i>	\$0(1)	
<i>famotidine inj 200 mg/20ml</i>	\$0(1)	
<i>famotidine original stren</i>	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>famotidine preservative free inj 20 mg/2ml</i>	\$0(1)	
<i>famotidine tab 10 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>famotidine tab 20 mg</i>	\$0(1)	
<i>famotidine tab 40 mg</i>	\$0(1)	
<i>ft acid reducer</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp acid reducer</i>	\$0(3)	NM; *
<i>heartburn relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nizatidine cap 150 mg</i>	\$0(1)	
<i>nizatidine cap 300 mg</i>	\$0(1)	
<i>sm acid reducer</i>	\$0(3)	NM; *
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
<i>balsalazide disodium cap 750 mg</i>	\$0(1)	
<i>budesonide delayed release particles cap 3 mg</i>	\$0(1)	QL (90 caps / 30 days), PA
<i>budesonide tab er 24hr 9 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocortisone enema 100 mg/60ml</i>	\$0(1)	
<i>mesalamine cap dr 400 mg</i>	\$0(1)	QL (180 caps / 30 days)
<i>mesalamine cap er 24hr 0.375 gm</i>	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days)
<i>mesalamine enema 4 gm</i>	\$0(1)	QL (1680 mL / 28 days)
<i>mesalamine rectal enema 4 gm & cleanser wipe kit</i>	\$0(1)	QL (28 bottles / 28 days)
<i>mesalamine suppos 1000 mg</i>	\$0(1)	QL (30 suppositories / 30 days)
<i>mesalamine tab delayed release 1.2 gm</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>sulfasalazine tab 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>sulfasalazine tab delayed release 500 mg</i>	\$0(1)	
LAXATIVES		
<i>bisacodyl ec</i>	\$0(3)	NM; *
<i>bisacodyl suppos 10 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium polycarbophil tab 625 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 **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>chocolated laxative regul</i>	\$0(3)	NM; *
<i>clearlax</i>	\$0(3)	NM; *
<i>colace 2-in-1</i>	\$0(3)	NM; *
COLACE CLEAR CAP 50MG	\$0(3)	NM; *
<i>constulose</i>	\$0(1)	
<i>docusate calcium cap 240 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>docusate mini</i>	\$0(3)	NM; *
<i>docusate sodium cap 100 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>docusate sodium cap 250 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>docusate sodium liquid 150 mg/15ml</i>	\$0(3)	NM; *
DOCUSOL KIDS ENE 100MG/5M	\$0(3)	NM; *
<i>dok</i>	\$0(3)	NM; *
<i>enema ready-to-use</i>	\$0(3)	NM; *
<i>enemeez mini</i>	\$0(3)	NM; *
<i>enemeez plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>enulose</i>	\$0(1)	
<i>fiber-lax</i>	\$0(3)	NM; *
FLEET ENE PED	\$0(3)	NM; *
FLEET LIQUID ENE GLYCERIN	\$0(3)	NM; *
<i>ft clearlax</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft fiber laxative</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft gentle laxative</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft laxative</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft milk of magnesia</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft senna laxative</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft senna-s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft stool softener</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gavilax</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gavilyte-c</i>	\$0(1)	
<i>gavilyte-g</i>	\$0(1)	
<i>gavilyte-n sol flav pk</i>	\$0(1)	
<i>generlac</i>	\$0(1)	
<i>gentle laxative</i>	\$0(3)	NM; *
<i>glycerin childrens</i>	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>glycerin suppos 2 gm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>glycolax</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp clearlax</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp fiber therapy</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp gentle laxative</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp glycerin adult</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp glycerin child</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp milk of magnesia</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp senna lax</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp senna plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp stool softener</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp stool softener/stimul</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp womens gentle laxativ</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense clearlax</i>	\$0(3)	NM; *
<i>healthylax</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm enema saline laxative</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lactulose (encephalopathy) solution 10 gm/15ml</i>	\$0(1)	
<i>lactulose solution 10 gm/15ml</i>	\$0(1)	
<i>laxative maximum strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>laxative regular strength</i>	\$0(3)	NM; *
MILK OF MAGN SUS 2400/10	\$0(3)	NM; *
<i>milk of magnesia</i>	\$0(3)	NM; *
NUTRISOURCE PAK FIBER	\$0(3)	NM; *
NUTRISOURCE POW FIBER	\$0(3)	NM; *
PEDIA-LAX LIQ 50MG	\$0(3)	NM; *
PEDIA-LAX SUP 2.8GM	\$0(3)	NM; *
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>	\$0(1)	
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	\$0(1)	
PLENVU SOL	\$0(2)	
<i>polyethylene glycol 3350 oral packet 17 gm</i>	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>polyethylene glycol 3350 oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0(3)	NM; *
<i>senexon-s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>senna plus</i>	\$0(3)	NM; *
SENNAPLUS CAP 8.6-50MG	\$0(3)	NM; *
SENNAPLUS SYP	\$0(3)	NM; *
<i>senna-lax</i>	\$0(3)	NM; *
<i>senna-time</i>	\$0(3)	NM; *
<i>senna-time s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sennosides cap 8.6 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sennosides syrup 8.8 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sennosides tab 8.6 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sennosides-docusate sodium tab 8.6-50 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>senokot extra strength</i>	\$0(3)	NM; *
SENOKOT KIDS CHW GUMMIES	\$0(3)	NM; *
SENOKOT LAX CHW GUMMIES	\$0(3)	NM; *
<i>sm clearlax</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm fiber</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm fiber laxative</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm gentle laxative</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm milk of magnesia</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm senna laxative</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm senna-s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm stool softener</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm stool softener/stimula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	\$0(1)	
<i>sodium phosphates - enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>soluble fiber</i>	\$0(3)	NM; *
SORBITOL SOL 70%	\$0(3)	NM; *
<i>stimulant laxative</i>	\$0(3)	NM; *
STL SOFT/LAX CAP 8.6-50MG	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>stool softener</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stool softener + stimulan</i>	\$0(3)	NM; *
MISCELLANEOUS		
<i>alose tron hcl tab 0.5 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>alose tron hcl tab 1 mg (base equiv)</i>	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
CREON CAP 3000UNIT	\$0(2)	
CREON CAP 6000UNIT	\$0(2)	
CREON CAP 12000UNT	\$0(2)	
CREON CAP 24000UNT	\$0(2)	
CREON CAP 36000UNT	\$0(2)	
<i>cromolyn sodium oral conc 100 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml</i>	\$0(2)	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i>	\$0(2)	
GATTEX KIT 5MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
LINZESS CAP 72MCG	\$0(2)	QL (30 caps / 30 days)
LINZESS CAP 145MCG	\$0(2)	QL (30 caps / 30 days)
LINZESS CAP 290MCG	\$0(2)	QL (30 caps / 30 days)
<i>loperamide hcl cap 2 mg</i>	\$0(1)	
<i>misoprostol tab 100 mcg</i>	\$0(1)	
<i>misoprostol tab 200 mcg</i>	\$0(1)	
MOVANTIK TAB 12.5MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
MOVANTIK TAB 25MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
RELISTOR INJ 8/0.4ML	\$0(2)	NDS, QL (28 syringes / 28 days), PA
RELISTOR INJ 12/0.6ML	\$0(2)	NDS, QL (28 syringes / 28 days), PA
<i>sucralfate tab 1 gm</i>	\$0(1)	
<i>ursodiol cap 300 mg</i>	\$0(1)	
<i>ursodiol tab 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>ursodiol tab 500 mg</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VOWST CAP	\$0(2)	NDS, QL (12 caps / 30 days), NM, PA
XERMELO TAB 250MG	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
XIFAXAN TAB 550MG	\$0(2)	NDS, PA
ZENPEP CAP 3000UNIT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 5000UNIT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 10000UNIT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 15000UNIT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 20000UNIT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 25000UNIT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 40000UNIT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 60000UNIT	\$0(2)	
PROTON PUMP INHIBITORS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>esomeprazole magnesium cap delayed release 20 mg (base eq)</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>esomeprazole magnesium cap delayed release 40 mg (base eq)</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>lansoprazole cap delayed release 15 mg</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>lansoprazole cap delayed release 30 mg</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>omeprazole cap delayed release 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>omeprazole cap delayed release 20 mg</i>	\$0(1)	
<i>omeprazole cap delayed release 40 mg</i>	\$0(1)	
<i>pantoprazole sodium ec tab 20 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	
<i>pantoprazole sodium ec tab 40 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	
<i>pantoprazole sodium for iv soln 40 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	
<i>rabeprazole sodium ec tab 20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GENITOURINARY - DRUGS TO TREAT GENITAL AND URINARY TRACT CONDITIONS		
BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA - DRUGS TO TREAT ENLARGED PROSTATE		
<i>alfuzosin hcl tab er 24hr 10 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>dutasteride cap 0.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>finasteride tab 5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tadalafil tab 5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>tamsulosin hcl cap 0.4 mg</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
MISCELLANEOUS		
<i>acetic acid irrigation soln 0.25%</i>	\$0(1)	
<i>bethanechol chloride tab 5 mg</i>	\$0(1)	
<i>bethanechol chloride tab 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>bethanechol chloride tab 25 mg</i>	\$0(1)	
<i>bethanechol chloride tab 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>potassium citrate tab er 5 meq (540 mg)</i>	\$0(1)	
<i>potassium citrate tab er 10 meq (1080 mg)</i>	\$0(1)	
<i>potassium citrate tab er 15 meq (1620 mg)</i>	\$0(1)	
URINARY ANTISPASMODICS - DRUGS TO TREAT URINARY INCONTINENCE		
GEMTESA TAB 75MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
MYRBETRIQ SUS 8MG/ML	\$0(2)	QL (300 mL / 28 days)
MYRBETRIQ TAB 25MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
MYRBETRIQ TAB 50MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride solution 5 mg/5ml</i>	\$0(1)	QL (600 mL / 30 days)
<i>oxybutynin chloride tab 5 mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride tab er 24hr 5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride tab er 24hr 10 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride tab er 24hr 15 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>solifenacin succinate tab 5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>solifenacin succinate tab 10 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tolterodine tartrate cap er 24hr 2 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>tolterodine tartrate cap er 24hr 4 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>tolterodine tartrate tab 1 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>tolterodine tartrate tab 2 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>tropium chloride tab 20 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
VAGINAL ANTI-INFECTIVES		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2%</i>	\$0(1)	
<i>clotrimazole vaginal cream 1% 7 day vagina cre 2%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>3 day vaginal</i>	\$0(3)	NM; *
<i>3 day vaginal</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp clotrimazole 3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp miconazole 1 combinat</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp miconazole 3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp miconazole 7</i>	\$0(3)	NM; *
<i>metronidazole vaginal gel 0.75%</i>	\$0(1)	
<i>miconazole 3 combo pack</i>	\$0(3)	NM; *
<i>miconazole 7</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm 3-day vaginal</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm clotrimazole vaginal</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm miconazole 3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm miconazole 7</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm tioconazole-1</i>	\$0(3)	NM; *
<i>terconazole vaginal cream 0.4%</i>	\$0(1)	
<i>terconazole vaginal cream 0.8%</i>	\$0(1)	
<i>terconazole vaginal suppos 80 mg</i>	\$0(1)	
<i>tioconazole 1</i>	\$0(3)	NM; *
HEMATOLOGIC - DRUGS TO TREAT BLOOD DISORDERS		
ANTICOAGULANTS - BLOOD THINNERS		
<i>dabigatran etexilate mesylate cap 75 mg (etexilate base eq)</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dabigatran etexilate mesylate cap 110 mg (etexilate base eq)</i>	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days)
<i>dabigatran etexilate mesylate cap 150 mg (etexilate base eq)</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
ELIQUIS ST P TAB 5MG	\$0(2)	QL (74 tabs / 30 days)
ELIQUIS TAB 2.5MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
ELIQUIS TAB 5MG	\$0(2)	QL (74 tabs / 30 days)
<i>enoxaparin sodium inj 300 mg/3ml</i>	\$0(1)	
<i>enoxaparin sodium inj soln pref syr 30 mg/0.3ml</i>	\$0(1)	
<i>enoxaparin sodium inj soln pref syr 40 mg/0.4ml</i>	\$0(1)	
<i>enoxaparin sodium inj soln pref syr 60 mg/0.6ml</i>	\$0(1)	
<i>enoxaparin sodium inj soln pref syr 80 mg/0.8ml</i>	\$0(1)	
<i>enoxaparin sodium inj soln pref syr 100 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>enoxaparin sodium inj soln pref syr 120 mg/0.8ml</i>	\$0(1)	
<i>enoxaparin sodium inj soln pref syr 150 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>fondaparinux sodium subcutaneous inj 2.5 mg/0.5ml</i>	\$0(1)	
<i>fondaparinux sodium subcutaneous inj 5 mg/0.4ml</i>	\$0(2)	NDS
<i>fondaparinux sodium subcutaneous inj 7.5 mg/0.6ml</i>	\$0(2)	NDS
<i>fondaparinux sodium subcutaneous inj 10 mg/0.8ml</i>	\$0(2)	NDS
HEP SOD/NAACL INJ 25000UNT	\$0(2)	
<i>heparin sodium (porcine) inj 1000 unit/ml</i>	\$0(1)	B/D
<i>heparin sodium (porcine) inj 5000 unit/ml</i>	\$0(1)	B/D

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>heparin sodium (porcine) inj 10000 unit/ml</i>	\$0(1)	B/D
<i>heparin sodium (porcine) inj 20000 unit/ml</i>	\$0(1)	B/D
<i>heparin sodium (porcine) pf inj 1000 unit/ml</i>	\$0(1)	B/D
<i>jantoven</i>	\$0(1)	
<i>rivaroxaban for susp 1 mg/ml</i>	\$0(2)	QL (620 mL / 30 days)
<i>rivaroxaban tab 2.5 mg</i>	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>warfarin sodium tab 1 mg</i>	\$0(1)	
<i>warfarin sodium tab 2 mg</i>	\$0(1)	
<i>warfarin sodium tab 2.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>warfarin sodium tab 3 mg</i>	\$0(1)	
<i>warfarin sodium tab 4 mg</i>	\$0(1)	
<i>warfarin sodium tab 5 mg</i>	\$0(1)	
<i>warfarin sodium tab 6 mg</i>	\$0(1)	
<i>warfarin sodium tab 7.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>warfarin sodium tab 10 mg</i>	\$0(1)	
XARELTO STAR TAB 15/20MG	\$0(2)	QL (51 tabs / 30 days)
XARELTO SUS 1MG/ML	\$0(2)	QL (620 mL / 30 days)
XARELTO TAB 2.5MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
XARELTO TAB 10MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
XARELTO TAB 15MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
XARELTO TAB 20MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS		
FULPHILA INJ 6/0.6ML	\$0(2)	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
PROCRIT INJ 2000/ML	\$0(2)	NM, PA
PROCRIT INJ 3000/ML	\$0(2)	NM, PA
PROCRIT INJ 4000/ML	\$0(2)	NM, PA
PROCRIT INJ 10000/ML	\$0(2)	NM, PA
PROCRIT INJ 20000/ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
PROCRIT INJ 40000/ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
ZARXIO INJ 300/0.5	\$0(2)	NDS, NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZARXIO INJ 480/0.8	\$0(2)	NDS, NM, PA
MISCELLANEOUS		
ALVAIZ TAB 9MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
ALVAIZ TAB 18MG	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
ALVAIZ TAB 36MG	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
ALVAIZ TAB 54MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>anagrelide hcl cap 0.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>anagrelide hcl cap 1 mg</i>	\$0(1)	
BERINERT INJ 500UNIT	\$0(2)	NDS, QL (24 boxes / 30 days), NM, PA
<i>cilostazol tab 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>cilostazol tab 100 mg</i>	\$0(1)	
DOPTELET TAB 20MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
DROXIA CAP 200MG	\$0(2)	
DROXIA CAP 300MG	\$0(2)	
DROXIA CAP 400MG	\$0(2)	
HAEGARDA INJ 2000UNIT	\$0(2)	NDS, QL (30 vials / 30 days), NM, PA
HAEGARDA INJ 3000UNIT	\$0(2)	NDS, QL (20 vials / 30 days), NM, PA
<i>icatibant acetate subcutaneous soln pref syr 30 mg/3ml</i>	\$0(2)	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
<i>l-glutamine (sickle cell)</i>	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>pentoxifylline tab er 400 mg</i>	\$0(1)	
<i>sajazir</i>	\$0(2)	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
SIKLOS TAB 100MG	\$0(2)	
SIKLOS TAB 1000MG	\$0(2)	NDS
TAVNEOS CAP 10MG	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tranexamic acid iv soln 1000 mg/10ml (100 mg/ml)</i>	\$0(1)	
<i>tranexamic acid tab 650 mg</i>	\$0(1)	
PLATELET AGGREGATION INHIBITORS		
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	\$0(1)	
BRILINTA TAB 60MG	\$0(2)	
BRILINTA TAB 90MG	\$0(2)	
<i>clopidogrel bisulfate tab 75 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	
<i>dipyridamole tab 25 mg</i>	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older
<i>dipyridamole tab 50 mg</i>	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older
<i>dipyridamole tab 75 mg</i>	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older
<i>prasugrel hcl tab 5 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	
<i>prasugrel hcl tab 10 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	
<i>ticagrelor tab 60 mg</i>	\$0(1)	
<i>ticagrelor tab 90 mg</i>	\$0(1)	
IMMUNOLOGIC AGENTS - DRUGS TO TREAT DISORDERS OF THE IMMUNE SYSTEM		
AUTOIMMUNE AGENTS		
ADALIMU-AACF INJ 40/0.8ML	\$0(2)	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
ADALIMU-AACF INJ 40/0.8ML	\$0(2)	NDS, QL (56 pens / 365 days), NM, PA
ADALIMU-AACF KIT 40/0.8ML	\$0(2)	NDS, QL (56 syringes / 365 days), NM, PA
COSENTYX INJ 75MG/0.5	\$0(2)	NDS, QL (16 syringes / 365 days), NM, PA
COSENTYX INJ 125/5ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
COSENTYX INJ 150MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (32 syringes / 365 days), NM, PA
COSENTYX INJ 300DOSE	\$0(2)	NDS, QL (32 syringes / 365 days), NM, PA

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COSENTYX PEN INJ 150MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (32 pens / 365 days), NM, PA
COSENTYX PEN INJ 300DOSE	\$0(2)	NDS, QL (32 pens / 365 days), NM, PA
COSENTYX UNO INJ 300/2ML	\$0(2)	NDS, QL (16 pens / 365 days), NM, PA
DUPIXENT INJ 200/1.14	\$0(2)	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
DUPIXENT INJ 200MG	\$0(2)	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
DUPIXENT INJ 300/2ML	\$0(2)	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
DUPIXENT INJ 300/2ML	\$0(2)	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL INJ 25/0.5ML	\$0(2)	NDS, QL (16 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL INJ 25MG	\$0(2)	NDS, QL (16 vials / 28 days), NM, PA
ENBREL INJ 50MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL MINI INJ 50MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (8 cartridges / 28 days), NM, PA
ENBREL SRCLK INJ 50MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (8 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA INJ 10/0.1ML	\$0(2)	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA INJ 20/0.2ML	\$0(2)	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA INJ 40/0.4ML	\$0(2)	NDS, QL (6 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA KIT 40MG/0.8	\$0(2)	NDS, QL (6 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN INJ 40/0.4ML	\$0(2)	NDS, QL (6 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN INJ 40MG/0.8	\$0(2)	NDS, QL (6 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 **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HUMIRA PEN INJ 80/0.8ML	\$0(2)	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN KIT CD/UC/HS	\$0(2)	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN KIT PED UC	\$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
IDACIO 2-PEN INJ 40/0.8ML	\$0(2)	NDS, QL (56 pens / 365 days), NM, PA
IDACIO CROHN INJ DISEASE	\$0(2)	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS	\$0(2)	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
INFLIXIMAB INJ 100MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
PYZCHIVA INJ 45/0.5ML	\$0(2)	QL (1 pen / 28 days), NM, PA
PYZCHIVA INJ 45/0.5ML	\$0(2)	QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
PYZCHIVA INJ 45/0.5ML	\$0(2)	QL (1 vial / 28 days), NM, PA
PYZCHIVA INJ 90MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
PYZCHIVA INJ 90MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
PYZCHIVA INJ 130/26ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
REMICADE INJ 100MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
RENFLEXIS INJ 100MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
RINVOQ LQ SOL 1MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (360 mL / 30 days), NM, PA
RINVOQ TAB 15MG ER	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
RINVOQ TAB 30MG ER	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
RINVOQ TAB 45MG ER	\$0(2)	NDS, QL (168 tabs / year), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SKYRIZI INJ 150MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (6 syringes / 365 days), NM, PA
SKYRIZI INJ 180/1.2	\$0(2)	NDS, QL (1 cartridge / 56 days), NM, PA
SKYRIZI INJ 360/2.4	\$0(2)	NDS, QL (1 cartridge / 56 days), NM, PA
SKYRIZI PEN INJ 150MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (6 pens / 365 days), NM, PA
SKYRIZI SOL 60MG/ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
SOTYKTU TAB 6MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
STELARA INJ 5MG/ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
STELARA INJ 45/0.5ML	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
STELARA INJ 45/0.5ML	\$0(2)	NDS, QL (1 vial / 28 days), NM, PA
STELARA INJ 90MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
TREMFYA INJ 100MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
TREMFYA INJ 100MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
TREMFYA INJ 200/2ML	\$0(2)	NDS, QL (2 pens / 28 days), NM, PA
TREMFYA INJ 200/2ML	\$0(2)	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
TREMFYA INJ 200/20ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
TYENNE INJ 80MG/4ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
TYENNE INJ 162/0.9	\$0(2)	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
TYENNE INJ 162MG	\$0(2)	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
TYENNE INJ 200/10ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
TYENNE INJ 400/20ML	\$0(2)	NDS, NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VELSIPIITY TAB 2MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
XELJANZ SOL 1MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (480 mL / 24 days), NM, PA
XELJANZ TAB 5MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
XELJANZ TAB 10MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
XELJANZ XR TAB 11MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
XELJANZ XR TAB 22MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
YESINTEK INJ 45/0.5ML	\$0(2)	QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
YESINTEK INJ 45/0.5ML	\$0(2)	QL (1 vial / 28 days), NM, PA
YESINTEK INJ 90MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
YESINTEK INJ 130/26ML	\$0(2)	NM, PA
DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS) - DRUGS TO TREAT RHEUMATOID ARTHRITIS		
<i>hydroxychloroquine sulfate tab 200 mg</i>	\$0(1)	
JYLAMVO SOL 2MG/ML	\$0(2)	B/D
<i>leflunomide tab 10 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>leflunomide tab 20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>methotrexate sodium tab 2.5 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	
XATMEP SOL 2.5MG/ML	\$0(2)	B/D
IMMUNOGLOBULINS		
ALYGLO INJ 5GM/50ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
ALYGLO INJ 10/100ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
ALYGLO INJ 20/200ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
BIVIGAM INJ 10%	\$0(2)	NDS, NM, PA
FLEBOGAMMA INJ 10/200ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
FLEBOGAMMA INJ 20/400ML	\$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 **NDS** - Suministro no extendido

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

N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FLEBOGAMMA INJ DIF 5%	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMASTAN INJ	\$0(2)	B/D, NM
GAMMAGARD INJ 1GM/10ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMMAGARD INJ 2.5GM/25	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMMAGARD INJ 5GM/50ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMMAGARD INJ 10GM/100	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMMAGARD INJ 20GM/200	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMMAGARD INJ 30GM/300	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMMAGARD SD INJ 5GM HU	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMMAGARD SD INJ 10GM HU	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMMAKED INJ 1GM/10ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMMAKED INJ 5GM/50ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMMAKED INJ 10GM/100	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMMAKED INJ 20GM/200	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMMAPLEX INJ 5%	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMMAPLEX INJ 10%	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMUNEX-C INJ 1GM/10ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMUNEX-C INJ 2.5GM/25	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMUNEX-C INJ 5GM/50ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMUNEX-C INJ 10GM/100	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMUNEX-C INJ 20GM/200	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMUNEX-C INJ 40/400ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
OCTAGAM INJ 1GM	\$0(2)	NDS, NM, PA
OCTAGAM INJ 2.5GM	\$0(2)	NDS, NM, PA
OCTAGAM INJ 2GM/20ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
OCTAGAM INJ 5GM	\$0(2)	NDS, NM, PA
OCTAGAM INJ 5GM/50ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
OCTAGAM INJ 10/100ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
OCTAGAM INJ 10GM	\$0(2)	NDS, NM, PA
OCTAGAM INJ 20/200ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
OCTAGAM INJ 30/300ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
PANZYGA SOL 1GM/10ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
PANZYGA SOL 2.5/25ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
PANZYGA SOL 5GM/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 **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PANZYGA SOL 10/100ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
PANZYGA SOL 20/200ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
PANZYGA SOL 30/300ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
PRIVIGEN INJ 5 GRAMS	\$0(2)	NDS, NM, PA
PRIVIGEN INJ 10GRAMS	\$0(2)	NDS, NM, PA
PRIVIGEN INJ 20GRAMS	\$0(2)	NDS, NM, PA
PRIVIGEN INJ 40GRAMS	\$0(2)	NDS, NM, PA
IMMUNOMODULATORS		
ACTIMMUNE INJ 2MU/0.5	\$0(2)	NDS, NM, PA
ARCALYST INJ 220MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
IMMUNOSUPPRESSANTS		
ASTAGRAF XL CAP 0.5MG	\$0(2)	B/D, NM
ASTAGRAF XL CAP 1MG	\$0(2)	B/D, NM
ASTAGRAF XL CAP 5MG	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>azathioprine tab 50 mg</i>	\$0(1)	B/D
BENLYSTA INJ 120MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
BENLYSTA INJ 200MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
BENLYSTA INJ 400MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>cyclosporine cap 25 mg</i>	\$0(1)	B/D, NM
<i>cyclosporine cap 100 mg</i>	\$0(1)	B/D, NM
<i>cyclosporine modified cap 25 mg</i>	\$0(1)	B/D, NM
<i>cyclosporine modified cap 50 mg</i>	\$0(1)	B/D, NM
<i>cyclosporine modified cap 100 mg</i>	\$0(1)	B/D, NM
<i>cyclosporine modified oral soln 100 mg/ml</i>	\$0(1)	B/D, NM
<i>everolimus tab 0.5 mg</i>	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>everolimus tab 0.25 mg</i>	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>everolimus tab 0.75 mg</i>	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>everolimus tab 1 mg</i>	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>gengraf</i>	\$0(1)	B/D, NM
<i>gengraf sol 100mg/ml</i>	\$0(1)	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil cap 250 mg</i>	\$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 **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mycophenolate mofetil for oral susp 200 mg/ml</i>	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil tab 500 mg</i>	\$0(1)	B/D, NM
<i>mycophenolate sodium tab dr 180 mg (mycophenolic acid equiv)</i>	\$0(1)	B/D, NM
<i>mycophenolate sodium tab dr 360 mg (mycophenolic acid equiv)</i>	\$0(1)	B/D, NM
NULOJIX INJ 250MG	\$0(2)	NDS, B/D, NM
PROGRAF GRA 0.2MG	\$0(2)	B/D, NM
PROGRAF GRA 1MG	\$0(2)	B/D, NM
REZUROCK TAB 200MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sirolimus oral soln 1 mg/ml</i>	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>sirolimus tab 0.5 mg</i>	\$0(1)	B/D, NM
<i>sirolimus tab 1 mg</i>	\$0(1)	B/D, NM
<i>sirolimus tab 2 mg</i>	\$0(1)	B/D, NM
<i>tacrolimus cap 0.5 mg</i>	\$0(1)	B/D, NM
<i>tacrolimus cap 1 mg</i>	\$0(1)	B/D, NM
<i>tacrolimus cap 5 mg</i>	\$0(1)	B/D, NM
VACCINES		
ABRYSVO INJ	\$0(1)	
ACTHIB INJ	\$0(1)	
ADACEL INJ	\$0(1)	
AREXVY INJ 120MCG	\$0(1)	
BCG VACCINE INJ 50MG	\$0(1)	
BEXSERO INJ	\$0(1)	
BOOSTRIX INJ	\$0(1)	
DAPTACEL INJ	\$0(1)	
DENGVAXIA SUS	\$0(1)	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	\$0(1)	B/D
ENGERIX-B INJ 10/0.5ML	\$0(1)	B/D
ENGERIX-B INJ 20MCG/ML	\$0(1)	B/D
GARDASIL 9 INJ	\$0(1)	
HAVRIX INJ 720UNIT	\$0(1)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HAVRIX INJ 1440UNIT	\$0(1)	
HEPLISAV-B INJ 20/0.5ML	\$0(1)	B/D
HIBERIX SOL 10MCG	\$0(1)	
IMOVAX RABIE INJ 2.5/ML	\$0(1)	B/D
INFANRIX INJ	\$0(1)	
IPOL INJ INACTIVE	\$0(1)	
IXIARO INJ	\$0(1)	
JYNNEOS INJ	\$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 INJ 50MCG	\$0(1)	
PEDIARIX INJ 0.5ML	\$0(1)	
PEDVAX HIB INJ	\$0(1)	
PENBRAYA INJ	\$0(1)	
PENMENVY INJ	\$0(1)	
PENTACEL INJ	\$0(1)	
PRIORIX INJ	\$0(1)	
PROQUAD INJ	\$0(1)	
QUADRACEL INJ 0.5ML	\$0(1)	
RABAVERT INJ	\$0(1)	B/D
RECOMBIVA HB INJ 5MCG/0.5	\$0(1)	B/D
RECOMBIVA HB INJ 10MCG/ML	\$0(1)	B/D
RECOMBIVA-HB INJ 40MCG/ML	\$0(1)	B/D
ROTARIX SUS	\$0(1)	
ROTATEQ SOL	\$0(1)	
SHINGRIX INJ 50/0.5ML	\$0(1)	QL (2 vials per lifetime)
TENIVAC INJ 5-2LF	\$0(1)	B/D
TICOVAC INJ	\$0(1)	
TRUMENBA INJ	\$0(1)	
TWINRIX INJ	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TYPHIM VI INJ	\$0(1)	
VAQTA INJ 25/0.5ML	\$0(1)	
VAQTA INJ 50UNT/ML	\$0(1)	
VARIVAX INJ	\$0(1)	
VAXCHORA SUS	\$0(1)	
VIMKUNYA INJ 40/0.8ML	\$0(1)	
VIVOTIF CAP EC	\$0(1)	
YF-VAX INJ	\$0(1)	
NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS - VITAMINS AND SUPPLEMENTS		
<i>ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE</i>		
D2.5W/NACL INJ 0.45%	\$0(2)	
D10W/NACL INJ 0.2%	\$0(2)	
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i>	\$0(1)	
ISOLYTE-P INJ /D5W	\$0(2)	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	\$0(2)	
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% 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 SU INJ 2GM/50ML	\$0(2)	
MAGNESIUM SU INJ 4G/100ML	\$0(2)	
MAGNESIUM SU INJ 20/500ML	\$0(2)	
MAGNESIUM SU INJ 40G/1000	\$0(2)	
MAGNESIUM SU INJ 50%	\$0(2)	
MAGNESIUM SU INJ 80MG/ML	\$0(2)	
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>	\$0(2)	
<i>magnesium sulfate inj 50%</i>	\$0(2)	
<i>magnesium sulfate iv soln 2 gm/50ml (40 mg/ml)</i>	\$0(2)	
<i>magnesium sulfate iv soln 4 gm/50ml (80 mg/ml)</i>	\$0(2)	
<i>magnesium sulfate iv soln 4 gm/100ml (40 mg/ml)</i>	\$0(2)	
<i>magnesium sulfate iv soln 20 gm/500ml (40 mg/ml)</i>	\$0(2)	
<i>magnesium sulfate iv soln 40 gm/1000ml (40 mg/ml)</i>	\$0(2)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	\$0(1)	
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	\$0(1)	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	\$0(2)	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	\$0(2)	
POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	\$0(2)	
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	\$0(1)	
<i>potassium chloride inj 2 meq/ml</i>	\$0(1)	
<i>potassium chloride inj 10 meq/50ml</i>	\$0(1)	
<i>potassium chloride inj 10 meq/100ml</i>	\$0(1)	
<i>potassium chloride inj 20 meq/50ml</i>	\$0(1)	
<i>potassium chloride inj 20 meq/100ml</i>	\$0(1)	
<i>potassium chloride inj 40 meq/100ml</i>	\$0(1)	
<i>sodium chloride inj 2.5 meq/ml (14.6%)</i>	\$0(1)	
<i>sodium chloride iv soln 0.9%</i>	\$0(1)	
<i>sodium chloride iv soln 0.45%</i>	\$0(1)	
<i>sodium chloride iv soln 3%</i>	\$0(1)	
<i>sodium chloride iv soln 5%</i>	\$0(1)	
TPN ELECTROL INJ	\$0(2)	B/D
ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL		
<i>klor-con</i>	\$0(1)	
<i>klor-con 8</i>	\$0(1)	
<i>klor-con 10</i>	\$0(1)	
<i>klor-con m10</i>	\$0(1)	
<i>klor-con m15</i>	\$0(1)	
<i>klor-con m20</i>	\$0(1)	
M-NATAL PLUS TAB	\$0(2)	
<i>potassium chloride cap er 8 meq</i>	\$0(1)	
<i>potassium chloride cap er 10 meq</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>potassium chloride microencapsulated crys er tab 10 meq</i>	\$0(1)	
<i>potassium chloride microencapsulated crys er tab 15 meq</i>	\$0(1)	
<i>potassium chloride microencapsulated crys er tab 20 meq</i>	\$0(1)	
<i>potassium chloride oral soln 10% (20 meq/15ml)</i>	\$0(1)	
<i>potassium chloride oral soln 20% (40 meq/15ml)</i>	\$0(1)	
<i>potassium chloride powder packet 20 meq</i>	\$0(1)	
<i>potassium chloride tab er 8 meq (600 mg)</i>	\$0(1)	
<i>potassium chloride tab er 10 meq</i>	\$0(1)	
<i>potassium chloride tab er 20 meq (1500 mg)</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)	
WESTAB PLUS TAB 27-1MG	\$0(2)	
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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dextrose inj 5%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose inj 10%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose inj 50%</i>	\$0(1)	B/D
<i>dextrose inj 70%</i>	\$0(1)	B/D
INTRALIPID INJ 20%	\$0(2)	B/D
INTRALIPID INJ 30%	\$0(2)	B/D
NUTRILIPID EMU 20%	\$0(2)	B/D
<i>plenamine</i>	\$0(1)	B/D
PREMASOL SOL 10%	\$0(2)	NDS, B/D
PROSOL INJ 20%	\$0(2)	B/D
TRAVASOL INJ 10%	\$0(2)	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	\$0(2)	B/D
VITAMINS		
B-COMPLEX/FA TAB /VIT C	\$0(3)	NM; *
<i>calcidol</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dialyvite 800</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ergocalciferol cap 1.25 mg (50000 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ergocalciferol soln 200 mcg/ml (8000 unit/ml)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>folika-bc</i>	\$0(3)	NM; *
<i>full spectrum b/vitamin c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nephro vitamins</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nephro-vite</i>	\$0(3)	NM; *
NEPHRONEX LIQ 0.9/5ML	\$0(3)	NM; *
<i>phytonadione inj 10 mg/ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>phytonadione tab 5 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pyridoxine hcl inj 100 mg/ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>rena-vite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>rena-vite rx</i>	\$0(3)	NM; *
<i>renal vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>reno caps</i>	\$0(3)	NM; *
<i>thiamine hcl inj 100 mg/ml</i>	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el 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)	
<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 ophth oint 500 unit/gm</i>	\$0(1)	
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	\$0(1)	
BESIVANCE SUS 0.6%	\$0(2)	
CILOXAN OIN 0.3% OP	\$0(2)	
<i>ciprofloxacin hcl ophth soln 0.3% (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>erythromycin ophth oint 5 mg/gm</i>	\$0(1)	
<i>gatifloxacin ophth soln 0.5%</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin sulfate ophth soln 0.3%</i>	\$0(1)	
<i>moxifloxacin hcl ophth soln 0.5% (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (12 mL / 30 days)
NATACYN SUS 5% OP	\$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)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>ofloxacin ophth soln 0.3%</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%</i>	\$0(1)	
<i>sulfacetamide sodium ophth soln 10%</i>	\$0(1)	
<i>tobramycin ophth soln 0.3%</i>	\$0(1)	
<i>trifluridine ophth soln 1%</i>	\$0(1)	
XDEMVY DRO 0.25%	\$0(2)	NDS, NM, PA
ZIRGAN GEL 0.15%	\$0(2)	
ANTI-INFLAMMATORIES - DRUGS TO TREAT INFLAMMATION		
<i>bromfenac sodium ophth soln 0.07% (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>bromfenac sodium ophth soln 0.075% (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophth soln 0.1%</i>	\$0(1)	
<i>diclofenac sodium ophth soln 0.1%</i>	\$0(1)	
FLAREX SUS 0.1% OP	\$0(2)	
<i>fluorometholone ophth susp 0.1%</i>	\$0(1)	
<i>flurbiprofen sodium ophth soln 0.03%</i>	\$0(1)	
<i>ketorolac tromethamine ophth soln 0.4%</i>	\$0(1)	
<i>ketorolac tromethamine ophth soln 0.5%</i>	\$0(1)	
LOTEMAX OIN 0.5%	\$0(2)	
<i>loteprednol etabonate ophth susp 0.2%</i>	\$0(1)	
PRED SOD PHO SOL 1% OP	\$0(2)	
<i>prednisolone acetate ophth susp 1%</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIALLERGICS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
<i>azelastine hcl ophth soln 0.05%</i>	\$0(1)	
<i>cromolyn sodium ophth soln 4%</i>	\$0(1)	
ZERVIAE DRO 0.24%	\$0(2)	
ANTIGLAUCOMA - DRUGS TO TREAT GLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl ophth soln 0.5%</i>	\$0(1)	
BETOPTIC-S SUS 0.25% OP	\$0(2)	
<i>brimonidine tartrate ophth soln 0.2%</i>	\$0(1)	
<i>brimonidine tartrate ophth soln 0.15%</i>	\$0(1)	
<i>brinzolamide ophth susp 1%</i>	\$0(1)	
<i>carteolol hcl ophth soln 1%</i>	\$0(1)	
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	\$0(2)	
<i>dorzolamide hcl ophth soln 2%</i>	\$0(1)	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 2-0.5%</i>	\$0(1)	
<i>latanoprost ophth soln 0.005%</i>	\$0(1)	
<i>levobunolol hcl ophth soln 0.5%</i>	\$0(1)	
LUMIGAN SOL 0.01% OP	\$0(2)	
<i>pilocarpine hcl ophth soln 1%</i>	\$0(1)	
<i>pilocarpine hcl ophth soln 2%</i>	\$0(1)	
<i>pilocarpine hcl ophth soln 4%</i>	\$0(1)	
RHOPRESSA SOL 0.02%	\$0(2)	
ROCKLATAN DRO	\$0(2)	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	\$0(2)	
<i>timolol maleate ophth gel forming soln 0.5%</i>	\$0(1)	
<i>timolol maleate ophth gel forming soln 0.25%</i>	\$0(1)	
<i>timolol maleate ophth soln 0.5%</i>	\$0(1)	
<i>timolol maleate ophth soln 0.25%</i>	\$0(1)	
VYZULTA SOL 0.024%	\$0(2)	
MISCELLANEOUS		
ATROPINE SUL SOL 1% OP	\$0(2)	

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>atropine sulfate ophth soln 1%</i>	\$0(1)	
CYSTADROPS SOL 0.37%	\$0(2)	NDS, NM, PA
CYSTARAN SOL 0.44%	\$0(2)	NDS, NM, PA
EYSUVIS DRO 0.25%	\$0(2)	
MIEBO DRO 1.3GM/ML	\$0(2)	
<i>proparacaine hcl ophth soln 0.5%</i>	\$0(1)	
RESTASIS EMU 0.05% OP	\$0(2)	
RESTASIS MUL EMU 0.05% OP	\$0(2)	
XIIDRA DRO 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</i>	\$0(1)	
<i>fluocinolone acetonide (otic) oil 0.01%</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 0.3%</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)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
ANTICHOLINERGICS - DRUGS TO TREAT COPD		
ATROVENT HFA AER 17MCG	\$0(2)	QL (2 inhalers / 30 days)
INCRUSE ELPT INH 62.5MCG	\$0(2)	QL (30 blisters / 30 days)
<i>ipratropium bromide inhal soln 0.02%</i>	\$0(1)	B/D
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.03% (21 mcg/spray)</i>	\$0(1)	
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.06% (42 mcg/spray)</i>	\$0(1)	
ANTI-HISTAMINES - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
<i>all day allergy</i>	\$0(3)	NM; *
<i>all day allergy childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>azelastine hcl nasal spray 0.1% (137 mcg/spray)</i>	\$0(1)	
<i>banophen</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hcl allergy ch</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hcl chew tab 5 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hcl chew tab 10 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hcl childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hcl oral soln 1 mg/ml (5 mg/5ml)</i>	\$0(1)	QL (300 mL / 30 days)
<i>cetirizine hcl tab 5 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hcl tab 10 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hydrochloride</i>	\$0(3)	NM; *
<i>childrens loratadine</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cyproheptadine hcl syrup 2 mg/5ml</i>	\$0(2)	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 **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ciproheptadine hcl tab 4 mg</i>	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>diphenhydramine hcl cap 25 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>diphenhydramine hcl cap 50 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>diphenhydramine hcl inj 50 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>diphenhydramine hcl liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>diphenhydramine hcl tab 25 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft all day allergy</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft all day allergy 24 hou</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft all day allergy relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft allergy relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft allergy relief childre</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp all day allergy</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp all day allergy child</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp all day allergy relie</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy relief maximu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp childrens allergy</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp loratadine</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp loratadine childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense all day allergy</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense allergy relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm all day allergy childr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm loratadine</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hydroxyzine hcl im soln 25 mg/ml</i>	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older
<i>hydroxyzine hcl im soln 50 mg/ml</i>	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older
<i>hydroxyzine hcl syrup 10 mg/5ml</i>	\$0(2)	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 **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydroxyzine hcl tab 10 mg</i>	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>hydroxyzine hcl tab 25 mg</i>	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>hydroxyzine hcl tab 50 mg</i>	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>hydroxyzine pamoate cap 25 mg</i>	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>hydroxyzine pamoate cap 50 mg</i>	\$0(2)	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>levocetirizine dihydrochloride soln 2.5 mg/5ml (0.5 mg/ml)</i>	\$0(1)	QL (300 mL / 30 days)
<i>levocetirizine dihydrochloride tab 5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>liquid allergy relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>loratadine cap 10 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>loratadine childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>loratadine oral soln 5 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>loratadine rapidly-disintegrating tab 10 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>loratadine tab 10 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>m-dryl</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm all day allergy</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm all day allergy relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy relief childre</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm loratadine</i>	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BETA AGONISTS - DRUGS TO TREAT ASTHMA AND COPD		
<i>albuterol sulfate inhal aero 108 mcg/act (90mcg base equiv)</i>	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proair HFA)
<i>albuterol sulfate inhal aero 108 mcg/act (90mcg base equiv)</i>	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proventil HFA)
<i>albuterol sulfate inhal aero 108 mcg/act (90mcg base equiv)</i>	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Ventolin HFA)
<i>albuterol sulfate soln nebu 0.5% (5 mg/ml)</i>	\$0(1)	B/D
<i>albuterol sulfate soln nebu 0.63 mg/3ml (base equiv)</i>	\$0(1)	B/D
<i>albuterol sulfate soln nebu 0.083% (2.5 mg/3ml)</i>	\$0(1)	B/D
<i>albuterol sulfate soln nebu 1.25 mg/3ml (base equiv)</i>	\$0(1)	B/D
<i>albuterol sulfate syrup 2 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>albuterol sulfate tab 2 mg</i>	\$0(1)	
<i>albuterol sulfate tab 4 mg</i>	\$0(1)	
<i>levalbuterol hcl soln nebu 0.31 mg/3ml (base equiv)</i>	\$0(1)	B/D
<i>levalbuterol hcl soln nebu 0.63 mg/3ml (base equiv)</i>	\$0(1)	B/D
<i>levalbuterol hcl soln nebu 1.25 mg/3ml (base equiv)</i>	\$0(1)	B/D
<i>levalbuterol hcl soln nebu conc 1.25 mg/0.5ml (base equiv)</i>	\$0(1)	B/D
<i>levalbuterol tartrate inhal aerosol 45 mcg/act (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days), ST
SEREVENT DIS AER 50MCG	\$0(2)	QL (60 inhalations / 30 days)
<i>terbutaline sulfate tab 2.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>terbutaline sulfate tab 5 mg</i>	\$0(1)	
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK)	\$0(2)	QL (6 inhalers / 30 days)
VENTOLIN HFA AER	\$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 **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COUGH AND COLD		
<i>chest congestion relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>chest congestion relief d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dextromethorphan-guaifenesin liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dextromethorphan-guaifenesin syrup 10-100 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft nasal decongestant max</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft tussin adult</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal decongestant</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal decongestant/ma</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tussin dm cough</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tussin mucus & chest</i>	\$0(3)	NM; *
<i>guaifenesin liquid 100 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex fast-max chest co</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nasal decongestant</i>	\$0(3)	NM; *
<i>promethazine w/ codeine syrup 6.25-10 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pseudoephedrine hcl tab 30 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm tussin dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm tussin dm cough/chest</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm tussin mucus + chest c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sudogest</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sudogest maximum strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tusnel diabetic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tusnel-ex</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin mucus & chest cong</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin mucus + chest cong</i>	\$0(3)	NM; *
LEUKOTRIENE MODULATORS		
<i>montelukast sodium chew tab 4 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	
<i>montelukast sodium chew tab 5 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>montelukast sodium oral granules packet 4 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	
<i>montelukast sodium tab 10 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	
<i>zafirlukast tab 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>zafirlukast tab 20 mg</i>	\$0(1)	
MISCELLANEOUS		
<i>acetylcysteine inhal soln 10%</i>	\$0(1)	B/D
<i>acetylcysteine inhal soln 20%</i>	\$0(1)	B/D
<i>afrin saline nasal mist</i>	\$0(3)	NM; *
<i>altamist</i>	\$0(3)	NM; *
ALYFTREK TAB 4-20-50	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
ALYFTREK TAB 10-50-125	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
ARALAST NP INJ 500MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
ARALAST NP INJ 1000MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>ayr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>baby ayr saline</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cromolyn sodium soln nebu 20 mg/2ml</i>	\$0(1)	B/D
<i>cvs saline nasal spray</i>	\$0(3)	NM; *
<i>deep sea nasal spray</i>	\$0(3)	NM; *
<i>epinephrine solution auto-injector 0.3 mg/0.3ml (1:1000)</i>	\$0(1)	(generic of Adrenaclick)
<i>epinephrine solution auto-injector 0.3 mg/0.3ml (1:1000)</i>	\$0(1)	(generic of EpiPen)
<i>epinephrine solution auto-injector 0.15 mg/0.3ml (1:2000)</i>	\$0(1)	(generic of EpiPen)
<i>epinephrine solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml (1:1000)</i>	\$0(1)	(generic of Adrenaclick)
<i>eq saline nasal spray</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql saline nasal spray</i>	\$0(3)	NM; *
FASENRA INJ 10MG/0.5	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FASENRA INJ 30MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
FASENRA PEN INJ 30MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
<i>gnp nasal moisturizing</i>	\$0(3)	NM; *
KALYDECO GRA 5.8MG	\$0(2)	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
KALYDECO GRA 13.4MG	\$0(2)	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
KALYDECO PAK 25MG	\$0(2)	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
KALYDECO PAK 50MG	\$0(2)	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
KALYDECO PAK 75MG	\$0(2)	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
KALYDECO TAB 150MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>meijer saline nasal spray</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nasal moist</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nasal moisturizing spray</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ocean for kids</i>	\$0(3)	NM; *
OFEV CAP 100MG	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
OFEV CAP 150MG	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 75-94MG	\$0(2)	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 100-125	\$0(2)	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 150-188	\$0(2)	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI TAB 100-125	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
ORKAMBI TAB 200-125	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pirfenidone cap 267 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (270 caps / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone tab 267 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (270 tabs / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone tab 534 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone tab 801 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
PROLASTIN-C INJ 1000MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
PULMOZYME SOL 1MG/ML	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>qc saline nasal relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc saline nasal spray</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra saline nasal spray</i>	\$0(3)	NM; *
<i>roflumilast tab 250 mcg</i>	\$0(1)	QL (56 tabs / year)
<i>roflumilast tab 500 mcg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>saline mist</i>	\$0(3)	NM; *
<i>saline nasal spray 0.65%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb saline nose</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal spray saline</i>	\$0(3)	NM; *
SYMDEKO TAB 50-75MG	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
SYMDEKO TAB 100-150	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
<i>theophylline elixir 80 mg/15ml</i>	\$0(1)	
<i>theophylline soln 80 mg/15ml</i>	\$0(1)	
<i>theophylline tab er 12hr 100 mg</i>	\$0(1)	
<i>theophylline tab er 12hr 200 mg</i>	\$0(1)	
<i>theophylline tab er 12hr 300 mg</i>	\$0(1)	
<i>theophylline tab er 12hr 450 mg</i>	\$0(1)	
<i>theophylline tab er 24hr 400 mg</i>	\$0(1)	
<i>theophylline tab er 24hr 600 mg</i>	\$0(1)	
TRIKAFTA PAK 59.5MG	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRIKAFTA PAK 75MG	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
XOLAIR INJ 75/0.5	\$0(2)	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
XOLAIR INJ 75/0.5	\$0(2)	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
XOLAIR INJ 150MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (8 pens / 28 days), NM, PA
XOLAIR INJ 150MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
XOLAIR INJ 300/2ML	\$0(2)	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
XOLAIR INJ 300/2ML	\$0(2)	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOL 150MG	\$0(2)	NDS, QL (8 vials / 28 days), NM, PA
ZEMAIRA INJ 1000MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
ZEMAIRA INJ 4000MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
ZEMAIRA INJ 5000MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
NASAL STEROIDS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
<i>flunisolide nasal soln 25 mcg/act (0.025%)</i>	\$0(1)	QL (3 bottles / 30 days)
<i>fluticasone propionate nasal susp 50 mcg/act</i>	\$0(1)	QL (1 bottle / 30 days)
XHANCE MIS 93MCG	\$0(2)	QL (32 mL / 30 days), PA
STEROID INHALANTS - DRUGS TO TREAT ASTHMA		
ALVESCO AER 80MCG	\$0(2)	QL (3 inhalers / 30 days)
ALVESCO AER 160MCG	\$0(2)	QL (2 inhalers / 30 days)
ARNUITY ELPT INH 50MCG	\$0(2)	QL (30 inhalations / 30 days)
ARNUITY ELPT INH 100MCG	\$0(2)	QL (30 inhalations / 30 days)
ARNUITY ELPT INH 200MCG	\$0(2)	QL (30 inhalations / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>budesonide inhalation susp 0.5 mg/2ml</i>	\$0(1)	B/D
<i>budesonide inhalation susp 0.25 mg/2ml</i>	\$0(1)	B/D
STEROID/BETA-AGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT ASTHMA AND COPD		
ADVAIR HFA AER 45/21	\$0(2)	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 115/21	\$0(2)	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 230/21	\$0(2)	QL (1 inhaler / 30 days)
AIRSUPRA AER 90-80MCG	\$0(2)	QL (3 inhalers / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 100-25	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 200-25	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
<i>breyna</i>	\$0(1)	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 80-4.5 mcg/act</i>	\$0(1)	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 160-4.5 mcg/act</i>	\$0(1)	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 50-5MCG	\$0(2)	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 100-5MCG	\$0(2)	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 200-5MCG	\$0(2)	QL (3 inhalers / 30 days)
<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>	\$0(1)	PA
<i>amnesteem</i>	\$0(1)	PA
<i>amnesteem cap 30mg</i>	\$0(1)	PA

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare NDS - Suministro no extendido * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i>	\$0(1)	QL (46.6 gm / 30 days)
<i>claravis</i>	\$0(1)	PA
<i>clindamycin phosphate gel 1% (once-daily)</i>	\$0(1)	QL (75 mL / 30 days)
<i>clindamycin phosphate lotion 1%</i>	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>clindamycin phosphate soln 1%</i>	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>ery</i>	\$0(1)	QL (60 pledgets / 30 days)
<i>erythromycin gel 2%</i>	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>erythromycin soln 2%</i>	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>isotretinoin cap 10 mg</i>	\$0(1)	PA
<i>isotretinoin cap 20 mg</i>	\$0(1)	PA
<i>isotretinoin cap 30 mg</i>	\$0(1)	PA
<i>isotretinoin cap 40 mg</i>	\$0(1)	PA
<i>sulfacetamide sodium lotion 10% (acne)</i>	\$0(1)	QL (118 mL / 30 days)
<i>tretinoin cream 0.1%</i>	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days), PA
<i>tretinoin cream 0.05%</i>	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days), PA
<i>tretinoin cream 0.025%</i>	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days), PA
<i>tretinoin gel 0.01%</i>	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days), PA
<i>tretinoin gel 0.025%</i>	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days), PA
<i>twice-daily clindamycin phosphate (topical)</i>	\$0(1)	QL (75 gm / 30 days)
<i>zenatane</i>	\$0(1)	PA
DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS		
<i>gentamicin sulfate cream 0.1%</i>	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
<i>gentamicin sulfate oint 0.1%</i>	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
<i>mupirocin oint 2%</i>	\$0(1)	QL (220 gm / 30 days)
<i>silver sulfadiazine cream 1%</i>	\$0(1)	
<i>ssd</i>	\$0(1)	
SULFAMYLON CRE 85MG/GM	\$0(2)	QL (453.6 gm / 30 days)
DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS		
<i>ciclopirox olamine cream 0.77% (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (90 gm / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ciclopirox olamine susp 0.77% (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>ciclopirox shampoo 1%</i>	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days)
<i>clotrimazole cream 1%</i>	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
<i>clotrimazole soln 1%</i>	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i>	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
<i>econazole nitrate cream 1%</i>	\$0(1)	QL (85 gm / 30 days)
<i>ketoconazole cream 2%</i>	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>ketoconazole shampoo 2%</i>	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days)
<i>klayesta</i>	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>nyamyc</i>	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystatin cream 100000 unit/gm</i>	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
<i>nystatin oint 100000 unit/gm</i>	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
<i>nystatin topical powder 100000 unit/gm</i>	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystop</i>	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>selenium sulfide lotion 2.5%</i>	\$0(1)	
DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS		
<i>acitretin cap 10 mg</i>	\$0(1)	PA
<i>acitretin cap 17.5 mg</i>	\$0(1)	PA
<i>acitretin cap 25 mg</i>	\$0(1)	PA
<i>calcipotriene cream 0.005%</i>	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>calcipotriene oint 0.005%</i>	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>calcipotriene soln 0.005% (50 mcg/ml)</i>	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days), PA
<i>calcitrene</i>	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days), PA
ENSTILAR AER	\$0(2)	NDS, QL (120 gm / 30 days), PA
<i>tazarotene cream 0.1%</i>	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days), PA
<i>tazarotene cream 0.05%</i>	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days), PA
TAZORAC CRE 0.05%	\$0(2)	QL (60 gm / 30 days), PA
DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS		
<i>ala-cort</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>alclometasone dipropionate cream 0.05%</i>	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>alclometasone dipropionate oint 0.05%</i>	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented cream 0.05%</i>	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented gel 0.05%</i>	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented lotion 0.05%</i>	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented oint 0.05%</i>	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate cream 0.05%</i>	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate lotion 0.05%</i>	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate oint 0.05%</i>	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone valerate cream 0.1% (base equivalent)</i>	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone valerate lotion 0.1% (base equivalent)</i>	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone valerate oint 0.1% (base equivalent)</i>	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>clobetasol propionate cream 0.05%</i>	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>clobetasol propionate e</i>	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>clobetasol propionate gel 0.05%</i>	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>clobetasol propionate oint 0.05%</i>	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>clobetasol propionate soln 0.05%</i>	\$0(1)	QL (50 mL / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide cream 0.01%</i>	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide cream 0.025%</i>	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide oil 0.01% (body oil)</i>	\$0(1)	QL (118.28 mL / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluocinolone acetonide oil 0.01% (scalp oil)</i>	\$0(1)	QL (118.28 mL / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide oint 0.025%</i>	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide soln 0.01%</i>	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>fluocinonide cream 0.05%</i>	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinonide emulsified base cream 0.05%</i>	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinonide gel 0.05%</i>	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinonide oint 0.05%</i>	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinonide soln 0.05%</i>	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>fluticasone propionate cream 0.05%</i>	\$0(1)	
<i>fluticasone propionate oint 0.005%</i>	\$0(1)	
<i>halobetasol propionate cream 0.05%</i>	\$0(1)	QL (50 gm / 30 days)
<i>halobetasol propionate oint 0.05%</i>	\$0(1)	QL (50 gm / 30 days)
<i>hydrocortisone cream 1%</i>	\$0(1)	
<i>hydrocortisone cream 2.5%</i>	\$0(1)	
<i>hydrocortisone lotion 2.5%</i>	\$0(1)	
<i>hydrocortisone oint 1%</i>	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
<i>hydrocortisone oint 2.5%</i>	\$0(1)	
<i>hydrocortisone valerate cream 0.2%</i>	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>mometasone furoate cream 0.1%</i>	\$0(1)	
<i>mometasone furoate oint 0.1%</i>	\$0(1)	
<i>mometasone furoate solution 0.1% (lotion)</i>	\$0(1)	
<i>triamcinolone acetonide cream 0.1%</i>	\$0(1)	QL (454 gm / 30 days)
<i>triamcinolone acetonide cream 0.5%</i>	\$0(1)	QL (454 gm / 30 days)
<i>triamcinolone acetonide cream 0.025%</i>	\$0(1)	QL (454 gm / 30 days)
<i>triamcinolone acetonide lotion 0.1%</i>	\$0(1)	
<i>triamcinolone acetonide lotion 0.025%</i>	\$0(1)	
<i>triamcinolone acetonide oint 0.1%</i>	\$0(1)	
<i>triamcinolone acetonide oint 0.5%</i>	\$0(1)	
<i>triamcinolone acetonide oint 0.025%</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
 * - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
 N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>triderm</i>	\$0(1)	QL (454 gm / 30 days)
DERMATOLOGY, LOCAL ANESTHETICS		
<i>glydo</i>	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine hcl soln 4%</i>	\$0(1)	QL (50 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine oint 5%</i>	\$0(1)	QL (50 gm / 30 days), PA
<i>lidocaine patch 5%</i>	\$0(1)	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>	\$0(1)	B/D, QL (30 gm / 30 days)
<i>lidocan</i>	\$0(1)	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>tridacaine dis 5% patch</i>	\$0(1)	QL (3 patches / 1 day), PA
DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE		
<i>bexarotene gel 1%</i>	\$0(2)	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA
<i>diclofenac sodium soln 1.5%</i>	\$0(1)	QL (300 mL / 28 days)
<i>fluorouracil cream 5%</i>	\$0(1)	QL (40 gm / 30 days)
<i>fluorouracil soln 2%</i>	\$0(1)	QL (10 mL / 30 days)
<i>fluorouracil soln 5%</i>	\$0(1)	QL (10 mL / 30 days)
<i>hydrocortisone perianal cream 1%</i>	\$0(1)	
<i>hydrocortisone perianal cream 2.5%</i>	\$0(1)	
<i>imiquimod cream 5%</i>	\$0(1)	QL (24 packets / 30 days)
<i>lactic acid (ammonium lactate) cream 12%</i>	\$0(1)	
<i>lactic acid (ammonium lactate) lotion 12%</i>	\$0(1)	
<i>metronidazole cream 0.75%</i>	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
<i>metronidazole gel 0.75%</i>	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
<i>metronidazole lotion 0.75%</i>	\$0(1)	QL (59 mL / 30 days)
<i>nitroglycerin oint 0.4%</i>	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
PANRETIN GEL 0.1%	\$0(2)	NDS, QL (60 gm / 30 days), PA
<i>pimecrolimus cream 1%</i>	\$0(1)	QL (100 gm / 30 days), PA
<i>podofilox soln 0.5%</i>	\$0(1)	QL (7 mL / 28 days)
<i>procto-med hc</i>	\$0(1)	
<i>proctocort</i>	\$0(1)	
<i>proctosol hc</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>proctozone-hc</i>	\$0(1)	
<i>tacrolimus oint 0.1%</i>	\$0(1)	QL (100 gm / 30 days), PA
<i>tacrolimus oint 0.03%</i>	\$0(1)	QL (100 gm / 30 days), PA
VALCHLOR GEL 0.016%	\$0(2)	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA
DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES		
<i>malathion lotion 0.5%</i>	\$0(1)	QL (59 mL / 30 days)
<i>permethrin cream 5%</i>	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS		
SANTYL OIN 250/GM	\$0(2)	QL (180 gm / 30 days)
<i>sodium chloride irrigation soln 0.9%</i>	\$0(1)	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	\$0(1)	
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS		
<i>cevimeline hcl cap 30 mg</i>	\$0(1)	
<i>chlorhexidine gluconate soln 0.12%</i>	\$0(1)	
<i>clotrimazole troche 10 mg</i>	\$0(1)	QL (150 lozenges / 30 days)
<i>kourzeq</i>	\$0(1)	
<i>lidocaine hcl viscous soln 2%</i>	\$0(1)	
<i>nystatin susp 100000 unit/ml</i>	\$0(1)	
<i>periogard</i>	\$0(1)	
<i>pilocarpine hcl tab 5 mg</i>	\$0(1)	
<i>pilocarpine hcl tab 7.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1%</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **NDS** - Suministro no extendido
* - Productos de venta libre (OTC) o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid
N.º de identificación del formulario: 00025121 v20

D. Índice de medicamentos cubiertos

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
3		<i>acetic acid irrigation soln 0.25%</i>	136
<i>3 day vaginal</i>	137	<i>acetic acid otic soln 2%</i>	158
7		<i>acetylcysteine inhal soln 10%</i>	164
<i>7 day vagina cre 2%</i>	137	<i>acetylcysteine inhal soln 20%</i>	164
A		<i>acid gone</i>	125
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-</i>		ACID GONE.....	125
<i>300 mg</i>	16	<i>acid reducer</i>	129
<i>abacavir sulfate soln 20 mg/ml (base equiv)</i>	14	<i>acid reducer original str</i>	129
<i>abacavir sulfate tab 300 mg (base equiv)</i>	14	<i>acitretin cap 10 mg</i>	170
<i>abigale lo tab 0.5-0.1</i>	117	<i>acitretin cap 17.5 mg</i>	170
<i>abigale tab 1-0.5mg</i>	117	<i>acitretin cap 25 mg</i>	170
ABILIFY ASIM INJ 720MG	78	ACTHIB INJ.....	148
ABILIFY ASIM INJ 960MG	78	ACTIMMUNE INJ 2MU/0.5	147
ABILIFY MAIN INJ 300MG	78	<i>acyclovir cap 200 mg</i>	18
ABILIFY MAIN INJ 400MG	78	<i>acyclovir sodium iv soln 50 mg/ml</i>	18
<i>abiraterone acetate tab 250 mg</i>	30	<i>acyclovir susp 200 mg/5ml</i>	18
<i>abiraterone acetate tab 500 mg</i>	30	<i>acyclovir tab 400 mg</i>	18
<i>abirtega tab 250mg</i>	30	<i>acyclovir tab 800 mg</i>	18
ABRYSVO INJ	148	ADACEL INJ.....	148
<i>acamprosate calcium tab delayed release</i>		ADALIMU-AACF INJ 40/0.8ML	141
<i>333 mg</i>	102	ADALIMU-AACF KIT 40/0.8ML.....	141
<i>acarbose tab 25 mg</i>	104	<i>adefovir dipivoxil tab 10 mg</i>	18
<i>acarbose tab 50 mg</i>	104	ADEMPAS TAB 0.5MG.....	67
<i>acarbose tab 100 mg</i>	104	ADEMPAS TAB 1.5MG	67
<i>accutane</i>	168	ADEMPAS TAB 1MG.....	67
<i>acebutolol hcl cap 200 mg</i>	60	ADEMPAS TAB 2.5MG.....	67
<i>acebutolol hcl cap 400 mg</i>	60	ADEMPAS TAB 2MG	67
<i>acetaminophen liquid 160 mg/5ml</i>	2	ADMELOG INJ 100U/ML.....	107
<i>acetaminophen soln 160 mg/5ml</i>	2	ADMELOG SOLO INJ 100U/ML.....	107
<i>acetaminophen suppos 120 mg</i>	2	ADVAIR HFA AER 45/21	168
<i>acetaminophen susp 160 mg/5ml</i>	2	ADVAIR HFA AER 115/21	168
<i>acetaminophen tab 325 mg</i>	2	ADVAIR HFA AER 230/21	168
<i>acetaminophen tab 500 mg</i>	2	<i>afirmelle</i>	110
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-</i>		<i>afirin saline nasal mist</i>	164
<i>12 mg/5ml</i>	7	AIMOVIG INJ 70MG/ML	97
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i> ...	7	AIMOVIG INJ 140MG/ML	97
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i> ..	7	AIRSUPRA AER 90-80MCG	168
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i> ..	7	AKEEGA TAB 50/500MG.....	30
<i>acetazolamide cap er 12hr 500 mg</i>	63	AKEEGA TAB 100/500	30
<i>acetazolamide tab 125 mg</i>	64	<i>ala-cort</i>	170
<i>acetazolamide tab 250 mg</i>	64	<i>albendazole tab 200 mg</i>	9
		<i>albuterol sulfate inhal aero 108 mcg/act</i>	
		<i>(90mcg base equiv)</i>	162
		<i>albuterol sulfate soln nebu 0.5% (5 mg/ml)</i>	162

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>albuterol sulfate soln nebu 0.63 mg/3ml</i>		<i>alum & mag hydroxide-simethicone susp</i>	
<i>(base equiv)</i>	162	200-200-20 mg/5ml	125
<i>albuterol sulfate soln nebu 0.083%</i>		<i>alum & mag hydroxide-simethicone susp</i>	
<i>(2.5 mg/3ml)</i>	162	400-400-40 mg/5ml.....	125
<i>albuterol sulfate soln nebu 1.25 mg/3ml</i>		ALUNBRIG PAK	34
<i>(base equiv)</i>	162	ALUNBRIG TAB 30MG.....	34
<i>albuterol sulfate syrup 2 mg/5ml</i>	162	ALUNBRIG TAB 90MG	34
<i>albuterol sulfate tab 2 mg</i>	162	ALUNBRIG TAB 180MG	34
<i>albuterol sulfate tab 4 mg</i>	162	ALVAIZ TAB 9MG	140
<i>alclometasone dipropionate cream 0.05%</i> ..	171	ALVAIZ TAB 18MG	140
<i>alclometasone dipropionate oint 0.05%</i>	171	ALVAIZ TAB 36MG	140
ALCOHOL SWABS\		ALVAIZ TAB 54MG	140
BD-EMBECTA/MHC/RUGBY 107		ALVESCO AER 80MCG	167
ALDURAZYME INJ 2.9MG/5M	120	ALVESCO AER 160MCG.....	167
ALECENSA CAP 150MG.....	34	<i>alyacen 1/35</i>	110
<i>alendronate sodium oral soln 70 mg/75ml</i>	109	<i>alyacen 7/7/7</i>	110
<i>alendronate sodium tab 10 mg</i>	109	ALYFTREK TAB 4-20-50	164
<i>alendronate sodium tab 35 mg</i>	109	ALYFTREK TAB 10-50-125.....	164
<i>alendronate sodium tab 70 mg</i>	109	ALYGLO INJ 5GM/50ML.....	145
<i>alfuzosin hcl tab er 24hr 10 mg</i>	136	ALYGLO INJ 10/100ML.....	145
<i>aliskiren fumarate tab 150 mg (base</i>		ALYGLO INJ 20/200ML	145
<i>equivalent)</i>	65	<i>alyq</i>	67
<i>aliskiren fumarate tab 300 mg (base</i>		<i>amantadine hcl cap 100 mg</i>	76
<i>equivalent)</i>	65	<i>amantadine hcl soln 50 mg/5ml</i>	76
<i>all day allergy</i>	159	<i>amantadine hcl tab 100 mg</i>	76
<i>all day allergy childrens</i>	159	<i>ambrisentan tab 5 mg</i>	67
<i>all day pain relief</i>	4	<i>ambrisentan tab 10 mg</i>	67
<i>all day relief</i>	4	<i>amethia tab</i>	110
<i>allergy</i>	159	<i>amethyst</i>	110
<i>allergy childrens</i>	159	<i>amikacin sulfate inj 1 gm/4ml (250 mg/ml)</i>	9
<i>allergy relief</i>	159	<i>amikacin sulfate inj 500 mg/2ml</i>	
<i>allergy relief childrens</i>	159	<i>(250 mg/ml)</i>	9
<i>allopurinol tab 100 mg</i>	2	<i>amiloride hcl tab 5 mg</i>	64
<i>allopurinol tab 300 mg</i>	2	<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>almacone double strength</i>	125	5-50 mg.....	64
<i>alose tron hcl tab 0.5 mg (base equiv)</i>	134	<i>amiodarone hcl inj 150 mg/3ml (50 mg/ml)</i> ..	56
<i>alose tron hcl tab 1 mg (base equiv)</i>	134	<i>amiodarone hcl inj 450 mg/9ml (50 mg/ml)</i> 56	
<i>alprazolam tab 0.5 mg</i>	69	<i>amiodarone hcl inj 900 mg/18ml</i>	
<i>alprazolam tab 0.25 mg</i>	69	<i>(50 mg/ml)</i>	56
<i>alprazolam tab 1 mg</i>	69	<i>amiodarone hcl tab 100 mg</i>	56
<i>alprazolam tab 2 mg</i>	69	<i>amiodarone hcl tab 200 mg</i>	56
<i>altamist</i>	164	<i>amiodarone hcl tab 400 mg</i>	56
<i>altavera</i>	110	<i>amitriptyline hcl tab 10 mg</i>	71
ALUM HYDROX SUS 320/5ML.....	125	<i>amitriptyline hcl tab 25 mg</i>	71
		<i>amitriptyline hcl tab 50 mg</i>	71
		<i>amitriptyline hcl tab 75 mg</i>	71

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>amitriptyline hcl tab 100 mg</i>	71	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	24
<i>amitriptyline hcl tab 150 mg</i>	71	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	24
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i>	50	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i> .	24
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i>	50	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i> .	24
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i>	50	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i> ..	24
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i>	50	<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	24
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i>	50	<i>amoxicillin (trihydrate) cap 250 mg</i>	24
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i>	50	<i>amoxicillin (trihydrate) cap 500 mg</i>	24
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i>	53	<i>amoxicillin (trihydrate) chew tab 125 mg</i>	24
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>	53	<i>amoxicillin (trihydrate) chew tab 250 mg</i>	24
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i>	53	<i>amoxicillin (trihydrate) for susp 125 mg/5ml</i> .	24
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i>	53	<i>amoxicillin (trihydrate) for susp 200 mg/5ml</i> .	24
<i>amlodipine besylate tab 2.5 mg (base equivalent)</i>	61	<i>amoxicillin (trihydrate) for susp 250 mg/5ml</i> .	24
<i>amlodipine besylate tab 5 mg (base equivalent)</i>	61	<i>amoxicillin (trihydrate) for susp 400 mg/5ml</i>	24
<i>amlodipine besylate tab 10 mg (base equivalent)</i>	61	<i>amoxicillin (trihydrate) tab 500 mg</i>	24
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i> .	53	<i>amoxicillin (trihydrate) tab 875 mg</i>	24
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i>	53	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	94
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i>	54	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	94
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i>	54	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	95
<i>amnestem</i>	168	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	95
<i>amnestem cap 30mg</i>	168	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	95
<i>amoxapine tab 25 mg</i>	71	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	95
<i>amoxapine tab 50 mg</i>	71	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	95
<i>amoxapine tab 100 mg</i>	71	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	95
<i>amoxapine tab 150 mg</i>	71	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	95
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	24	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	95
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	24	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	95
		<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	95
		<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	95

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>amphotericin b for iv soln 50 mg</i>	13	APTIVUS CAP 250MG	14
<i>amphotericin b liposome iv for susp 50 mg</i> ..	13	ARALAST NP INJ 500MG	164
<i>ampicillin cap 500 mg</i>	25	ARALAST NP INJ 1000MG	164
<i>ampicillin sodium for inj 1 gm</i>	25	<i>aranelle</i>	110
<i>ampicillin sodium for inj 2 gm</i>	25	ARCALYST INJ 220MG	147
<i>ampicillin sodium for inj 125 mg</i>	25	AREXVY INJ 120MCG	148
<i>ampicillin sodium for inj 250 mg</i>	25	ARIKAYCE SUS.....	9
<i>ampicillin sodium for inj 500 mg</i>	25	<i>aripiprazole orally disintegrating tab 10 mg</i> ..	78
<i>ampicillin sodium for iv soln 1 gm</i>	25	<i>aripiprazole orally disintegrating tab 15 mg</i> ..	78
<i>ampicillin sodium for iv soln 2 gm</i>	25	<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	78
<i>ampicillin sodium for iv soln 10 gm</i>	25	<i>aripiprazole tab 2 mg</i>	78
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-</i>		<i>aripiprazole tab 5 mg</i>	78
<i>0.5) gm</i>	24	<i>aripiprazole tab 10 mg</i>	78
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1)</i>		<i>aripiprazole tab 15 mg</i>	78
<i>gm</i>	25	<i>aripiprazole tab 20 mg</i>	78
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5</i>		<i>aripiprazole tab 30 mg</i>	78
<i>(1-0.5) gm</i>	25	ARISTADA INJ 441MG/1.....	78
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3</i>		ARISTADA INJ 662MG/2	78
<i>(2-1) gm</i>	25	ARISTADA INJ 882MG/3	78
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15</i>		ARISTADA INJ 1064MG	78
<i>(10-5) gm</i>	25	ARISTADA INJ INITIO	78
<i>anagrelide hcl cap 0.5 mg</i>	140	<i>armodafinil tab 50 mg</i>	101
<i>anagrelide hcl cap 1 mg</i>	140	<i>armodafinil tab 150 mg</i>	101
<i>anastrozole tab 1 mg</i>	30	<i>armodafinil tab 200 mg</i>	101
ANORO ELLIPT AER 62.5-25.....	158	<i>armodafinil tab 250 mg</i>	101
<i>antacid</i>	125	ARNUITY ELPT INH 50MCG.....	167
<i>antacid/antigas liquid</i>	125	ARNUITY ELPT INH 100MCG	167
<i>antacid calcium regular s</i>	125	ARNUITY ELPT INH 200MCG	167
<i>antacid extra strength</i>	125	<i>asenapine maleate sl tab 2.5 mg (base</i>	
<i>antacid maximum strength</i>	125	<i>equiv)</i>	78
<i>antacid regular strength</i>	125	<i>asenapine maleate sl tab 5 mg (base equiv)</i>	78
<i>anti-diarrheal</i>	126	<i>asenapine maleate sl tab 10 mg (base</i>	
<i>anti-gas/</i>		<i>equiv)</i>	79
<i>and gnp antacid</i> 126		<i>ashlyna</i>	110
<i>anti-nausea</i>	127	<i>aspirin adult low dose</i>	2
<i>aprepitant capsule 40 mg</i>	127	<i>aspirin chew tab 81 mg</i>	2
<i>aprepitant capsule 80 mg</i>	127	<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-</i>	
<i>aprepitant capsule 125 mg</i>	127	<i>200 mg</i>	141
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 &</i>		<i>aspirin low dose</i>	2
<i>125 mg</i>	127	<i>aspirin low strength</i>	2
<i>apri</i>	110	<i>aspirin regimen</i>	2
APTIOM TAB 200MG	85	<i>aspirin tab 325 mg</i>	2
APTIOM TAB 400MG	85	<i>aspirin tab delayed release 325 mg</i>	2
APTIOM TAB 600MG	85	ASTAGRAF XL CAP 0.5MG	147
APTIOM TAB 800MG	85	ASTAGRAF XL CAP 1MG	147
		ASTAGRAF XL CAP 5MG	147

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>atazanavir sulfate cap 150 mg (base equiv)</i> ...14		AUSTEDO XR TAB 48MG ER	99
<i>atazanavir sulfate cap 200 mg (base equiv)</i> ..15		AUSTEDO XR TAB TITR KIT	99
<i>atazanavir sulfate cap 300 mg (base equiv)</i> ..15		AUVELITY TAB 45-105MG	71
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>59		<i>aviane</i>	111
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>59		AVMAPKI PAK FAKZYNJA.....	34
<i>atenolol tab 25 mg</i>60		<i>ayr</i>	164
<i>atenolol tab 50 mg</i>60		<i>ayuna</i>	111
<i>atenolol tab 100 mg</i>60		AYVAKIT TAB 25MG	34
<i>atomoxetine hcl cap 10 mg (base equiv)</i>95		AYVAKIT TAB 50MG.....	34
<i>atomoxetine hcl cap 18 mg (base equiv)</i>95		AYVAKIT TAB 100MG	34
<i>atomoxetine hcl cap 25 mg (base equiv)</i>95		AYVAKIT TAB 200MG.....	35
<i>atomoxetine hcl cap 40 mg (base equiv)</i>95		AYVAKIT TAB 300MG.....	35
<i>atomoxetine hcl cap 60 mg (base equiv)</i>95		<i>azacitidine for inj 100 mg</i>	28
<i>atomoxetine hcl cap 80 mg (base equiv)</i>95		<i>azathioprine tab 50 mg</i>	147
<i>atomoxetine hcl cap 100 mg (base equiv)</i> ...95		<i>azelastine hcl nasal spray 0.1% (137 mcg/</i> <i>spray)</i>	159
<i>atorvastatin calcium tab 10 mg (base</i> <i>equivalent)</i>	57	<i>azelastine hcl ophth soln 0.05%</i>	157
<i>atorvastatin calcium tab 20 mg (base</i> <i>equivalent)</i>	57	<i>azithromycin for susp 100 mg/5ml</i>	22
<i>atorvastatin calcium tab 40 mg (base</i> <i>equivalent)</i>	57	<i>azithromycin for susp 200 mg/5ml</i>	22
<i>atorvastatin calcium tab 80 mg (base</i> <i>equivalent)</i>	58	<i>azithromycin iv for soln 500 mg</i>	22
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i> ...14		<i>azithromycin powd pack for susp 1 gm</i>	22
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i> ...14		<i>azithromycin tab 250 mg</i>	22
<i>atovaquone susp 750 mg/5ml</i>	9	<i>azithromycin tab 500 mg</i>	22
<i>atropine sulfate ophth soln 1%</i>	158	<i>azithromycin tab 600 mg</i>	22
ATROPINE SUL SOL 1% OP	157	<i>aztreonam for inj 1 gm</i>	9
ATROVENT HFA AER 17MCG.....	159	<i>aztreonam for inj 2 gm</i>	9
<i>abra eq</i>	110	<i>azurette</i>	111
AUGTYRO CAP 40MG.....	34	B	
AUGTYRO CAP 160MG	34	<i>baby ayr saline</i>	164
<i>aurovela 1/20</i>	110	<i>bacitracin ophth oint 500 unit/gm</i>	155
<i>aurovela 24 fe</i>	111	<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	155
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	111	<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth</i> <i>oint 1%</i>	155
<i>aurovela fe 1/20</i>	111	<i>baclofen tab 5 mg</i>	100
AUSTEDO TAB 6MG	99	<i>baclofen tab 10 mg</i>	100
AUSTEDO TAB 9MG	99	<i>baclofen tab 20 mg</i>	101
AUSTEDO TAB 12MG	99	BAFIERTAM CAP 95MG	100
AUSTEDO XR TAB 6MG	99	<i>balsalazide disodium cap 750 mg</i>	130
AUSTEDO XR TAB 12MG	99	BALVERSA TAB 3MG	35
AUSTEDO XR TAB 18MG	99	BALVERSA TAB 4MG	35
AUSTEDO XR TAB 24MG	99	BALVERSA TAB 5MG	35
AUSTEDO XR TAB 30MG ER	99	<i>balziva</i>	111
AUSTEDO XR TAB 36MG ER.....	99	<i>banophen</i>	159
AUSTEDO XR TAB 42MG ER.....	99	BARACLUDGE SOL.....	18
		BASAGLAR INJ 100UNIT	107

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
BCG VACCINE INJ 50MG	148	<i>betaxolol hcl ophth soln 0.5%</i>	157
B-COMPLEX/FA TAB /VIT C	154	<i>betaxolol hcl tab 10 mg</i>	60
<i>benazepril hcl tab 5 mg</i>	51	<i>betaxolol hcl tab 20 mg</i>	60
<i>benazepril hcl tab 10 mg</i>	51	<i>bethanechol chloride tab 5 mg</i>	136
<i>benazepril hcl tab 20 mg</i>	51	<i>bethanechol chloride tab 10 mg</i>	136
<i>benazepril hcl tab 40 mg</i>	51	<i>bethanechol chloride tab 25 mg</i>	136
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i> <i>5-6.25mg</i>	50	<i>bethanechol chloride tab 50 mg</i>	136
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-</i> <i>12.5 mg</i>	50	BETOPTIC-S SUS 0.25% OP	157
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-</i> <i>12.5 mg</i>	51	BEVESPI AER 9-4.8MCG	158
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-</i> <i>25 mg</i>	51	<i>bexarotene cap 75 mg</i>	32
BENDAMUSTINE SOL 100/4ML	27	<i>bexarotene gel 1%</i>	173
BENDEKA INJ 100/4ML	27	BEXSERO INJ	148
BENLYSTA INJ 120MG	147	<i>bicalutamide tab 50 mg</i>	30
BENLYSTA INJ 200MG/ML	147	BICILLIN L-A INJ 600000	25
BENLYSTA INJ 400MG	147	BICILLIN L-A INJ 1200000	25
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i> ..	169	BICILLIN L-A INJ 2400000	25
<i>benztropine mesylate inj 1 mg/ml</i>	76	BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	16
<i>benztropine mesylate tab 0.5 mg</i>	76	BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	16
<i>benztropine mesylate tab 1 mg</i>	76	<i>bisacodyl ec</i>	130
<i>benztropine mesylate tab 2 mg</i>	76	<i>bisacodyl suppos 10 mg</i>	130
BERINERT INJ 500UNIT	140	<i>bismuth subsalicylate chew tab 262 mg</i>	126
BESIVANCE SUS 0.6%	155	<i>bisoprolol fumarate tab 5 mg</i>	60
BESREMI SOL 500MCG	32	<i>bisoprolol fumarate tab 10 mg</i>	60
<i>betaine powder for oral solution</i>	120	<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-</i> <i>6.25 mg</i>	59
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> <i>cream 0.05%</i>	171	<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab</i> <i>5-6.25 mg</i>	59
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> <i>gel 0.05%</i>	171	<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-</i> <i>6.25 mg</i>	59
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> <i>lotion 0.05%</i>	171	BIVIGAM INJ 10%	145
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> <i>oint 0.05%</i>	171	<i>blisovi 24 fe</i>	111
<i>betamethasone dipropionate cream 0.05%</i> ..	171	<i>blisovi fe 1.5/30</i>	111
<i>betamethasone dipropionate lotion 0.05%</i> ..	171	BONSITY INJ 560/2.24	109
<i>betamethasone dipropionate oint 0.05%</i>	171	BOOSTRIX INJ	148
<i>betamethasone valerate cream 0.1% (base</i> <i>equivalent)</i>	171	<i>bortezomib for inj 3.5 mg</i>	35
<i>betamethasone valerate lotion 0.1% (base</i> <i>equivalent)</i>	171	BORTEZOMIB INJ 1MG	35
<i>betamethasone valerate oint 0.1% (base</i> <i>equivalent)</i>	171	BORTEZOMIB INJ 2.5MG	35
BETASERON INJ 0.3MG	100	<i>bosentan tab 62.5 mg</i>	67
		<i>bosentan tab 125 mg</i>	67
		<i>bosentan tab for oral susp 32 mg</i>	67
		BOSULIF CAP 50MG	35
		BOSULIF CAP 100MG	35
		BOSULIF TAB 100MG	35
		BOSULIF TAB 400MG	35
		BOSULIF TAB 500MG	35
		BRAFTOVI CAP 75MG	35

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG.....	168	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	
BREO ELLIPTA INH 100-25	168	8-2 mg (base equiv)	102
BREO ELLIPTA INH 200-25	168	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	
<i>breyana</i>	168	12-3 mg (base equiv)	102
BREZTRI AERO AER SPHERE	158	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i>	
BREZTRI AERO AER SPHERE		2-0.5 mg (base equiv)	102
(INSTITUTIONAL PACK)	158	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i>	
<i>briellyn</i>	111	8-2 mg (base equiv)	102
BRILINTA TAB 60MG	141	<i>buprenorphine hcl sl tab 2 mg (base equiv)</i>	102
BRILINTA TAB 90MG	141	<i>buprenorphine hcl sl tab 8 mg (base equiv)</i>	102
<i>brimonidine tartrate ophth soln 0.2%</i>	157	<i>buprenorphine td patch weekly 5 mcg/hr</i>	6
<i>brimonidine tartrate ophth soln 0.15%</i>	157	<i>buprenorphine td patch weekly 7.5 mcg/hr</i> ...	6
<i>brinzolamide ophth susp 1%</i>	157	<i>buprenorphine td patch weekly 10 mcg/hr</i>	6
BRIVIACT SOL 10MG/ML.....	85	<i>buprenorphine td patch weekly 15 mcg/hr</i>	6
BRIVIACT TAB 10MG	85	<i>buprenorphine td patch weekly 20 mcg/hr</i> ...	6
BRIVIACT TAB 25MG	85	<i>bupropion hcl (smoking deterrent) tab er</i>	
BRIVIACT TAB 50MG	86	12hr 150 mg.....	102
BRIVIACT TAB 75MG	86	<i>bupropion hcl tab 75 mg</i>	71
BRIVIACT TAB 100MG.....	86	<i>bupropion hcl tab 100 mg</i>	71
<i>bromfenac sodium ophth soln 0.07% (base</i>		<i>bupropion hcl tab er 12hr 100 mg</i>	71
<i>equivalent)</i>	156	<i>bupropion hcl tab er 12hr 150 mg</i>	71
<i>bromfenac sodium ophth soln 0.075% (base</i>		<i>bupropion hcl tab er 12hr 200 mg</i>	71
<i>equivalent)</i>	156	<i>bupropion hcl tab er 24hr 150 mg</i>	71
<i>bromocriptine mesylate cap 5 mg (base</i>		<i>bupropion hcl tab er 24hr 300 mg</i>	71
<i>equivalent)</i>	76	<i>bupirone hcl tab 5 mg</i>	69
<i>bromocriptine mesylate tab 2.5 mg (base</i>		<i>bupirone hcl tab 7.5 mg</i>	69
<i>equivalent)</i>	76	<i>bupirone hcl tab 10 mg</i>	69
BRUKINSA CAP 80MG.....	35	<i>bupirone hcl tab 15 mg</i>	69
BRUKINSA TAB 160MG	35	<i>bupirone hcl tab 30 mg</i>	69
<i>budesonide delayed release particles cap</i>		<i>butorphanol tartrate inj 1 mg/ml</i>	7
3 mg.....	130	<i>butorphanol tartrate inj 2 mg/ml</i>	7
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd</i>			
<i>aerosol 80-4.5 mcg/act</i>	168	C	
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd</i>		<i>cabergoline tab 0.5 mg</i>	121
<i>aerosol 160-4.5 mcg/act</i>	168	CABOMETYX TAB 20MG.....	35
<i>budesonide inhalation susp 0.5 mg/2ml</i>	168	CABOMETYX TAB 40MG.....	35
<i>budesonide inhalation susp 0.25 mg/2ml</i> ..	168	CABOMETYX TAB 60MG.....	35
<i>budesonide tab er 24hr 9 mg</i>	130	<i>calcitol</i>	154
<i>bumetanide inj 0.25 mg/ml</i>	64	<i>calcipotriene cream 0.005%</i>	170
<i>bumetanide tab 0.5 mg</i>	64	<i>calcipotriene oint 0.005%</i>	170
<i>bumetanide tab 1 mg</i>	64	<i>calcipotriene soln 0.005% (50 mcg/ml)</i>	170
<i>bumetanide tab 2 mg</i>	64	<i>calcitonin (salmon) spray</i>	109
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>		<i>calcitrene</i>	170
2-0.5 mg (base equiv)	102	<i>calcitriol cap 0.5 mcg</i>	125
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>		<i>calcitriol cap 0.25 mcg</i>	125
4-1 mg (base equiv).....	102	<i>calcitriol (oral)</i>	125

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>calcium antacid</i>	125	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	76
<i>calcium antacid extra str</i>	125	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	76
CALCIUM CARB SUS 1250/5ML	125	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	76
<i>calcium polycarbophil tab 625 mg</i>	130	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	77
<i>cal-gest antacid</i>	125	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	77
CALQUENCE TAB 100MG	36	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	77
<i>camila</i>	111	<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	76
<i>camrese</i>	111	<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	76
<i>camrese lo</i>	111	<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	76
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg</i>	54	<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	76
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg</i>	54	<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	76
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-25 mg</i>	54	<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg</i>	76
<i>candesartan cilexetil tab 4 mg</i>	55	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i>	76
<i>candesartan cilexetil tab 8 mg</i>	55	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i>	76
<i>candesartan cilexetil tab 16 mg</i>	55	<i>carboplatin iv soln 50 mg/5ml</i>	27
<i>candesartan cilexetil tab 32 mg</i>	55	<i>carboplatin iv soln 150 mg/15ml</i>	27
CAPLYTA CAP 10.5MG	79	<i>carboplatin iv soln 450 mg/45ml</i>	27
CAPLYTA CAP 21MG	79	<i>carboplatin iv soln 600 mg/60ml</i>	27
CAPLYTA CAP 42MG.....	79	<i>carglumic acid soluble tab 200 mg</i>	121
CAPRELSA TAB 100MG	36	<i>carisoprodol tab 350 mg</i>	101
CAPRELSA TAB 300MG.....	36	<i>carteolol hcl ophth soln 1%</i>	157
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg</i>	51	<i>cartia xt</i>	61
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	51	<i>carvedilol tab 3.125 mg</i>	60
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</i>	51	<i>carvedilol tab 6.25 mg</i>	60
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	51	<i>carvedilol tab 12.5 mg</i>	60
<i>captopril tab 12.5 mg</i>	51	<i>carvedilol tab 25 mg</i>	60
<i>captopril tab 25 mg</i>	51	<i>casprofungin acetate for iv soln 50 mg</i>	13
<i>captopril tab 50 mg</i>	51	<i>casprofungin acetate for iv soln 70 mg</i>	13
<i>captopril tab 100 mg</i>	51	CAYSTON INH 75MG.....	9
<i>carbamazepine cap er 12hr 100 mg</i>	86	<i>cefaclor cap 250 mg</i>	20
<i>carbamazepine cap er 12hr 200 mg</i>	86	<i>cefaclor cap 500 mg</i>	20
<i>carbamazepine cap er 12hr 300 mg</i>	86	<i>cefadroxil cap 500 mg</i>	20
<i>carbamazepine chew tab 100 mg</i>	86	<i>cefadroxil for susp 250 mg/5ml</i>	20
<i>carbamazepine chew tab 200 mg</i>	86	<i>cefadroxil for susp 500 mg/5ml</i>	20
<i>carbamazepine susp 100 mg/5ml</i>	86	CEFAZOLIN/DEX SOL 1GM/50ML-4%.....	20
<i>carbamazepine tab 200 mg</i>	86	CEFAZOLIN/DEX SOL 2GM/50ML-3%.....	20
<i>carbamazepine tab er 12hr 100 mg</i>	86	CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/50ML-2%.....	20
<i>carbamazepine tab er 12hr 200 mg</i>	86		
<i>carbamazepine tab er 12hr 400 mg</i>	86		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/150ML-4%	20	celecoxib cap 50 mg	4
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	20	celecoxib cap 100 mg	4
CEFAZOLIN INJ 2GM.....	20	celecoxib cap 200 mg.....	4
CEFAZOLIN INJ 3GM.....	20	celecoxib cap 400 mg	4
cefazolin sodium for inj 1 gm	20	cephalexin cap 250 mg.....	22
cefazolin sodium for inj 2 gm	20	cephalexin cap 500 mg	22
cefazolin sodium for inj 3 gm	20	cephalexin for susp 125 mg/5ml.....	22
cefazolin sodium for inj 10 gm.....	20	cephalexin for susp 250 mg/5ml.....	22
cefazolin sodium for inj 500 mg	20	CEQUR SIMPL KIT PATCH 2U (3-DAY)	107
cefazolin sodium for iv soln 1 gm	20	CEQUR SIMPL KIT PATCH 2U (4-DAY)	107
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%.....	20	CEQUR SIMPL MIS INSERTER.....	107
cefdinir cap 300 mg	20	CERDELGA CAP 84MG	121
cefdinir for susp 125 mg/5ml	20	CEREZYME INJ 400UNIT	121
cefdinir for susp 250 mg/5ml.....	21	cetirizine hcl allergy ch.....	159
cefepime hcl for inj 1 gm	21	cetirizine hcl chew tab 5 mg.....	159
cefepime hcl for iv soln 2 gm	21	cetirizine hcl chew tab 10 mg	159
cefixime cap 400 mg	21	cetirizine hcl childrens.....	159
cefixime for susp 100 mg/5ml	21	cetirizine hcl oral soln 1 mg/ml (5 mg/5ml)	159
cefixime for susp 200 mg/5ml.....	21	cetirizine hcl tab 5 mg	159
cefotetan disodium for inj 1 gm.....	21	cetirizine hcl tab 10 mg.....	159
cefotetan disodium for inj 2 gm	21	cetirizine hydrochloride.....	159
cefoxitin sodium for iv soln 1 gm	21	cevimeline hcl cap 30 mg.....	174
cefoxitin sodium for iv soln 2 gm	21	chateal eq	111
cefoxitin sodium for iv soln 10 gm.....	21	CHEMET CAP 100MG	110
cefpodoxime proxetil for susp 50 mg/5ml	21	chest congestion relief.....	163
cefpodoxime proxetil for susp 100 mg/5ml ..	21	chest congestion relief d.....	163
cefpodoxime proxetil tab 100 mg	21	childrens acetaminophen	2
cefpodoxime proxetil tab 200 mg	21	childrens loratadine	159
cefprozil for susp 125 mg/5ml.....	21	chlorhexidine gluconate soln 0.12%.....	174
cefprozil for susp 250 mg/5ml.....	21	chloroquine phosphate tab 250 mg	14
cefprozil tab 250 mg.....	21	chloroquine phosphate tab 500 mg	14
cefprozil tab 500 mg	21	chlorpromazine hcl conc 30 mg/ml	79
ceftazidime for inj 1 gm	21	chlorpromazine hcl conc 100 mg/ml.....	79
ceftazidime for inj 6 gm	21	chlorpromazine hcl inj 25 mg/ml	79
ceftazidime for iv soln 2 gm	21	chlorpromazine hcl inj 50 mg/2ml.....	79
ceftriaxone sodium for inj 1 gm	21	chlorpromazine hcl tab 10 mg.....	79
ceftriaxone sodium for inj 2 gm	21	chlorpromazine hcl tab 25 mg	79
ceftriaxone sodium for inj 10 gm.....	21	chlorpromazine hcl tab 50 mg	79
ceftriaxone sodium for inj 250 mg.....	21	chlorpromazine hcl tab 100 mg	79
ceftriaxone sodium for inj 500 mg	21	chlorpromazine hcl tab 200 mg.....	79
ceftriaxone sodium for iv soln 1 gm	21	chlorthalidone tab 25 mg.....	64
ceftriaxone sodium for iv soln 2 gm	21	chlorthalidone tab 50 mg	64
cefuroxime axetil tab 250 mg.....	21	chocolated laxative regul.....	131
cefuroxime axetil tab 500 mg	21	cholestyramine light powder 4 gm/dose.....	58
cefuroxime sodium for inj 750 mg.....	21	cholestyramine light powder packets 4 gm ..	58
cefuroxime sodium for iv soln 1.5 gm.....	22	cholestyramine powder 4 gm/dose	58

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>cholestyramine powder packets 4 gm</i>	58	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i>	
<i>ciclopirox olamine cream 0.77% (base equiv)</i>	169	300 mg/50ml	9
<i>ciclopirox olamine susp 0.77% (base equiv)</i>	170	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i>	
<i>ciclopirox shampoo 1%</i>	170	600 mg/50ml	9
<i>cilostazol tab 50 mg</i>	140	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i>	
<i>cilostazol tab 100 mg</i>	140	900 mg/50ml	9
CILOXAN OIN 0.3% OP	155	<i>clindamycin phosphate inj 300 mg/2ml</i>	9
CIMDUO TAB 300-300	16	<i>clindamycin phosphate inj 600 mg/4ml</i>	10
<i>cinacalcet hcl tab 30 mg (base equiv)</i>	121	<i>clindamycin phosphate inj 900 mg/6ml</i>	10
<i>cinacalcet hcl tab 60 mg (base equiv)</i>	121	<i>clindamycin phosphate lotion 1%</i>	169
<i>cinacalcet hcl tab 90 mg (base equiv)</i>	121	<i>clindamycin phosphate soln 1%</i>	169
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	23	<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2%</i> . 137	
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	23	CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML.....	10
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	158	CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML.....	10
<i>ciprofloxacin hcl ophth soln 0.3% (base equivalent)</i>	155	CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML.....	10
<i>ciprofloxacin hcl tab 250 mg (base equiv)</i>	23	CLINIMIX INJ 4.25/D5W	153
<i>ciprofloxacin hcl tab 500 mg (base equiv)</i> ...	23	CLINIMIX INJ 4.25/D10	153
<i>ciprofloxacin hcl tab 750 mg (base equiv)</i>	23	CLINIMIX INJ 5%/D15W	153
<i>cisplatin inj 50 mg/50ml (1 mg/ml)</i>	27	CLINIMIX INJ 5%/D20W	153
<i>cisplatin inj 100 mg/100ml (1 mg/ml)</i>	27	CLINIMIX INJ 6/5.....	153
<i>cisplatin inj 200 mg/200ml (1 mg/ml)</i>	27	CLINIMIX INJ 8/10	153
<i>citalopram hydrobromide oral soln 10 mg/5ml</i>	72	CLINIMIX INJ 8/14	153
<i>citalopram hydrobromide tab 10 mg (base equiv)</i>	72	<i>clinisol sf 15%</i>	153
<i>citalopram hydrobromide tab 20 mg (base equiv)</i>	72	CLINOLIPID EMU 20%	153
<i>citalopram hydrobromide tab 40 mg (base equiv)</i>	72	<i>clobazam suspension 2.5 mg/ml</i>	86
<i>claravis</i>	169	<i>clobazam tab 10 mg</i>	86
<i>clarithromycin for susp 125 mg/5ml</i>	22	<i>clobazam tab 20 mg</i>	86
<i>clarithromycin for susp 250 mg/5ml</i>	22	<i>clobetasol propionate cream 0.05%</i>	171
<i>clarithromycin tab 250 mg</i>	22	<i>clobetasol propionate e</i>	171
<i>clarithromycin tab 500 mg</i>	22	<i>clobetasol propionate gel 0.05%</i>	171
<i>clarithromycin tab er 24hr 500 mg</i>	22	<i>clobetasol propionate oint 0.05%</i>	171
<i>clearlax</i>	131	<i>clobetasol propionate soln 0.05%</i>	171
<i>clindamycin hcl cap 75 mg</i>	9	<i>clomipramine hcl cap 25 mg</i>	72
<i>clindamycin hcl cap 150 mg</i>	9	<i>clomipramine hcl cap 50 mg</i>	72
<i>clindamycin hcl cap 300 mg</i>	9	<i>clomipramine hcl cap 75 mg</i>	72
<i>clindamycin palmitate hcl for soln 75 mg/5ml (base equiv)</i>	9	<i>clonazepam orally disintegrating tab 0.5 mg</i>	86
<i>clindamycin phosphate gel 1% (once-daily)</i> 169		<i>clonazepam orally disintegrating tab 0.25 mg</i>	86
		<i>clonazepam orally disintegrating tab 0.125 mg</i>	86
		<i>clonazepam orally disintegrating tab 1 mg</i> ...	86
		<i>clonazepam orally disintegrating tab 2 mg</i> ..	86
		<i>clonazepam tab 0.5 mg</i>	86
		<i>clonazepam tab 1 mg</i>	86
		<i>clonazepam tab 2 mg</i>	86

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>clonidine hcl tab 0.1 mg</i>	65	COMETRIQ KIT 100MG	36
<i>clonidine hcl tab 0.2 mg</i>	65	COMETRIQ KIT 140MG	36
<i>clonidine hcl tab 0.3 mg</i>	65	COMPLERA TAB	17
<i>clonidine td patch weekly 0.1 mg/24hr</i>	65	<i>compro</i>	127
<i>clonidine td patch weekly 0.2 mg/24hr</i>	65	<i>constulose</i>	131
<i>clonidine td patch weekly 0.3 mg/24hr</i>	65	COPAXONE INJ 20MG/ML	100
<i>clopidogrel bisulfate tab 75 mg (base equiv)</i>	141	COPAXONE INJ 40MG/ML	100
<i>clorazepate dipotassium tab 3.75 mg</i>	86	COPIKTRA CAP 15MG.....	36
<i>clorazepate dipotassium tab 7.5 mg</i>	87	COPIKTRA CAP 25MG	36
<i>clorazepate dipotassium tab 15 mg</i>	87	CORLANOR SOL 5MG/5ML.....	65
<i>clotrimazole cream 1%</i>	170	COSENTYX INJ 75MG/0.5	141
<i>clotrimazole soln 1%</i>	170	COSENTYX INJ 125/5ML.....	141
<i>clotrimazole troche 10 mg</i>	174	COSENTYX INJ 150MG/ML	141
<i>clotrimazole vaginal cream 1%</i>	137	COSENTYX INJ 300DOSE.....	141
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i>	170	COSENTYX PEN INJ 150MG/ML.....	142
<i>clozapine orally disintegrating tab 12.5 mg</i> ..	79	COSENTYX PEN INJ 300DOSE	142
<i>clozapine orally disintegrating tab 25 mg</i>	79	COSENTYX UNO INJ 300/2ML	142
<i>clozapine orally disintegrating tab 100 mg</i> ...	79	COTELLIC TAB 20MG.....	36
<i>clozapine orally disintegrating tab 150 mg</i> ...	79	CREON CAP 3000UNIT	134
<i>clozapine orally disintegrating tab 200 mg</i> ..	79	CREON CAP 6000UNIT	134
<i>clozapine tab 25 mg</i>	79	CREON CAP 12000UNT	134
<i>clozapine tab 50 mg</i>	79	CREON CAP 24000UNT	134
<i>clozapine tab 100 mg</i>	79	CREON CAP 36000UNT	134
<i>clozapine tab 200 mg</i>	79	<i>cromolyn sodium ophth soln 4%</i>	157
COARTEM TAB 20-120MG.....	14	<i>cromolyn sodium oral conc 100 mg/5ml</i>	134
COBENFY CAP 50-20MG	79	<i>cromolyn sodium soln nebu 20 mg/2ml</i>	164
COBENFY CAP 100-20MG	79	<i>cryselle-28</i>	111
COBENFY CAP 125-30MG.....	79	<i>curae</i>	111
COBENFY STRT CAP PACK.....	79	<i>cvs glucose</i>	120
<i>colace 2-in-1</i>	131	<i>cvs pinworm treatment</i>	10
COLACE CLEAR CAP 50MG	131	<i>cvs saline nasal spray</i>	164
<i>colchicine cap 0.6 mg</i>	2	<i>cyclobenzaprine hcl tab 5 mg</i>	101
<i>colchicine tab 0.6 mg</i>	2	<i>cyclobenzaprine hcl tab 10 mg</i>	101
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	2	CYCLOPHOSPHA INJ 2GM/10ML	27
<i>colesevelam hcl packet for susp 3.75 gm</i>	58	CYCLOPHOSPHA INJ 500/2.5.....	27
<i>colesevelam hcl tab 625 mg</i>	58	<i>cyclophosphamide cap 25 mg</i>	27
<i>colestipol hcl granule packets 5 gm</i>	58	<i>cyclophosphamide cap 50 mg</i>	27
<i>colestipol hcl granules 5 gm</i>	58	<i>cyclophosphamide for inj 1 gm</i>	27
<i>colestipol hcl tab 1 gm</i>	58	<i>cyclophosphamide for inj 2 gm</i>	28
<i>colistimethate sod for inj 150 mg (colistin base activity)</i>	10	<i>cyclophosphamide for inj 500 mg</i>	28
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	157	CYCLOPHOSPH INJ 1GM/2ML	27
COMBIVENT AER 20-100	158	CYCLOPHOSPH INJ 1GM/5ML.....	27
COMETRIQ (60MG DOSE).....	36	CYCLOPHOSPH INJ 2GM/4ML.....	27
		CYCLOPHOSPH INJ 500/5ML.....	27
		CYCLOPHOSPH INJ 500MG/ML	27
		CYCLOPHOSPH INJ 1000MG	27

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
CYCLOPHOSPH INJ 2000MG	27	<i>dasatinib tab 50 mg</i>	36
CYCLOPHOSPH TAB 25MG.....	27	<i>dasatinib tab 70 mg</i>	36
CYCLOPHOSPH TAB 50MG	27	<i>dasatinib tab 80 mg</i>	36
<i>cycloserine cap 250 mg</i>	18	<i>dasatinib tab 100 mg</i>	36
<i>cyclosporine cap 25 mg</i>	147	<i>dasatinib tab 140 mg</i>	36
<i>cyclosporine cap 100 mg</i>	147	<i>dasetta 1/35</i>	111
<i>cyclosporine modified cap 25 mg</i>	147	<i>dasetta 7/7/7</i>	111
<i>cyclosporine modified cap 50 mg</i>	147	DAURISMO TAB 25MG.....	36
<i>cyclosporine modified cap 100 mg</i>	147	DAURISMO TAB 100MG.....	37
<i>cyclosporine modified oral soln 100 mg/ml</i>	147	<i>daysee</i>	111
<i>cyproheptadine hcl syrup 2 mg/5ml</i>	159	DAYVIGO TAB 5MG	96
<i>cyproheptadine hcl tab 4 mg</i>	160	DAYVIGO TAB 10MG.....	96
<i>cyred eq</i>	111	<i>deblitane</i>	111
CYSTADROPS SOL 0.37%	158	<i>deep sea nasal spray</i>	164
CYSTAGON CAP 50MG	121	<i>deferasirox tab 90 mg</i>	110
CYSTAGON CAP 150MG.....	121	<i>deferasirox tab 180 mg</i>	110
CYSTARAN SOL 0.44%.....	158	<i>deferasirox tab 360 mg</i>	110
<i>cytarabine inj 20 mg/ml</i>	28	<i>deferasirox tab for oral susp 125 mg</i>	110
D			
D2.5W/NAACL INJ 0.45%	150	<i>deferasirox tab for oral susp 250 mg</i>	110
D10W/NAACL INJ 0.2%	150	<i>deferasirox tab for oral susp 500 mg</i>	110
<i>dabigatran etexilate mesylate cap 75 mg</i> <i>(etexilate base eq)</i>	137	DELSTRIGO TAB.....	17
<i>dabigatran etexilate mesylate cap 110 mg</i> <i>(etexilate base eq)</i>	138	DENGVAXIA SUS.....	148
<i>dabigatran etexilate mesylate cap 150 mg</i> <i>(etexilate base eq)</i>	138	DEPO-SQ PROV INJ 104	111
<i>dalfampridine tab er 12hr 10 mg</i>	100	<i>depo-testosterone</i>	104
<i>danazol cap 50 mg</i>	104	DESCOVY TAB 120-15MG	17
<i>danazol cap 100 mg</i>	104	DESCOVY TAB 200/25MG	17
<i>danazol cap 200 mg</i>	104	<i>desipramine hcl tab 10 mg</i>	72
<i>dantrolene sodium cap 25 mg</i>	101	<i>desipramine hcl tab 25 mg</i>	72
<i>dantrolene sodium cap 50 mg</i>	101	<i>desipramine hcl tab 50 mg</i>	72
<i>dantrolene sodium cap 100 mg</i>	101	<i>desipramine hcl tab 75 mg</i>	72
DANZITEN TAB 71MG	36	<i>desipramine hcl tab 100 mg</i>	72
DANZITEN TAB 95MG	36	<i>desipramine hcl tab 150 mg</i>	72
<i>dapsone tab 25 mg</i>	10	<i>desmopressin acetate inj 4 mcg/ml</i>	121
<i>dapsone tab 100 mg</i>	10	<i>desmopressin acetate nasal spray soln</i> <i>0.01%</i>	121
DAPTACEL INJ	148	<i>desmopressin acetate nasal spray soln</i> <i>0.01% (refrigerated)</i>	121
<i>daptomycin for iv soln 350 mg</i>	10	<i>desmopressin acetate preservative free (pf)</i> <i>inj 4 mcg/ml</i>	121
<i>daptomycin for iv soln 500 mg</i>	10	<i>desmopressin acetate tab 0.1 mg</i>	121
DAPTOMYCIN INJ 350MG	10	<i>desmopressin acetate tab 0.2 mg</i>	121
<i>darunavir tab 600 mg</i>	15	<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-</i> <i>0.02/0.01 mg(21/5)</i>	111
<i>darunavir tab 800 mg</i>	15	<i>desvenlafaxine succinate tab er 24hr 25 mg</i> <i>(base equiv)</i>	72
<i>dasatinib tab 20 mg</i>	36		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>desvenlafaxine succinate tab er 24hr 50 mg (base equiv)</i>	72	<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45% ..</i>	150
<i>desvenlafaxine succinate tab er 24hr 100 mg (base equiv)</i>	72	<i>dextrose inj 5%</i>	154
DEXAMETHASON CON 1MG/ML	118	<i>dextrose inj 10%</i>	154
<i>dexamethasone elixir 0.5 mg/5ml</i>	118	<i>dextrose inj 50%</i>	154
<i>dexamethasone sodium phosphate inj 4 mg/ml</i>	118	<i>dextrose inj 70%</i>	154
<i>dexamethasone sodium phosphate inj 10 mg/ml</i>	118	DIACOMIT CAP 250MG	87
<i>dexamethasone sodium phosphate inj 20 mg/5ml</i>	118	DIACOMIT CAP 500MG	87
<i>dexamethasone sodium phosphate inj 100 mg/10ml</i>	118	DIACOMIT PAK 250MG	87
<i>dexamethasone sodium phosphate inj 120 mg/30ml</i>	118	DIACOMIT PAK 500MG	87
<i>dexamethasone sodium phosphate inj soln pref syr 4 mg/ml</i>	119	<i>dialyvite 800</i>	154
<i>dexamethasone sodium phosphate ophth soln 0.1%</i>	156	<i>diazepam inj</i>	87
<i>dexamethasone sod phos inj sol pref syr 10 mg/ml (pf)</i>	118	<i>diazepam intensol</i>	87
<i>dexamethasone sod phosphate preservative free inj 10 mg/ml</i>	118	<i>diazepam oral soln 1 mg/ml</i>	87
<i>dexamethasone soln 0.5 mg/5ml</i>	119	<i>diazepam rectal gel delivery system 2.5 mg</i>	87
<i>dexamethasone tab 0.5 mg</i>	119	<i>diazepam rectal gel delivery system 10 mg</i>	.87
<i>dexamethasone tab 0.75 mg</i>	119	<i>diazepam rectal gel delivery system 20 mg</i>	.87
<i>dexamethasone tab 1.5 mg</i>	119	<i>diazepam tab 2 mg</i>	87
<i>dexamethasone tab 1 mg</i>	119	<i>diazepam tab 5 mg</i>	88
<i>dexamethasone tab 2 mg</i>	119	<i>diazepam tab 10 mg</i>	88
<i>dexamethasone tab 4 mg</i>	119	<i>diazoxide susp 50 mg/ml</i>	120
<i>dexamethasone tab 6 mg</i>	119	<i>diclofenac potassium tab 50 mg</i>	4
<i>dexmethylphenidate hcl tab 2.5 mg</i>	96	<i>diclofenac sodium ophth soln 0.1%</i>	156
<i>dexmethylphenidate hcl tab 5 mg</i>	96	<i>diclofenac sodium soln 1.5%</i>	173
<i>dexmethylphenidate hcl tab 10 mg</i>	96	<i>diclofenac sodium tab delayed release 25 mg</i>	4
<i>dextromethorphan-guaifenesin liquid 10-100 mg/5ml</i>	163	<i>diclofenac sodium tab delayed release 50 mg</i>	4
<i>dextromethorphan-guaifenesin syrup 10-100 mg/5ml</i>	163	<i>diclofenac sodium tab delayed release 75 mg</i>	4
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	150	<i>diclofenac sodium tab er 24hr 100 mg</i>	4
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	150	<i>dicloxacillin sodium cap 250 mg</i>	25
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	150	<i>dicloxacillin sodium cap 500 mg</i>	25
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	150	<i>dicyclomine hcl cap 10 mg</i>	129
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	150	<i>dicyclomine hcl oral soln 10 mg/5ml</i>	129
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	150	<i>dicyclomine hcl tab 20 mg</i>	129
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i> ..	150	DIFICID SUS	22
		DIFICID TAB 200MG	22
		<i>diflunisal tab 500 mg</i>	4
		<i>digoxin inj 0.25 mg/ml</i>	65
		<i>digoxin oral soln 0.05 mg/ml</i>	65
		<i>digoxin tab 125 mcg (0.125 mg)</i>	65
		<i>digoxin tab 250 mcg (0.25 mg)</i>	65
		<i>dihydroergotamine mesylate inj 1 mg/ml</i>	97
		<i>dihydroergotamine mesylate nasal spray 4 mg/ml</i>	98
		DILANTIN CAP 30MG	88

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>diltiazem hcl cap er 12hr 60 mg</i>	62	<i>disopyramide phosphate cap 100 mg</i>	56
<i>diltiazem hcl cap er 12hr 90 mg</i>	62	<i>disopyramide phosphate cap 150 mg</i>	56
<i>diltiazem hcl cap er 12hr 120 mg</i>	62	<i>disulfiram tab 250 mg</i>	102
<i>diltiazem hcl coated beads cap er 24hr</i>		<i>disulfiram tab 500 mg</i>	102
<i>120 mg</i>	62	<i>divalproex sodium cap delayed release</i>	
<i>diltiazem hcl coated beads cap er 24hr</i>		<i>sprinkle 125 mg</i>	88
<i>180 mg</i>	62	<i>divalproex sodium tab delayed release</i>	
<i>diltiazem hcl coated beads cap er 24hr</i>		<i>125 mg</i>	88
<i>240 mg</i>	62	<i>divalproex sodium tab delayed release</i>	
<i>diltiazem hcl coated beads cap er 24hr</i>		<i>250 mg</i>	88
<i>300 mg</i>	62	<i>divalproex sodium tab delayed release</i>	
<i>diltiazem hcl coated beads cap er 24hr</i>		<i>500 mg</i>	88
<i>360 mg</i>	62	<i>divalproex sodium tab er 24 hr 250 mg</i>	88
<i>diltiazem hcl extended release beads cap er</i>		<i>divalproex sodium tab er 24 hr 500 mg</i>	88
<i>24hr 120 mg</i>	62	<i>docetaxel for inj conc 20 mg/ml</i>	33
<i>diltiazem hcl extended release beads cap er</i>		<i>docetaxel for inj conc 80 mg/4ml</i>	
<i>24hr 180 mg</i>	62	<i>(20 mg/ml)</i>	33
<i>diltiazem hcl extended release beads cap er</i>		<i>docetaxel for inj conc 160 mg/8ml</i>	
<i>24hr 240 mg</i>	62	<i>(20 mg/ml)</i>	33
<i>diltiazem hcl extended release beads cap er</i>		<i>DOCETAXEL INJ 20MG/2ML</i>	33
<i>24hr 300 mg</i>	62	<i>DOCETAXEL INJ 80MG/4ML</i>	33
<i>diltiazem hcl extended release beads cap er</i>		<i>DOCETAXEL INJ 80MG/8ML</i>	33
<i>24hr 360 mg</i>	62	<i>DOCETAXEL INJ 160/8ML</i>	33
<i>diltiazem hcl extended release beads cap er</i>		<i>DOCETAXEL INJ 160/16ML</i>	33
<i>24hr 420 mg</i>	62	<i>docetaxel soln for iv infusion 20 mg/2ml</i>	33
<i>diltiazem hcl iv soln 25 mg/5ml (5 mg/ml)</i> ...	62	<i>docetaxel soln for iv infusion 80 mg/8ml</i>	33
<i>diltiazem hcl iv soln 50 mg/10ml (5 mg/ml)</i> .	62	<i>docetaxel soln for iv infusion 160 mg/16ml</i> ..	33
<i>diltiazem hcl iv soln 125 mg/25ml (5 mg/ml)</i>	62	<i>DOCIVYX INJ 20MG/2ML</i>	33
<i>diltiazem hcl tab 30 mg</i>	62	<i>DOCIVYX INJ 80MG/8ML</i>	33
<i>diltiazem hcl tab 60 mg</i>	62	<i>DOCIVYX INJ 160/16ML</i>	33
<i>diltiazem hcl tab 90 mg</i>	62	<i>docusate calcium cap 240 mg</i>	131
<i>diltiazem hcl tab 120 mg</i>	62	<i>docusate mini</i>	131
<i>dilt-xr</i>	61	<i>docusate sodium cap 100 mg</i>	131
<i>diphenhydramine hcl cap 25 mg</i>	160	<i>docusate sodium cap 250 mg</i>	131
<i>diphenhydramine hcl cap 50 mg</i>	160	<i>docusate sodium liquid 150 mg/15ml</i>	131
<i>diphenhydramine hcl inj 50 mg/ml</i>	160	<i>DOCUSOL KIDS ENE 100MG/5M</i>	131
<i>diphenhydramine hcl liquid 12.5 mg/5ml</i> ...	160	<i>dofetilide cap 125 mcg (0.125 mg)</i>	56
<i>diphenhydramine hcl tab 25 mg</i>	160	<i>dofetilide cap 250 mcg (0.25 mg)</i>	56
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-</i>		<i>dofetilide cap 500 mcg (0.5 mg)</i>	56
<i>0.025 mg/5ml</i>	134	<i>dok</i>	131
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-</i>		<i>dolishale</i>	111
<i>0.025 mg</i>	134	<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating</i>	
<i>DIP/TET PED INJ 25-5LFU</i>	148	<i>tab 5 mg</i>	69
<i>dipyridamole tab 25 mg</i>	141	<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating</i>	
<i>dipyridamole tab 50 mg</i>	141	<i>tab 10 mg</i>	69
<i>dipyridamole tab 75 mg</i>	141	<i>donepezil hydrochloride tab 5 mg</i>	69

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>donepezil hydrochloride tab 10 mg</i>	69	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab</i>	
DOPTELET TAB 20MG	140	3-0.03 mg	111
<i>dorzolamide hcl ophth soln 2%</i>	157	<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate</i>	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln</i>		<i>tab 3-0.02-0.451 mg</i>	111
2-0.5%.....	157	<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate</i>	
<i>dotti</i>	117	<i>tab 3-0.03-0.451 mg</i>	111
DOVATO TAB 50-300MG.....	17	DROXIA CAP 200MG	140
<i>doxazosin mesylate tab 1 mg</i>	53	DROXIA CAP 300MG	140
<i>doxazosin mesylate tab 2 mg</i>	53	DROXIA CAP 400MG	140
<i>doxazosin mesylate tab 4 mg</i>	53	<i>droxidopa cap 100 mg</i>	65
<i>doxazosin mesylate tab 8 mg</i>	53	<i>droxidopa cap 200 mg</i>	65
<i>doxepin hcl cap 10 mg</i>	72	<i>droxidopa cap 300 mg</i>	65
<i>doxepin hcl cap 25 mg</i>	72	DULERA AER 50-5MCG.....	168
<i>doxepin hcl cap 50 mg</i>	72	DULERA AER 100-5MCG	168
<i>doxepin hcl cap 75 mg</i>	72	DULERA AER 200-5MCG	168
<i>doxepin hcl cap 100 mg</i>	72	<i>duloxetine hcl enteric coated pellets cap</i>	
<i>doxepin hcl cap 150 mg</i>	72	20 mg (base eq)	73
<i>doxepin hcl conc 10 mg/ml</i>	72	<i>duloxetine hcl enteric coated pellets cap</i>	
<i>doxepin hcl (sleep) tab 3 mg (base equiv)</i> ...	96	30 mg (base eq)	73
<i>doxepin hcl (sleep) tab 6 mg (base equiv)</i> ...	96	<i>duloxetine hcl enteric coated pellets cap</i>	
<i>doxorubicin hcl inj 2 mg/ml</i>	32	60 mg (base eq)	73
<i>doxorubicin hcl liposomal susp (for iv</i>		DUPIXENT INJ 200/1.14	142
<i>infusion) 2 mg/ml</i>	32	DUPIXENT INJ 200MG.....	142
<i>doxy 100</i>	26	DUPIXENT INJ 300/2ML.....	142
<i>doxycycline hyclate cap 50 mg</i>	26	<i>dutasteride cap 0.5 mg</i>	136
<i>doxycycline hyclate cap 100 mg</i>	26	<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i> 136	
<i>doxycycline hyclate for inj 100 mg</i>	26	E	
<i>doxycycline hyclate tab 20 mg</i>	26	<i>ec-naproxen</i>	4
<i>doxycycline hyclate tab 100 mg</i>	26	<i>econazole nitrate cream 1%</i>	170
<i>doxycycline monohydrate cap 50 mg</i>	26	<i>econtra one-step</i>	111
<i>doxycycline monohydrate cap 100 mg</i>	26	<i>ed-apap</i>	2
<i>doxycycline monohydrate for susp</i>		EDURANT PED TAB 2.5MG.....	15
25 mg/5ml	26	EDURANT TAB 25MG	15
<i>doxycycline monohydrate tab 50 mg</i>	26	e.e.s. 400	22
<i>doxycycline monohydrate tab 75 mg</i>	26	<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-</i>	
<i>doxycycline monohydrate tab 100 mg</i>	26	200-300 mg	17
<i>driminate</i>	127	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-</i>	
DRIZALMA CAP 20MG DR	72	300-300 mg	17
DRIZALMA CAP 30MG DR	72	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-</i>	
DRIZALMA CAP 40MG DR	72	300-300 mg	17
DRIZALMA CAP 60MG DR	72	<i>efavirenz tab 600 mg</i>	15
<i>dronabinol cap 2.5 mg</i>	127	ELIGARD INJ 7.5MG	30
<i>dronabinol cap 5 mg</i>	127	ELIGARD INJ 22.5MG.....	30
<i>dronabinol cap 10 mg</i>	127	ELIGARD INJ 30MG.....	30
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab</i>		ELIGARD INJ 45MG.....	30
3-0.02 mg	111		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>elinst</i>	112	<i>enilloring</i>	112
ELIQUIS ST P TAB 5MG	138	<i>enoxaparin sodium inj 300 mg/3ml</i>	138
ELIQUIS TAB 2.5MG.....	138	<i>enoxaparin sodium inj soln pref syr</i>	
ELIQUIS TAB 5MG.....	138	30 mg/0.3ml.....	138
<i>eluryng</i>	112	<i>enoxaparin sodium inj soln pref syr</i>	
EMGALITY INJ 100MG/ML	98	40 mg/0.4ml.....	138
EMGALITY INJ 120MG/ML.....	98	<i>enoxaparin sodium inj soln pref syr</i>	
EMSAM DIS 6MG/24HR	73	60 mg/0.6ml.....	138
EMSAM DIS 9MG/24HR	73	<i>enoxaparin sodium inj soln pref syr</i>	
EMSAM DIS 12MG/24H.....	73	80 mg/0.8ml.....	138
<i>emtricitabine caps 200 mg</i>	15	<i>enoxaparin sodium inj soln pref syr</i>	
<i>emtricitabine-rilpivirine-tenofovir df tab 200-</i>		100 mg/ml.....	138
25-300 mg	17	<i>enoxaparin sodium inj soln pref syr</i>	
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i>		120 mg/0.8ml	138
<i>tab 100-150 mg</i>	17	<i>enoxaparin sodium inj soln pref syr</i>	
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i>		150 mg/ml	138
<i>tab 133-200 mg</i>	17	<i>enpresse-28</i>	112
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i>		<i>enskyce</i>	112
<i>tab 167-250 mg</i>	17	ENSTILAR AER	170
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i>		<i>entacapone tab 200 mg</i>	77
<i>tab 200-300 mg</i>	17	<i>entecavir tab 0.5 mg</i>	18
EMTRIVA SOL 10MG/ML	15	<i>entecavir tab 1 mg</i>	18
EMVERM CHW 100MG	10	ENTRESTO CAP 6-6MG	54
<i>emzahn</i>	112	ENTRESTO CAP 15-16MG	54
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab</i>		<i>enulose</i>	131
5-12.5 mg.....	51	EPCLUSA PAK 150-37.5	18
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab</i>		EPCLUSA PAK 200-50MG	18
10-25 mg	51	EPCLUSA TAB 200-50MG.....	18
<i>enalapril maleate tab 2.5 mg</i>	52	EPCLUSA TAB 400-100	18
<i>enalapril maleate tab 5 mg</i>	52	EPIDIOLEX SOL 100MG/ML.....	88
<i>enalapril maleate tab 10 mg</i>	52	<i>epinephrine inj 1 mg/ml (1\</i>	
<i>enalapril maleate tab 20 mg</i>	52	1000) 65	
ENBREL INJ 25/0.5ML	142	<i>epinephrine solution auto-injector</i>	
ENBREL INJ 25MG.....	142	0.3 mg/0.3ml (1\	
ENBREL INJ 50MG/ML.....	142	1000) 164	
ENBREL MINI INJ 50MG/ML.....	142	<i>epinephrine solution auto-injector</i>	
ENBREL SRCLK INJ 50MG/ML.....	142	0.15 mg/0.3ml (1\	
<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	7	2000) 164	
<i>endocet tab 5-325mg</i>	7	<i>epinephrine solution auto-injector</i>	
<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	7	0.15 mg/0.15ml (1\	
<i>endocet tab 10-325mg</i>	7	1000) 164	
<i>enema ready-to-use</i>	131	<i>epitol tab 200mg</i>	88
<i>enemeez mini</i>	131	<i>eplerenone tab 25 mg</i>	52
<i>enemeez plus</i>	131	<i>eplerenone tab 50 mg</i>	52
ENGERIX-B INJ 10/0.5ML	148		
ENGERIX-B INJ 20MCG/ML.....	148		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
EPRONTIA SOL 25MG/ML	88	eslicarbazepine acetate tab 200 mg.....	88
eq saline nasal spray	164	eslicarbazepine acetate tab 400 mg.....	88
eq saline nasal spray	164	eslicarbazepine acetate tab 600 mg.....	88
ergocalciferol cap 1.25 mg (50000 unit) ...	154	eslicarbazepine acetate tab 800 mg.....	88
ergocalciferol soln 200 mcg/ml (8000 unit/ ml)	154	esomeprazole magnesium cap delayed release 20 mg (base eq)	135
ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg	98	esomeprazole magnesium cap delayed release 40 mg (base eq)	135
ERIVEDGE CAP 150MG	37	estarylla.....	112
ERLEADA TAB 60MG.....	30	estradiol & norethindrone acetate tab 0.5- 0.1 mg	117
ERLEADA TAB 240MG	30	estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg	117
erlotinib hcl tab 25 mg (base equivalent).....	37	estradiol tab 0.5 mg.....	117
erlotinib hcl tab 100 mg (base equivalent)....	37	estradiol tab 1 mg.....	117
erlotinib hcl tab 150 mg (base equivalent)....	37	estradiol tab 2 mg.....	117
errin	112	estradiol td patch twice weekly 0.1 mg/24hr.....	117
ertapenem sodium for inj 1 gm (base equivalent)	10	estradiol td patch twice weekly 0.05 mg/24hr	117
ery.....	169	estradiol td patch twice weekly 0.025 mg/24hr	117
ery-tab tab 250mg ec.....	22	estradiol td patch twice weekly 0.075 mg/24hr	117
ery-tab tab 333mg ec.....	22	estradiol td patch twice weekly 0.0375 mg/24hr	117
ery-tab tab 500mg ec	22	estradiol td patch weekly 0.1 mg/24hr.....	117
ERYTHROCIN INJ 500MG.....	22	estradiol td patch weekly 0.05 mg/24hr.....	117
erythromycin ethylsuccinate tab 400 mg....	22	estradiol td patch weekly 0.06 mg/24hr.....	117
erythromycin gel 2%	169	estradiol td patch weekly 0.025 mg/24hr ...	117
erythromycin lactobionate for inj 500 mg ...	22	estradiol td patch weekly 0.075 mg/24hr....	117
erythromycin ophth oint 5 mg/gm.....	155	estradiol td patch weekly 0.0375 mg/24hr (37.5 mcg/24hr).....	118
erythromycin soln 2%	169	estradiol vaginal cream 0.01%	118
erythromycin tab 250 mg	22	estradiol vaginal tab 10 mcg.....	118
erythromycin tab 500 mg.....	23	estradiol valerate im in oil 10 mg/ml.....	118
erythromycin tab delayed release 250 mg... 23		estradiol valerate im in oil 20 mg/ml	118
erythromycin tab delayed release 333 mg... 23		estradiol valerate im in oil 40 mg/ml	118
erythromycin tab delayed release 500 mg .. 23		eszopiclone tab 1 mg	96
erythromycin w/ delayed release particles cap 250 mg.....	23	eszopiclone tab 2 mg	96
ERZOFRI INJ 39/0.25	80	eszopiclone tab 3 mg	97
ERZOFRI INJ 78/0.5ML	80	ethambutol hcl tab 100 mg.....	18
ERZOFRI INJ 117/0.75	80	ethambutol hcl tab 400 mg.....	18
ERZOFRI INJ 156MG/ML.....	80	ethosuximide cap 250 mg	88
ERZOFRI INJ 234/1.5	80	ethosuximide soln 250 mg/5ml.....	88
ERZOFRI INJ 351/2.25	80		
escitalopram oxalate soln 5 mg/5ml (base equiv)	73		
escitalopram oxalate tab 5 mg (base equiv) 73			
escitalopram oxalate tab 10 mg (base equiv)	73		
escitalopram oxalate tab 20 mg (base equiv)	73		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab</i>		<i>famotidine inj 200 mg/20ml</i>	129
1 mg-35 mcg.....	112	<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln</i>	
<i>etodolac cap 200 mg</i>	4	20 mg/50ml.....	129
<i>etodolac cap 300 mg</i>	4	<i>famotidine original stren</i>	129
<i>etodolac tab 400 mg</i>	4	<i>famotidine preservative free inj 20 mg/2ml</i>	130
<i>etodolac tab 500 mg</i>	4	<i>famotidine tab 10 mg</i>	130
<i>etodolac tab er 24hr 400 mg</i>	5	<i>famotidine tab 20 mg</i>	130
<i>etodolac tab er 24hr 500 mg</i>	5	<i>famotidine tab 40 mg</i>	130
<i>etodolac tab er 24hr 600 mg</i>	5	FANAPT PAK PACK A.....	80
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-</i>		FANAPT PAK PACK B	80
0.015 mg/24hr	112	FANAPT PAK PACK C.....	80
<i>etoposide inj 1 gm/50ml (20 mg/ml)</i>	33	FANAPT TAB 1MG	80
<i>etoposide inj 100 mg/5ml (20 mg/ml)</i>	33	FANAPT TAB 2MG	80
<i>etoposide inj 500 mg/25ml (20 mg/ml)</i>	33	FANAPT TAB 4MG	80
<i>etravirine tab 100 mg</i>	15	FANAPT TAB 6MG	80
<i>etravirine tab 200 mg</i>	15	FANAPT TAB 8MG	80
EULEXIN CAP 125MG	30	FANAPT TAB 10MG.....	80
<i>everolimus tab 0.5 mg</i>	147	FANAPT TAB 12MG.....	80
<i>everolimus tab 0.25 mg</i>	147	FARXIGA TAB 5MG.....	104
<i>everolimus tab 0.75 mg</i>	147	FARXIGA TAB 10MG	104
<i>everolimus tab 1 mg</i>	147	FASENRA INJ 10MG/0.5	164
<i>everolimus tab 2.5 mg</i>	37	FASENRA INJ 30MG/ML	165
<i>everolimus tab 5 mg</i>	37	FASENRA PEN INJ 30MG/ML.....	165
<i>everolimus tab 7.5 mg</i>	37	<i>feirza tab 1.5/30</i>	112
<i>everolimus tab 10 mg</i>	37	<i>feirza tab 1/20</i>	112
<i>everolimus tab for oral susp 2 mg</i>	37	<i>felbamate susp 600 mg/5ml</i>	88
<i>everolimus tab for oral susp 3 mg</i>	37	<i>felbamate tab 400 mg</i>	88
<i>everolimus tab for oral susp 5 mg</i>	37	<i>felbamate tab 600 mg</i>	88
EVOTAZ TAB 300-150	17	<i>felodipine tab er 24hr 2.5 mg</i>	63
<i>exemestane tab 25 mg</i>	30	<i>felodipine tab er 24hr 5 mg</i>	63
EYSUVIS DRO 0.25%.....	158	<i>felodipine tab er 24hr 10 mg</i>	63
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	58	<i>fenofibrate micronized cap 67 mg</i>	57
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	59	<i>fenofibrate micronized cap 134 mg</i>	57
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	59	<i>fenofibrate micronized cap 200 mg</i>	57
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	59	<i>fenofibrate tab 48 mg</i>	57
<i>ezetimibe tab 10 mg</i>	58	<i>fenofibrate tab 54 mg</i>	57
F		<i>fenofibrate tab 145 mg</i>	57
FABRAZYME INJ 5MG	121	<i>fenofibrate tab 160 mg</i>	57
FABRAZYME INJ 35MG	121	<i>fentanyl td patch 72hr 12 mcg/hr</i>	6
<i>falmina</i>	112	<i>fentanyl td patch 72hr 25 mcg/hr</i>	6
<i>famciclovir tab 125 mg</i>	18	<i>fentanyl td patch 72hr 37.5 mcg/hr</i>	6
<i>famciclovir tab 250 mg</i>	18	<i>fentanyl td patch 72hr 50 mcg/hr</i>	6
<i>famciclovir tab 500 mg</i>	19	<i>fentanyl td patch 72hr 62.5 mcg/hr</i>	6
<i>famotidine for susp 40 mg/5ml</i>	129	<i>fentanyl td patch 72hr 75 mcg/hr</i>	6
<i>famotidine inj 40 mg/4ml</i>	129	<i>fentanyl td patch 72hr 87.5 mcg/hr</i>	6
		<i>fentanyl td patch 72hr 100 mcg/hr</i>	6

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
FETZIMA CAP 20MG.....	73	fluocinolone acetonide oint 0.025%	172
FETZIMA CAP 40MG.....	73	fluocinolone acetonide (otic) oil 0.01%	158
FETZIMA CAP 80MG.....	73	fluocinolone acetonide soln 0.01%.....	172
FETZIMA CAP 120MG.....	73	fluocinonide cream 0.05%	172
FETZIMA CAP TITRATIO	73	fluocinonide emulsified base cream 0.05%.....	172
<i>feverall childrens</i>	2	fluocinonide gel 0.05%	172
FEVERALL INF SUP 80MG.....	2	fluocinonide oint 0.05%.....	172
FEVERALL SUP 325MG.....	2	fluocinonide soln 0.05%	172
FIASP FLEX INJ TOUCH	107	fluorometholone ophth susp 0.1%.....	156
FIASP INJ 100/ML.....	108	fluorouracil cream 5%.....	173
FIASP PENFIL INJ U-100	108	fluorouracil iv soln 1 gm/20ml (50 mg/ml) ...	28
FIASP PMPCRT INJ U-100	108	fluorouracil iv soln 2.5 gm/50ml (50 mg/ml)	28
<i>fiber-lax</i>	131	fluorouracil iv soln 5 gm/100ml (50 mg/ml)	.28
<i>fidaxomicin tab 200 mg</i>	23	fluorouracil iv soln 500 mg/10ml	
<i>finasteride tab 5 mg</i>	136	(50 mg/ml).....	28
<i>fungolimod hcl cap 0.5 mg (base equiv)</i>	100	fluorouracil soln 2%.....	173
FINTEPLA SOL 2.2MG/ML	89	fluorouracil soln 5%.....	173
<i>finzala</i>	112	fluoxetine hcl cap 10 mg	73
FIRMAGON INJ 80MG	30	fluoxetine hcl cap 20 mg.....	73
FIRMAGON INJ 120MG	30	fluoxetine hcl cap 40 mg.....	73
<i>flac</i>	158	fluoxetine hcl solution 20 mg/5ml.....	73
FLAREX SUS 0.1% OP.....	156	fluphenazine decanoate inj 25 mg/ml.....	80
FLEBOGAMMA INJ 10/200ML.....	145	fluphenazine hcl elixir 2.5 mg/5ml	80
FLEBOGAMMA INJ 20/400ML.....	145	fluphenazine hcl inj 2.5 mg/ml.....	80
FLEBOGAMMA INJ DIF 5%	146	fluphenazine hcl oral conc 5 mg/ml.....	80
<i>flecainide acetate tab 50 mg</i>	56	fluphenazine hcl tab 1 mg	80
<i>flecainide acetate tab 100 mg</i>	56	fluphenazine hcl tab 2.5 mg	80
<i>flecainide acetate tab 150 mg</i>	56	fluphenazine hcl tab 5 mg	80
FLEET ENE PED.....	131	fluphenazine hcl tab 10 mg.....	80
FLEET LIQUID ENE GLYCERIN.....	131	flurbiprofen sodium ophth soln 0.03%	156
<i>fluconazole for susp 10 mg/ml</i>	13	flurbiprofen tab 100 mg.....	5
<i>fluconazole for susp 40 mg/ml</i>	13	fluticasone propionate cream 0.05%.....	172
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml</i> ..	13	fluticasone propionate nasal susp 50 mcg/	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i> ..	13	act	167
<i>fluconazole tab 50 mg</i>	13	fluticasone propionate oint 0.005%.....	172
<i>fluconazole tab 100 mg</i>	13	fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-	
<i>fluconazole tab 150 mg</i>	13	50 mcg/act	168
<i>fluconazole tab 200 mg</i>	13	fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-	
<i>flucytosine cap 250 mg</i>	13	50 mcg/act	168
<i>flucytosine cap 500 mg</i>	13	fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-	
<i>fludrocortisone acetate tab 0.1 mg</i>	119	50 mcg/act	168
<i>flunisolide nasal soln 25 mcg/act (0.025%)</i>	167	fluvoxamine maleate tab 25 mg.....	69
<i>fluocinolone acetonide cream 0.01%</i>	171	fluvoxamine maleate tab 50 mg.....	69
<i>fluocinolone acetonide cream 0.025%</i>	171	fluvoxamine maleate tab 100 mg.....	69
<i>fluocinolone acetonide oil 0.01% (body oil)</i> ..	171	<i>folika-bc</i>	154
<i>fluocinolone acetonide oil 0.01% (scalp oil)</i>	172		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>fondaparinux sodium subcutaneous inj</i> 2.5 mg/0.5ml	138	<i>ft nasal decongestant max</i>	163
<i>fondaparinux sodium subcutaneous inj</i> 5 mg/0.4ml	138	<i>ft nicotine</i>	102
<i>fondaparinux sodium subcutaneous inj</i> 7.5 mg/0.6ml	138	<i>ft pain relief</i>	2
<i>fondaparinux sodium subcutaneous inj</i> 10 mg/0.8ml	138	<i>ft pain relief adult extr</i>	3
<i>fosamprenavir calcium tab 700 mg (base</i> <i>equiv)</i>	15	<i>ft senna laxative</i>	131
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab</i> 10-12.5 mg	51	<i>ft senna-s</i>	131
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab</i> 20-12.5 mg	51	<i>ft stomach relief</i>	126
<i>fosinopril sodium tab 10 mg</i>	52	<i>ft stool softener</i>	131
<i>fosinopril sodium tab 20 mg</i>	52	<i>ft tussin adult</i>	163
<i>fosinopril sodium tab 40 mg</i>	52	<i>full spectrum b/vitamin c</i>	154
FOTIVDA CAP 0.89MG	37	FULPHILA INJ 6/0.6ML	139
FOTIVDA CAP 1.34MG	37	<i>fulvestrant inj soln pref syr 250 mg/5ml</i>	30
FRINDOVYX INJ 1GM/2ML	28	<i>furosemide inj</i>	64
FRINDOVYX INJ 2GM/4ML	28	<i>furosemide oral soln 8 mg/ml</i>	64
FRINDOVYX INJ 500MG/ML	28	<i>furosemide oral soln 10 mg/ml</i>	64
FRUZAQLA CAP 1MG	37	<i>furosemide tab 20 mg</i>	64
FRUZAQLA CAP 5MG	37	<i>furosemide tab 40 mg</i>	64
<i>ft acid reducer</i>	130	<i>furosemide tab 80 mg</i>	64
<i>ft all day allergy</i>	160	FUZEON INJ 90MG	15
<i>ft all day allergy 24 hou</i>	160	<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	118
<i>ft all day allergy relief</i>	160	<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	118
<i>ft all day pain relief</i>	5	FYCOMPA SUS 0.5MG/ML	89
<i>ft allergy relief</i>	160	FYCOMPA TAB 2MG	89
<i>ft allergy relief childre</i>	160	FYCOMPA TAB 4MG	89
<i>ft antacid & antigas</i>	126	FYCOMPA TAB 6MG	89
<i>ft antacid extra strength</i>	126	FYCOMPA TAB 8MG	89
<i>ft antacid regular streng</i>	126	FYCOMPA TAB 10MG	89
<i>ft anti-diarrheal</i>	126	FYCOMPA TAB 12MG	89
<i>ft aspirin</i>	2	G	
<i>ft aspirin low dose</i>	2	<i>gabapentin cap 100 mg</i>	89
<i>ft clearlax</i>	131	<i>gabapentin cap 300 mg</i>	89
<i>ft enteric coated aspirin</i>	2	<i>gabapentin cap 400 mg</i>	89
<i>ft fiber laxative</i>	131	<i>gabapentin oral soln 250 mg/5ml</i>	89
<i>ft gentle laxative</i>	131	<i>gabapentin tab 600 mg</i>	89
<i>ft ibuprofen</i>	5	<i>gabapentin tab 800 mg</i>	89
<i>ft laxative</i>	131	<i>galantamine hydrobromide cap er 24hr</i> 8 mg	69
<i>ft migraine relief</i>	2	<i>galantamine hydrobromide cap er 24hr</i> 16 mg	69
<i>ft milk of magnesia</i>	131	<i>galantamine hydrobromide cap er 24hr</i> 24 mg	70
<i>ft motion sickness</i>	127	<i>galantamine hydrobromide oral soln</i> 4 mg/ml	70
		<i>galantamine hydrobromide tab 4 mg</i>	70
		<i>galantamine hydrobromide tab 8 mg</i>	70

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>galantamine hydrobromide tab 12 mg</i>	70	<i>generlac</i>	131
<i>galbriela chw</i>	112	<i>gengraf</i>	147
<i>gallifrey tab 5mg</i>	123	<i>gengraf sol 100mg/ml</i>	147
GAMASTAN INJ	146	GENOTROPIN INJ 0.2MG	121
GAMMAGARD INJ 1GM/10ML	146	GENOTROPIN INJ 0.4MG	121
GAMMAGARD INJ 2.5GM/25	146	GENOTROPIN INJ 0.6MG	121
GAMMAGARD INJ 5GM/50ML	146	GENOTROPIN INJ 0.8MG	121
GAMMAGARD INJ 10GM/100	146	GENOTROPIN INJ 1.2MG	121
GAMMAGARD INJ 20GM/200	146	GENOTROPIN INJ 1.4MG	121
GAMMAGARD INJ 30GM/300	146	GENOTROPIN INJ 1.6MG	121
GAMMAGARD SD INJ 5GM HU	146	GENOTROPIN INJ 1.8MG	121
GAMMAGARD SD INJ 10GM HU	146	GENOTROPIN INJ 1MG	121
GAMMAKED INJ 1GM/10ML	146	GENOTROPIN INJ 2MG	121
GAMMAKED INJ 5GM/50ML	146	GENOTROPIN INJ 5MG	121
GAMMAKED INJ 10GM/100	146	GENOTROPIN INJ 12MG	122
GAMMAKED INJ 20GM/200	146	<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	10
GAMMAPLEX INJ 5%	146	<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	10
GAMMAPLEX INJ 10%	146	<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	10
GAMUNEX-C INJ 1GM/10ML	146	<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	10
GAMUNEX-C INJ 2.5GM/25	146	<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	10
GAMUNEX-C INJ 5GM/50ML	146	<i>gentamicin sulfate cream 0.1%</i>	169
GAMUNEX-C INJ 10GM/100	146	<i>gentamicin sulfate inj 10 mg/ml</i>	10
GAMUNEX-C INJ 20GM/200	146	<i>gentamicin sulfate inj 40 mg/ml</i>	10
GAMUNEX-C INJ 40/400ML	146	<i>gentamicin sulfate oint 0.1%</i>	169
<i>ganciclovir sodium for inj 500 mg</i>	19	<i>gentamicin sulfate ophth soln 0.3%</i>	155
GARDASIL 9 INJ	148	<i>gentle laxative</i>	131
<i>gatifloxacin ophth soln 0.5%</i>	155	GENVOYA TAB	17
GATTEX KIT 5MG	134	GILOTRIF TAB 20MG	38
GAUZE PADS 2	108	GILOTRIF TAB 30MG	38
<i>gavilax</i>	131	GILOTRIF TAB 40MG	38
<i>gavilyte-c</i>	131	<i>glatiramer acetate soln prefilled syringe</i> <i>20 mg/ml</i>	100
<i>gavilyte-g</i>	131	<i>glatiramer acetate soln prefilled syringe</i> <i>40 mg/ml</i>	100
<i>gavilyte-n sol flav pk</i>	131	<i>glatopa</i>	100
GAVRETO CAP 100MG	37	GLEOSTINE CAP 10MG	28
<i>gefitinib tab 250 mg</i>	37	GLEOSTINE CAP 40MG	28
<i>gemcitabine hcl for inj 1 gm</i>	28	GLEOSTINE CAP 100MG	28
<i>gemcitabine hcl for inj 2 gm</i>	28	<i>glimepiride tab 1 mg</i>	104
<i>gemcitabine hcl for inj 200 mg</i>	28	<i>glimepiride tab 2 mg</i>	104
<i>gemcitabine hcl inj 1 gm/26.3ml (38 mg/ml)</i> <i>(base equiv)</i>	28	<i>glimepiride tab 4 mg</i>	104
<i>gemcitabine hcl inj 2 gm/52.6ml (38 mg/ml)</i> <i>(base equiv)</i>	28	<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	105
<i>gemcitabine hcl inj 200 mg/5.26ml</i> <i>(38 mg/ml) (base equiv)</i>	29	<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	105
<i>gemfibrozil tab 600 mg</i>	57	<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	105
GEMTESA TAB 75MG	136	<i>glipizide tab 5 mg</i>	104
		<i>glipizide tab 10 mg</i>	104

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>glipizide tab er 24hr 2.5 mg</i>	104	<i>gnp miconazole 3</i>	137
<i>glipizide tab er 24hr 5 mg</i>	104	<i>gnp miconazole 7</i>	137
<i>glipizide tab er 24hr 10 mg</i>	105	<i>gnp migraine relief</i>	3
<i>glipizide xl</i>	105	<i>gnp milk of magnesia</i>	132
<i>glycerin childrens</i>	131	<i>gnp motion sickness relie</i>	127
<i>glycerin suppos 2 gm</i>	132	<i>gnp naproxen</i>	5
<i>glycolax</i>	132	<i>gnp nasal decongestant</i>	163
<i>glycopyrrolate tab 1 mg</i>	129	<i>gnp nasal decongestant/ma</i>	163
<i>glycopyrrolate tab 2 mg</i>	129	<i>gnp nasal moisturizing</i>	165
<i>glydo</i>	173	<i>gnp nausea relief</i>	127
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	105	<i>gnp nicotine gum</i>	102
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	105	<i>gnp nicotine mini lozenge</i>	102
<i>gnp acetaminophen</i>	3	<i>gnp nicotine polacrilex</i>	102
<i>gnp acid reducer</i>	130	<i>gnp nicotine polacrilex m</i>	102
<i>gnp adult aspirin low str</i>	3	<i>gnp nicotine transdermal</i>	102
<i>gnp all day allergy</i>	160	<i>gnp pain & fever children</i>	3
<i>gnp all day allergy child</i>	160	<i>gnp pain & fever infants</i>	3
<i>gnp all day allergy relie</i>	160	<i>gnp pain relief</i>	3
<i>gnp allergy</i>	160	<i>gnp pain relief extra str</i>	3
<i>gnp allergy relief</i>	160	<i>gnp pink bismuth</i>	126
<i>gnp allergy relief maximu</i>	160	<i>gnp pink bismuth ultra st</i>	127
<i>gnp antacid</i>	126	<i>gnp senna lax</i>	132
and anti-gas/ 126		<i>gnp senna plus</i>	132
<i>gnp antacid anti-gas/maxi</i>	126	<i>gnp stomach relief</i>	127
<i>gnp antacid & anti-gas/re</i>	126	<i>gnp stool softener</i>	132
<i>gnp antacid extra strengt</i>	126	<i>gnp stool softener/stimul</i>	132
<i>gnp antacid/regular stren</i>	126	<i>gnp tussin dm cough</i>	163
<i>gnp anti-diarrheal</i>	126	<i>gnp tussin mucus & chest</i>	163
<i>gnp anti-nausea relief</i>	127	<i>gnp womens gentle laxativ</i>	132
<i>gnp aspirin</i>	3	GOMEKLI CAP 1MG	38
<i>gnp aspirin low dose</i>	3	GOMEKLI CAP 2MG	38
<i>gnp childrens allergy</i>	160	GOMEKLI TAB 1MG	38
<i>gnp clearlax</i>	132	<i>goodsense all day allergy</i>	160
<i>gnp clotrimazole 3</i>	137	<i>goodsense allergy relief</i>	160
<i>gnp fiber therapy</i>	132	<i>goodsense anti-diarrheal</i>	127
<i>gnp gentle laxative</i>	132	<i>goodsense aspirin</i>	3
<i>gnp glycerin adult</i>	132	<i>goodsense aspirin adults</i>	3
<i>gnp glycerin child</i>	132	<i>goodsense clearlax</i>	132
<i>gnp headache relief extra</i>	3	<i>goodsense ibuprofen</i>	5
<i>gnp ibuprofen</i>	5	<i>goodsense migraine formul</i>	3
<i>gnp infants pain/fever</i>	3	<i>goodsense naproxen sodium</i>	5
<i>gnp loperamide hydrochlor</i>	126	<i>goodsense nicotine</i>	102
<i>gnp loratadine</i>	160	<i>goodsense nicotine gum</i>	102
<i>gnp loratadine childrens</i>	160	<i>goodsense nicotine polacr</i>	102
<i>gnp miconazole 1 combinat</i>	137	<i>goodsense pain & fever ch</i>	3
		<i>goodsense pain & fever in</i>	3

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>goodsense pain relief</i>	3	<i>headache relief/extra str</i>	3
<i>goodsense pain relief ext</i>	3	<i>healthylax</i>	132
<i>granisetron hcl inj 1 mg/ml</i>	127	<i>heartburn relief</i>	130
<i>granisetron hcl inj 4 mg/4ml (1 mg/ml)</i>	127	<i>heartburn relief extra st</i>	126
<i>granisetron hcl tab 1 mg</i>	127	<i>heather</i>	112
<i>griseofulvin microsize susp 125 mg/5ml</i>	13	<i>heparin sodium (porcine) inj 1000 unit/ml</i> ..	138
<i>griseofulvin microsize tab 500 mg</i>	13	<i>heparin sodium (porcine) inj 5000 unit/ml</i> ..	138
<i>griseofulvin ultramicrosize tab 125 mg</i>	13	<i>heparin sodium (porcine) inj 10000 unit/ml</i> ..	139
<i>griseofulvin ultramicrosize tab 250 mg</i>	13	<i>heparin sodium (porcine) inj 20000 unit/ ml</i>	139
<i>guaifenesin liquid 100 mg/5ml</i>	163	<i>heparin sodium (porcine) pf inj 1000 unit/ ml</i>	139
<i>guanfacine hcl tab 1 mg</i>	65	HEPLISAV-B INJ 20/0.5ML	149
<i>guanfacine hcl tab 2 mg</i>	66	HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	138
<i>guanfacine hcl tab er 24hr 1 mg (base equiv)</i>	96	HERCEP HYLEC SOL 60-10000	38
<i>guanfacine hcl tab er 24hr 2 mg (base equiv)</i>	96	HERCEPTIN INJ 150MG	38
<i>guanfacine hcl tab er 24hr 3 mg (base equiv)</i>	96	HERNEXEOS TAB 60MG	38
<i>guanfacine hcl tab er 24hr 4 mg (base equiv)</i>	96	<i>her style</i>	112
H		HERZUMA INJ 150MG	38
HAEGARDA INJ 2000UNIT	140	HERZUMA INJ 420MG	38
HAEGARDA INJ 3000UNIT	140	HIBERIX SOL 10MCG	149
<i>hailey 1.5/30</i>	112	<i>hm all day allergy childr</i>	160
<i>hailey 24 fe</i>	112	<i>hm antacid extra strength</i>	126
<i>halobetasol propionate cream 0.05%</i>	172	<i>hm enema saline laxative</i>	132
<i>halobetasol propionate oint 0.05%</i>	172	<i>hm loratadine</i>	160
<i>haloette</i>	112	<i>hm nicotine polacrilex</i>	102
<i>haloperidol decanoate im soln 50 mg/ml</i>	80	HUMIRA INJ 10/0.1ML	142
<i>haloperidol decanoate im soln 100 mg/ml</i>	80	HUMIRA INJ 20/0.2ML	142
<i>haloperidol lactate inj 5 mg/ml</i>	81	HUMIRA INJ 40/0.4ML	142
<i>haloperidol lactate oral conc 2 mg/ml</i>	81	HUMIRA KIT 40MG/0.8	142
<i>haloperidol tab 0.5 mg</i>	81	HUMIRA PEN INJ 40/0.4ML	142
<i>haloperidol tab 1 mg</i>	81	HUMIRA PEN INJ 40MG/0.8	142
<i>haloperidol tab 2 mg</i>	81	HUMIRA PEN INJ 80/0.8ML	143
<i>haloperidol tab 5 mg</i>	81	HUMIRA PEN KIT CD/UC/HS	143
<i>haloperidol tab 10 mg</i>	81	HUMIRA PEN KIT PED UC	143
<i>haloperidol tab 20 mg</i>	81	HUMIRA PEN KIT PS/UV	143
HARVONI PAK 33.75-150MG	19	HUMULIN R INJ U-500	108
HARVONI PAK 45-200MG	19	<i>hydralazine hcl inj 20 mg/ml</i>	66
HARVONI TAB 45-200MG	19	<i>hydralazine hcl tab 10 mg</i>	66
HARVONI TAB 90-400MG	19	<i>hydralazine hcl tab 25 mg</i>	66
HAVRIX INJ 720UNIT	148	<i>hydralazine hcl tab 50 mg</i>	66
HAVRIX INJ 1440UNIT	149	<i>hydralazine hcl tab 100 mg</i>	66
<i>headache relief</i>	3	<i>hydrochlorothiazide cap 12.5 mg</i>	64
		<i>hydrochlorothiazide tab 12.5 mg</i>	64
		<i>hydrochlorothiazide tab 25 mg</i>	64
		<i>hydrochlorothiazide tab 50 mg</i>	64

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml</i>	7	<i>hydroxyzine hcl tab 50 mg</i>	161
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i> . 7		<i>hydroxyzine pamoate cap 25 mg</i>	161
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	8	<i>hydroxyzine pamoate cap 50 mg</i>	161
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg</i> 8		I	
<i>hydrocodone bitartrate tab er 24hr deter 20 mg</i>	6	<i>ibandronate sodium tab 150 mg (base equivalent)</i>	109
<i>hydrocodone bitartrate tab er 24hr deter 30 mg</i>	6	IBRANCE CAP 75MG.....	38
<i>hydrocodone bitartrate tab er 24hr deter 40 mg</i>	6	IBRANCE CAP 100MG.....	38
<i>hydrocodone bitartrate tab er 24hr deter 60 mg</i>	6	IBRANCE CAP 125MG	38
<i>hydrocodone bitartrate tab er 24hr deter 80 mg</i>	6	IBRANCE TAB 75MG	38
<i>hydrocodone bitartrate tab er 24hr deter 100 mg</i>	6	IBRANCE TAB 100MG	38
<i>hydrocodone bitartrate tab er 24hr deter 120 mg</i>	6	IBRANCE TAB 125MG.....	38
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	8	IBTROZI CAP 200MG	38
<i>hydrocortisone cream 1%</i>	172	<i>ibu</i>	5
<i>hydrocortisone cream 2.5%</i>	172	<i>ibuprofen susp 100 mg/5ml</i>	5
<i>hydrocortisone enema 100 mg/60ml</i>	130	<i>ibuprofen tab 200 mg</i>	5
<i>hydrocortisone lotion 2.5%</i>	172	<i>ibuprofen tab 400 mg</i>	5
<i>hydrocortisone oint 1%</i>	172	<i>ibuprofen tab 600 mg</i>	5
<i>hydrocortisone oint 2.5%</i>	172	<i>ibuprofen tab 800 mg</i>	5
<i>hydrocortisone perianal cream 1%</i>	173	<i>icatibant acetate subcutaneous soln pref syr 30 mg/3ml</i>	140
<i>hydrocortisone perianal cream 2.5%</i>	173	<i>iclevia</i>	112
<i>hydrocortisone sodium succinate pf for inj 100 mg</i>	119	ICLUSIG TAB 10MG.....	38
<i>hydrocortisone tab 5 mg</i>	119	ICLUSIG TAB 15MG.....	39
<i>hydrocortisone tab 10 mg</i>	119	ICLUSIG TAB 30MG.....	39
<i>hydrocortisone tab 20 mg</i>	119	ICLUSIG TAB 45MG	39
<i>hydrocortisone valerate cream 0.2%</i>	172	IDACIO 2-PEN INJ 40/0.8ML	143
<i>hydromorphone hcl liqd 1 mg/ml</i>	8	IDACIO CROHN INJ DISEASE	143
<i>hydromorphone hcl tab 2 mg</i>	8	IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS.....	143
<i>hydromorphone hcl tab 4 mg</i>	8	IDHIFA TAB 50MG	39
<i>hydromorphone hcl tab 8 mg</i>	8	IDHIFA TAB 100MG.....	39
<i>hydroxychloroquine sulfate tab 200 mg</i>	145	<i>imatinib mesylate tab 100 mg (base equivalent)</i>	39
<i>hydroxyurea cap 500 mg</i>	32	<i>imatinib mesylate tab 400 mg (base equivalent)</i>	39
<i>hydroxyzine hcl im soln 25 mg/ml</i>	160	IMBRUVICA CAP 70MG	39
<i>hydroxyzine hcl im soln 50 mg/ml</i>	160	IMBRUVICA CAP 140MG	39
<i>hydroxyzine hcl syrup 10 mg/5ml</i>	160	IMBRUVICA SUS 70MG/ML	39
<i>hydroxyzine hcl tab 10 mg</i>	161	IMBRUVICA TAB 140MG	39
<i>hydroxyzine hcl tab 25 mg</i>	161	IMBRUVICA TAB 280MG	39
		IMBRUVICA TAB 420MG	39
		<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i>	10
		<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i>	10

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>imipramine hcl tab 10 mg</i>	73	<i>ipratropium bromide nasal soln 0.03%</i> (21 mcg/spray).....	159
<i>imipramine hcl tab 25 mg</i>	73	<i>ipratropium bromide nasal soln 0.06%</i> (42 mcg/spray).....	159
<i>imipramine hcl tab 50 mg</i>	73	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-</i> 12.5 mg.....	54
<i>imiquimod cream 5%</i>	173	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-</i> 12.5 mg.....	54
IMKELDI SOL 80MG/ML.....	39	<i>irbesartan tab 75 mg</i>	55
IMOVAX RABIE INJ 2.5/ML.....	149	<i>irbesartan tab 150 mg</i>	56
IMPAVIDO CAP 50MG.....	10	<i>irbesartan tab 300 mg</i>	56
INBRIJA CAP 42MG.....	77	<i>irinotecan hcl inj 40 mg/2ml (20 mg/ml)</i>	32
<i>incassia</i>	112	<i>irinotecan hcl inj 100 mg/5ml (20 mg/ml)</i>	32
INCRELEX INJ 40MG/4ML.....	122	<i>irinotecan hcl inj 300 mg/15ml (20 mg/ml)</i> ..	32
INCRUSE ELPT INH 62.5MCG.....	159	<i>irinotecan hcl inj 500 mg/25ml (20 mg/ml)</i> .	32
<i>indapamide tab 1.25 mg</i>	64	ISENTRESS CHW 25MG.....	15
<i>indapamide tab 2.5 mg</i>	64	ISENTRESS CHW 100MG.....	15
INFANRIX INJ.....	149	ISENTRESS HD TAB 600MG.....	15
INFLIXIMAB INJ 100MG.....	143	ISENTRESS POW 100MG.....	15
INLYTA TAB 1MG.....	39	ISENTRESS TAB 400MG.....	15
INLYTA TAB 5MG.....	39	<i>isibloom</i>	112
INQOVI TAB 35-100MG.....	29	ISOLYTE-P INJ /D5W.....	150
INREBIC CAP 100MG.....	39	ISOLYTE-S INJ PH 7.4.....	150
INSULIN PEN NEEDLES\ BD-EMBECTA 108		<i>isoniazid syrup 50 mg/5ml</i>	18
INSULIN SAFETY NEEDLES\ BD-EMBECTA 108		<i>isoniazid tab 100 mg</i>	18
INSULIN SYRINGES\ BD-EMBECTA 108		<i>isoniazid tab 300 mg</i>	18
INTELENCE TAB 25MG.....	15	<i>isosorbide dinitrate tab 5 mg</i>	66
INTRALIPID INJ 20%.....	154	<i>isosorbide dinitrate tab 10 mg</i>	66
INTRALIPID INJ 30%.....	154	<i>isosorbide dinitrate tab 20 mg</i>	66
<i>introvale</i>	112	<i>isosorbide dinitrate tab 30 mg</i>	66
INVEGA HAFYE INJ 1092MG.....	81	<i>isosorbide mononitrate tab er 24hr 30 mg</i> ...66	
INVEGA HAFYE INJ 1560MG.....	81	<i>isosorbide mononitrate tab er 24hr 60 mg</i> ...66	
INVEGA SUST INJ 39/0.25.....	81	<i>isosorbide mononitrate tab er 24hr 120 mg</i> .66	
INVEGA SUST INJ 78/0.5ML.....	81	<i>isotretinoin cap 10 mg</i>	169
INVEGA SUST INJ 117/0.75.....	81	<i>isotretinoin cap 20 mg</i>	169
INVEGA SUST INJ 156MG/ML.....	81	<i>isotretinoin cap 30 mg</i>	169
INVEGA SUST INJ 234/1.5.....	81	<i>isotretinoin cap 40 mg</i>	169
INVEGA TRINZ INJ 273MG.....	81	<i>isradipine cap 2.5 mg</i>	63
INVEGA TRINZ INJ 410MG.....	81	<i>isradipine cap 5 mg</i>	63
INVEGA TRINZ INJ 546MG.....	81	ITOVEBI TAB 3MG.....	39
INVEGA TRINZ INJ 819MG.....	81	ITOVEBI TAB 9MG.....	40
IPOL INJ INACTIVE.....	149	<i>itraconazole cap 100 mg</i>	13
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3)</i> mg/3ml.....	158	<i>ivabradine hcl tab 5 mg (base equiv)</i>	66
<i>ipratropium bromide inhal soln 0.02%</i>	159	<i>ivabradine hcl tab 7.5 mg (base equiv)</i>	66
		<i>ivermectin tab 3 mg</i>	10
		<i>ivermectin tab 6 mg</i>	10

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
IWILFIN TAB 192MG	33	KALETRA SOL	17
IXIARO INJ	149	KALYDECO GRA 5.8MG.....	165
J		KALYDECO GRA 13.4MG	165
<i>jaimiess tab</i>	112	KALYDECO PAK 25MG	165
JAKAFI TAB 5MG	40	KALYDECO PAK 50MG	165
JAKAFI TAB 10MG	40	KALYDECO PAK 75MG.....	165
JAKAFI TAB 15MG.....	40	KALYDECO TAB 150MG	165
JAKAFI TAB 20MG.....	40	KANJINTI INJ 420MG	40
JAKAFI TAB 25MG.....	40	KANJINTI SOL 150MG	40
<i>jantoven</i>	139	<i>kariva</i>	113
JANUMET TAB 50-500MG.....	105	<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl</i> <i>0.45% inj</i>	150
JANUMET TAB 50-1000	105	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl</i> <i>0.2% inj</i>	150
JANUMET XR TAB 50-500MG.....	105	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl</i> <i>0.9% inj</i>	150
JANUMET XR TAB 50-1000	105	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl</i> <i>0.45% inj</i>	151
JANUMET XR TAB 100-1000.....	105	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	151
JANUVIA TAB 25MG.....	105	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	151
JANUVIA TAB 50MG	105	<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i>	151
JANUVIA TAB 100MG.....	105	<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% &</i> <i>nacl 0.45% inj</i>	151
JARDIANCE TAB 10MG	105	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl</i> <i>0.9% inj</i>	151
JARDIANCE TAB 25MG.....	105	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl</i> <i>0.45% inj</i>	151
<i>jasmiel</i>	112	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	151
<i>javygtor</i>	122	KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%.....	151
JAYPIRCA TAB 50MG.....	40	<i>kelnor 1/35</i>	113
JAYPIRCA TAB 100MG.....	40	<i>kelnor 1/50 tab</i>	113
JENTADUETO TAB 2.5-500	105	KERENDIA TAB 10MG.....	52
JENTADUETO TAB 2.5-850	105	KERENDIA TAB 20MG	53
JENTADUETO TAB 2.5-1000	105	KERENDIA TAB 40MG.....	53
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	105	KESIMPTA INJ 20/4ML	100
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	105	<i>ketoconazole cream 2%</i>	170
<i>jinteli</i>	118	<i>ketoconazole shampoo 2%</i>	170
<i>jolessa</i>	112	<i>ketoconazole tab 200 mg</i>	13
<i>juleber</i>	112	<i>ketorolac tromethamine ophth soln 0.4%</i> ..	156
JULUCA TAB 50-25MG	17	<i>ketorolac tromethamine ophth soln 0.5%</i> ..	156
<i>junel 1.5/30</i>	112	KEYTRUDA INJ 100MG/4M.....	40
<i>junel 1/20</i>	112	KINRIX INJ	149
<i>junel fe 1.5/30</i>	112	<i>kionex</i>	110
<i>junel fe 1/20</i>	112	KISQALI 200 DOSE.....	40
<i>junel fe 24</i>	113	KISQALI 200 PAK FEMARA	40
JYLAMVO SOL 2MG/ML	145	KISQALI 400 DOSE.....	40
JYNNEOS INJ.....	149		
K			
KADCYLA INJ 100MG	40		
KADCYLA INJ 160MG	40		
<i>kaitlib fe</i>	113		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
KISQALI 400 PAK FEMARA	40	lamotrigine tab er 24hr 50 mg.....	90
KISQALI 600 DOSE.....	40	lamotrigine tab er 24hr 100 mg.....	90
KISQALI 600 PAK FEMARA	40	lamotrigine tab er 24hr 200 mg	90
klayesta	170	lamotrigine tab er 24hr 250 mg	90
klor-con	152	lamotrigine tab er 24hr 300 mg	90
klor-con 8	152	lanreotide acetate extended release inj	
klor-con 10	152	120 mg/0.5ml	122
klor-con m10	152	lansoprazole cap delayed release 15 mg ...	135
klor-con m15	152	lansoprazole cap delayed release 30 mg ...	135
klor-con m20	152	lapatinib ditosylate tab 250 mg (base equiv)	41
KLOXXADO SPR 8MG	103	larin 1.5/30	113
KOSELUGO CAP 10MG	40	larin 1/20	113
KOSELUGO CAP 25MG	41	larin 24 fe	113
kourzeq	174	larin fe 1.5/30.....	113
KRAZATI TAB 200MG	41	larin fe 1/20	113
kurvelo.....	113	latanoprost ophth soln 0.005%	157
L		laxative maximum strength	132
labetalol hcl tab 100 mg	60	laxative regular strength	132
labetalol hcl tab 200 mg	60	layolis fe chw	113
labetalol hcl tab 300 mg	60	LAZCLUZE TAB 80MG.....	41
lacosamide iv inj 200 mg/20ml (10 mg/ml)..	89	LAZCLUZE TAB 240MG	41
lacosamide oral.....	89	leflunomide tab 10 mg.....	145
lacosamide tab 50 mg.....	89	leflunomide tab 20 mg	145
lacosamide tab 100 mg	89	lenalidomide cap 5 mg.....	31
lacosamide tab 150 mg	89	lenalidomide cap 10 mg	31
lacosamide tab 200 mg	89	lenalidomide cap 15 mg	31
lactated ringer's solution.....	151	lenalidomide cap 20 mg	31
lactic acid (ammonium lactate) cream 12%	173	lenalidomide cap 25 mg.....	31
lactic acid (ammonium lactate) lotion 12%..	173	lenalidomide caps 2.5 mg.....	32
lactulose (encephalopathy) solution 10		LENVIMA CAP 4MG.....	41
gm/15ml	132	LENVIMA CAP 8 MG.....	41
lactulose solution 10 gm/15ml.....	132	LENVIMA CAP 10 MG	41
lamivudine oral soln 10 mg/ml	15	LENVIMA CAP 12MG	41
lamivudine tab 100 mg (hbv)	19	LENVIMA CAP 14 MG	41
lamivudine tab 150 mg	15	LENVIMA CAP 18 MG	41
lamivudine tab 300 mg	15	LENVIMA CAP 20 MG	41
lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg	17	LENVIMA CAP 24 MG	41
lamotrigine tab 25 mg	89	lessina	113
lamotrigine tab 100 mg	89	letrozole tab 2.5 mg	30
lamotrigine tab 150 mg	89	leucovorin calcium for inj 50 mg.....	50
lamotrigine tab 200 mg.....	89	leucovorin calcium for inj 100 mg	50
lamotrigine tab chewable dispersible 5 mg .	89	leucovorin calcium for inj 200 mg	50
lamotrigine tab chewable dispersible		leucovorin calcium for inj 350 mg	50
25 mg.....	90	leucovorin calcium for inj 500 mg	50
lamotrigine tab er 24hr 25 mg.....	90	leucovorin calcium inj 500 mg/50ml	
		(10 mg/ml).....	50

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>leucovorin calcium tab 5 mg</i>	50	<i>levonest</i>	113
<i>leucovorin calcium tab 10 mg</i>	50	<i>levonor-eth est tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg</i>	
<i>leucovorin calcium tab 15 mg</i>	50	ð est 0.01 mg	113
<i>leucovorin calcium tab 25 mg</i>	50	<i>levonorgestrel-eth estra tab</i>	
LEUKERAN TAB 2MG	28	0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg	113
<i>leuprolide acetate inj kit 1 mg/0.2ml</i>		<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day)</i>	
(5 mg/ml)	30	tab 0.15-0.03 mg	113
<i>levalbuterol hcl soln nebu 0.31 mg/3ml</i>		<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (continuous)</i>	
(base equiv)	162	tab 90-20 mcg	113
<i>levalbuterol hcl soln nebu 0.63 mg/3ml</i>		<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-</i>	
(base equiv)	162	20 mcg	113
<i>levalbuterol hcl soln nebu 1.25 mg/3ml</i>		<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab</i>	
(base equiv)	162	0.15 mg-30 mcg	113
<i>levalbuterol hcl soln nebu conc</i>		<i>levonorgestrel tab 1.5 mg</i>	113
1.25 mg/0.5ml (base equiv)	162	<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth</i>	
<i>levalbuterol tartrate inhal aerosol 45 mcg/</i>		est tab 0.01mg(7)	113
act (base equiv)	162	<i>levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) & eth</i>	
<i>levetiracetam inj 500 mg/5ml (100 mg/ml)</i> ..	90	est tab 0.01mg(7)	113
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i>		<i>levora 0.15/30-28</i>	113
500 mg/100ml.....	90	<i>levo-t</i>	124
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i>		<i>levothyroxine sodium tab 25 mcg</i>	124
1000 mg/100ml.....	90	<i>levothyroxine sodium tab 50 mcg</i>	124
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i>		<i>levothyroxine sodium tab 75 mcg</i>	124
1500 mg/100ml	90	<i>levothyroxine sodium tab 88 mcg</i>	124
<i>levetiracetam oral soln 100 mg/ml</i>	90	<i>levothyroxine sodium tab 100 mcg</i>	124
<i>levetiracetam tab 250 mg</i>	90	<i>levothyroxine sodium tab 112 mcg</i>	124
<i>levetiracetam tab 500 mg</i>	90	<i>levothyroxine sodium tab 125 mcg</i>	124
<i>levetiracetam tab 750 mg</i>	90	<i>levothyroxine sodium tab 137 mcg</i>	124
<i>levetiracetam tab 1000 mg</i>	90	<i>levothyroxine sodium tab 150 mcg</i>	124
<i>levetiracetam tab er 24hr 500 mg</i>	90	<i>levothyroxine sodium tab 175 mcg</i>	124
<i>levetiracetam tab er 24hr 750 mg</i>	90	<i>levothyroxine sodium tab 200 mcg</i>	124
LEVETIRACETA TAB 250MG	90	<i>levothyroxine sodium tab 300 mcg</i>	124
<i>levobunolol hcl ophth soln 0.5%</i>	157	<i>levoxyl</i>	124
<i>levocarnitine oral soln 1 gm/10ml (10%)</i>	122	<i>l-glutamine (sickle cell)</i>	140
<i>levocarnitine tab 330 mg</i>	122	<i>lidocaine hcl local inj 0.5%</i>	3
<i>levocetirizine dihydrochloride soln</i>		<i>lidocaine hcl local inj 1%</i>	3
2.5 mg/5ml (0.5 mg/ml)	161	<i>lidocaine hcl local inj 2%</i>	3
<i>levocetirizine dihydrochloride tab 5 mg</i>	161	<i>lidocaine hcl local preservative free (pf) inj</i>	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	23	0.5%	3
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i> ...	23	<i>lidocaine hcl local preservative free (pf) inj</i>	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	23	1%	3
<i>levofloxacin iv soln 25 mg/ml</i>	23	<i>lidocaine hcl local preservative free (pf) inj</i>	
<i>levofloxacin oral soln 25 mg/ml</i>	23	1.5%	3
<i>levofloxacin tab 250 mg</i>	23	<i>lidocaine hcl soln 4%</i>	173
<i>levofloxacin tab 500 mg</i>	23	<i>lidocaine hcl viscous soln 2%</i>	174
<i>levofloxacin tab 750 mg</i>	23	<i>lidocaine oint 5%</i>	173

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>lidocaine patch 5%</i>	173	<i>loperamide hcl soln 1 mg/7.5ml</i>	127
<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>	173	<i>loperamide hcl tab 2 mg</i>	127
<i>lidocan</i>	173	<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	17
LILETTA IUD 52MG.....	113	<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	17
<i>linezolid for susp 100 mg/5ml</i>	10	<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	17
LINEZOLID INJ 2MG/ML.....	10	<i>loratadine cap 10 mg</i>	161
<i>linezolid iv soln 600 mg/300ml (2 mg/ml)</i>	11	<i>loratadine childrens</i>	161
<i>linezolid tab 600 mg</i>	11	<i>loratadine oral soln 5 mg/5ml</i>	161
LINZESS CAP 72MCG.....	134	<i>loratadine rapidly-disintegrating tab 10 mg</i> . 161	
LINZESS CAP 145MCG.....	134	<i>loratadine tab 10 mg</i>	161
LINZESS CAP 290MCG.....	134	<i>lorazepam conc 2 mg/ml</i>	69
<i>liothyronine sodium tab 5 mcg</i>	124	<i>lorazepam inj 2 mg/ml</i>	69
<i>liothyronine sodium tab 25 mcg</i>	124	<i>lorazepam inj 4 mg/ml</i>	69
<i>liothyronine sodium tab 50 mcg</i>	124	<i>lorazepam intensol</i>	69
<i>liquid acetaminophen</i>	3	<i>lorazepam tab 0.5 mg</i>	69
<i>liquid allergy relief</i>	161	<i>lorazepam tab 1 mg</i>	69
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	51	<i>lorazepam tab 2 mg</i>	69
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	51	LORBRENA TAB 25MG.....	41
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	51	LORBRENA TAB 100MG.....	41
<i>lisinopril tab 2.5 mg</i>	52	<i>loryna</i>	114
<i>lisinopril tab 5 mg</i>	52	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	54
<i>lisinopril tab 10 mg</i>	52	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	54
<i>lisinopril tab 20 mg</i>	52	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	54
<i>lisinopril tab 30 mg</i>	52	<i>losartan potassium tab 25 mg</i>	56
<i>lisinopril tab 40 mg</i>	52	<i>losartan potassium tab 50 mg</i>	56
<i>lithium carbonate cap 150 mg</i>	99	<i>losartan potassium tab 100 mg</i>	56
<i>lithium carbonate cap 300 mg</i>	99	LOTEMAX OIN 0.5%.....	156
<i>lithium carbonate cap 600 mg</i>	99	<i>loteprednol etabonate ophth susp 0.2%</i>	156
<i>lithium carbonate tab 300 mg</i>	99	<i>lovastatin tab 10 mg</i>	58
<i>lithium carbonate tab er 300 mg</i>	99	<i>lovastatin tab 20 mg</i>	58
<i>lithium carbonate tab er 450 mg</i>	99	<i>lovastatin tab 40 mg</i>	58
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	100	<i>low-ogestrel</i>	114
LIVTENCITY TAB 200MG.....	19	<i>loxapine succinate cap 5 mg</i>	81
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	113	<i>loxapine succinate cap 10 mg</i>	81
<i>loestrin 1/20-21</i>	114	<i>loxapine succinate cap 25 mg</i>	81
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	114	<i>loxapine succinate cap 50 mg</i>	81
<i>loestrin fe 1/20</i>	114	<i>luizza 1/20 tab</i>	114
<i>lojaimiess tab</i>	114	<i>luizza tab 1.5/30</i>	114
LOKELMA PAK 5GM.....	110	LUMAKRAS TAB 120MG.....	41
LOKELMA PAK 10GM.....	110	LUMAKRAS TAB 240MG.....	41
LONSURF TAB 15-6.14.....	29	LUMAKRAS TAB 320MG.....	41
LONSURF TAB 20-8.19.....	29	LUMIGAN SOL 0.01% OP.....	157
<i>loperamide hcl cap 2 mg</i>	134		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
LUMIZYME INJ 50MG	122	<i>magnesium sulfate iv soln 4 gm/100ml</i>	
LUPR DEP-PED INJ 3M 30MG	122	(40 mg/ml)	151
LUPR DEP-PED INJ 7.5MG.....	122	<i>magnesium sulfate iv soln 20 gm/500ml</i>	
LUPR DEP-PED INJ 11.25MG	122	(40 mg/ml)	151
LUPR DEP-PED INJ 15MG	122	<i>magnesium sulfate iv soln 40 gm/1000ml</i>	
LUPRON DEPOT INJ 3.75MG	30	(40 mg/ml)	151
LUPRON DEPOT INJ 11.25MG	30	<i>malathion lotion 0.5%</i>	174
LUPRON DEPOT INJ 45MG	122	<i>maox</i>	126
<i>lurasidone hcl tab 20 mg</i>	81	<i>mapap childrens</i>	3
<i>lurasidone hcl tab 40 mg</i>	81	<i>maraviroc tab 150 mg</i>	15
<i>lurasidone hcl tab 60 mg</i>	81	<i>maraviroc tab 300 mg</i>	15
<i>lurasidone hcl tab 80 mg</i>	81	<i>marlissa</i>	114
<i>lurasidone hcl tab 120 mg</i>	81	MARPLAN TAB 10MG.....	73
<i>lutra</i>	114	MATULANE CAP 50MG	33
LYBALVI TAB 5-10MG	81	MAVYRET PAK 50-20MG	19
LYBALVI TAB 10-10MG	81	MAVYRET TAB 100-40MG	19
LYBALVI TAB 15-10MG.....	81	<i>m-dryl</i>	161
LYBALVI TAB 20-10MG.....	81	<i>meclizine hcl chew tab 25 mg</i>	127
<i>lyleq</i>	114	<i>meclizine hcl tab 12.5 mg</i>	127
<i>lyllana</i>	118	<i>meclizine hcl tab 25 mg</i>	127
LYNPARZA TAB 100MG	42	<i>medroxyprogesterone acetate im susp</i>	
LYNPARZA TAB 150MG.....	42	150 mg/ml.....	114
LYSODREN TAB 500MG	30	<i>medroxyprogesterone acetate im susp</i>	
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	42	<i>prefilled syr 150 mg/ml</i>	114
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	42	<i>medroxyprogesterone acetate tab 2.5 mg.</i>	123
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	42	<i>medroxyprogesterone acetate tab 5 mg</i>	123
<i>lyza</i>	114	<i>medroxyprogesterone acetate tab 10 mg</i> ..	124
M		<i>mefloquine hcl tab 250 mg</i>	14
<i>mag-al plus</i>	126	<i>megestrol acetate susp 40 mg/ml</i>	124
<i>mag-al plus xs</i>	126	<i>megestrol acetate susp 625 mg/5ml</i>	124
<i>magnesium oxide tab 400 mg</i>	126	<i>megestrol acetate tab 20 mg</i>	30
<i>magnesium oxide tab 420 mg</i>	126	<i>megestrol acetate tab 40 mg</i>	31
MAGNESIUM SU INJ 2GM/50ML.....	151	<i>meijer saline nasal spray</i>	165
MAGNESIUM SU INJ 4G/100ML	151	MEKINIST SOL 0.05/ML	42
MAGNESIUM SU INJ 20/500ML	151	MEKINIST TAB 0.5MG	42
MAGNESIUM SU INJ 40G/1000	151	MEKINIST TAB 2MG	42
MAGNESIUM SU INJ 50%	151	MEKTOVI TAB 15MG.....	42
MAGNESIUM SU INJ 80MG/ML.....	151	<i>meleya tab 0.35mg</i>	114
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1</i>		<i>meloxicam tab 7.5 mg</i>	5
<i>gm/100ml</i>	151	<i>meloxicam tab 15 mg</i>	5
<i>magnesium sulfate inj 50%</i>	151	<i>memantine hcl cap er 24hr 7 mg</i>	70
<i>magnesium sulfate iv soln 2 gm/50ml</i>		<i>memantine hcl cap er 24hr 14 mg</i>	70
(40 mg/ml)	151	<i>memantine hcl cap er 24hr 21 mg</i>	70
<i>magnesium sulfate iv soln 4 gm/50ml</i>		<i>memantine hcl cap er 24hr 28 mg</i>	70
(80 mg/ml)	151	<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 14-</i>	
		10 mg	70

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 21-10 mg</i>	70	<i>methotrexate sodium inj 50 mg/2ml (25 mg/ml)</i>	29
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 28-10 mg</i>	70	<i>methotrexate sodium inj 250 mg/10ml (25 mg/ml)</i>	29
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	70	<i>methotrexate sodium inj pf 50 mg/2ml (25 mg/ml)</i>	29
<i>memantine hcl tab 5 mg</i>	70	<i>methotrexate sodium inj pf 250 mg/10ml (25 mg/ml)</i>	29
<i>memantine hcl tab 10 mg</i>	70	<i>methotrexate sodium inj pf 1000 mg/40ml (25 mg/ml)</i>	29
<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg titration pack</i>	70	<i>methotrexate sodium tab 2.5 mg (base equiv)</i>	145
MENACTRA INJ	149	<i>methsuximide cap 300 mg</i>	90
MENQUADFI INJ	149	<i>methylphenidate hcl soln 5 mg/5ml</i>	96
MENVEO INJ	149	<i>methylphenidate hcl soln 10 mg/5ml</i>	96
MENVEO SOL	149	<i>methylphenidate hcl tab 5 mg</i>	96
<i>mercaptopurine susp 2000 mg/100ml (20 mg/ml)</i>	29	<i>methylphenidate hcl tab 10 mg</i>	96
<i>mercaptopurine tab 50 mg</i>	29	<i>methylphenidate hcl tab 20 mg</i>	96
<i>meropenem iv for soln 1 gm</i>	11	<i>methylphenidate hcl tab er 10 mg</i>	96
<i>meropenem iv for soln 2 gm</i>	11	<i>methylphenidate hcl tab er 20 mg</i>	96
<i>meropenem iv for soln 500 mg</i>	11	<i>methylprednisolone acetate inj susp 40 mg/ml</i>	119
<i>mesalamine cap dr 400 mg</i>	130	<i>methylprednisolone acetate inj susp 80 mg/ml</i>	119
<i>mesalamine cap er 24hr 0.375 gm</i>	130	<i>methylprednisolone sod succ for inj 40 mg (base equiv)</i>	119
<i>mesalamine enema 4 gm</i>	130	<i>methylprednisolone sod succ for inj 125 mg (base equiv)</i>	119
<i>mesalamine rectal enema 4 gm & cleanser wipe kit</i>	130	<i>methylprednisolone sod succ for inj 1000 mg (base equiv)</i>	119
<i>mesalamine suppos 1000 mg</i>	130	<i>methylprednisolone tab 4 mg</i>	119
<i>mesalamine tab delayed release 1.2 gm</i>	130	<i>methylprednisolone tab 8 mg</i>	119
<i>mesna tab 400 mg</i>	50	<i>methylprednisolone tab 16 mg</i>	119
MESNEX TAB 400MG	50	<i>methylprednisolone tab 32 mg</i>	119
<i>metformin hcl tab 500 mg</i>	105	<i>methylprednisolone tab therapy pack 4 mg (21)</i>	119
<i>metformin hcl tab 850 mg</i>	105	<i>methyltestosterone cap 10 mg</i>	104
<i>metformin hcl tab 1000 mg</i>	105	<i>metoclopramide hcl inj 5 mg/ml (base equivalent)</i>	128
<i>metformin hcl tab er 24hr 500 mg</i>	105	<i>metoclopramide hcl soln 5 mg/5ml (10 mg/10ml) (base equiv)</i>	128
<i>metformin hcl tab er 24hr 750 mg</i>	106	<i>metoclopramide hcl tab 5 mg (base equivalent)</i>	128
<i>methadone hcl soln 5 mg/5ml</i>	6	<i>metoclopramide hcl tab 10 mg (base equivalent)</i>	128
<i>methadone hcl soln 10 mg/5ml</i>	6	<i>metolazone tab 2.5 mg</i>	64
<i>methadone hcl tab 5 mg</i>	7		
<i>methadone hcl tab 10 mg</i>	7		
<i>methadone hydrochloride i</i>	7		
<i>methazolamide tab 25 mg</i>	64		
<i>methazolamide tab 50 mg</i>	64		
<i>methenamine hippurate tab 1 gm</i>	11		
<i>methimazole tab 5 mg</i>	124		
<i>methimazole tab 10 mg</i>	124		
<i>methocarbamol tab 500 mg</i>	101		
<i>methocarbamol tab 750 mg</i>	101		
<i>methotrexate sodium for inj 1 gm</i>	29		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>metolazone tab 5 mg</i>	64	<i>mimvey</i>	118
<i>metolazone tab 10 mg</i>	64	<i>minocycline hcl cap 50 mg</i>	27
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	59	<i>minocycline hcl cap 75 mg</i>	27
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	59	<i>minocycline hcl cap 100 mg</i>	27
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	59	<i>minoxidil tab 2.5 mg</i>	66
<i>metoprolol succinate tab er 24hr 25 mg (tartrate equiv)</i>	60	<i>minoxidil tab 10 mg</i>	66
<i>metoprolol succinate tab er 24hr 50 mg (tartrate equiv)</i>	60	<i>mintox maximum strength</i>	126
<i>metoprolol succinate tab er 24hr 100 mg (tartrate equiv)</i>	60	<i>mintox plus</i>	126
<i>metoprolol succinate tab er 24hr 200 mg (tartrate equiv)</i>	60	<i>mirtazapine orally disintegrating tab 15 mg</i> .	73
<i>metoprolol tartrate iv soln 5 mg/5ml</i>	60	<i>mirtazapine orally disintegrating tab 30 mg</i>	74
<i>metoprolol tartrate tab 25 mg</i>	60	<i>mirtazapine orally disintegrating tab 45 mg</i> .	74
<i>metoprolol tartrate tab 50 mg</i>	60	<i>mirtazapine tab 7.5 mg</i>	74
<i>metoprolol tartrate tab 100 mg</i>	60	<i>mirtazapine tab 15 mg</i>	74
<i>metronidazole cream 0.75%</i>	173	<i>mirtazapine tab 30 mg</i>	74
<i>metronidazole gel 0.75%</i>	173	<i>mirtazapine tab 45 mg</i>	74
<i>metronidazole iv soln 500 mg/100ml</i>	11	<i>misoprostol tab 100 mcg</i>	134
<i>metronidazole lotion 0.75%</i>	173	<i>misoprostol tab 200 mcg</i>	134
<i>metronidazole tab 250 mg</i>	11	MITIGARE CAP 0.6MG.....	2
<i>metronidazole tab 500 mg</i>	11	M-M-R II INJ.....	149
<i>metronidazole vaginal gel 0.75%</i>	137	M-NATAL PLUS TAB.....	152
<i>metyrosine cap 250 mg</i>	66	<i>modafinil tab 100 mg</i>	101
<i>mibelas 24 fe</i>	114	<i>modafinil tab 200 mg</i>	101
<i>micafungin sodium for iv soln 50 mg</i>	13	MODEYSO CAP 125MG.....	33
<i>micafungin sodium for iv soln 100 mg</i>	13	<i>moexipril hcl tab 7.5 mg</i>	52
<i>miconazole 3 combo pack</i>	137	<i>moexipril hcl tab 15 mg</i>	52
<i>miconazole 7</i>	137	<i>molindone hcl tab 5 mg</i>	82
<i>microgestin 1.5/30</i>	114	<i>molindone hcl tab 10 mg</i>	82
<i>microgestin 1/20</i>	114	<i>molindone hcl tab 25 mg</i>	82
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	114	<i>mometasone furoate cream 0.1%</i>	172
<i>microgestin fe 1/20</i>	114	<i>mometasone furoate oint 0.1%</i>	172
<i>midodrine hcl tab 2.5 mg</i>	66	<i>mometasone furoate solution 0.1% (lotion)</i> .	172
<i>midodrine hcl tab 5 mg</i>	66	MONJUVI INJ 200MG.....	42
<i>midodrine hcl tab 10 mg</i>	66	<i>mono-lynh</i>	114
MIEBO DRO 1.3GM/ML.....	158	<i>montelukast sodium chew tab 4 mg (base equiv)</i>	163
<i>mifepristone tab 300 mg</i>	122	<i>montelukast sodium chew tab 5 mg (base equiv)</i>	163
<i>migraine relief</i>	3	<i>montelukast sodium oral granules packet 4 mg (base equiv)</i>	164
<i>mili</i>	114	<i>montelukast sodium tab 10 mg (base equiv)</i>	164
<i>milk of magnesia</i>	132	<i>morphine sulfat</i> e iv soln 2 mg/ml.....	8
MILK OF MAGN SUS 2400/10.....	132	<i>morphine sulfat</i> e iv soln 4 mg/ml.....	8
		<i>morphine sulfat</i> e iv soln 8 mg/ml.....	8
		<i>morphine sulfat</i> e iv soln 10 mg/ml.....	8
		<i>morphine sulfat</i> e oral soln 10 mg/5ml.....	8

Nombre del medicamento	Página n.º
<i>morphine sulfate oral soln 20 mg/5ml</i>	8
<i>morphine sulfate oral soln 100 mg/5ml (20 mg/ml)</i>	8
<i>morphine sulfate tab 15 mg</i>	8
<i>morphine sulfate tab 30 mg</i>	8
<i>morphine sulfate tab er 15 mg</i>	7
<i>morphine sulfate tab er 30 mg</i>	7
<i>morphine sulfate tab er 60 mg</i>	7
<i>morphine sulfate tab er 100 mg</i>	7
<i>morphine sulfate tab er 200 mg</i>	7
<i>motion sickness relief</i>	128
<i>motion sickness relief/le</i>	128
<i>motion-time</i>	128
MOUNJARO INJ 2.5/0.5	106
MOUNJARO INJ 5MG/0.5.....	106
MOUNJARO INJ 7.5/0.5.....	106
MOUNJARO INJ 10MG/0.5	106
MOUNJARO INJ 12.5/0.5.....	106
MOUNJARO INJ 15MG/0.5	106
MOVANTIK TAB 12.5MG.....	134
MOVANTIK TAB 25MG	134
<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i>	23
<i>moxifloxacin hcl ophth soln 0.5% (base equiv)</i>	155
<i>moxifloxacin hcl tab 400 mg (base equiv</i>	23
<i>m-pap</i>	3
MRESVIA INJ 50MCG	149
<i>mucinex fast-max chest co</i>	163
MULTAQ TAB 400MG.....	56
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	152
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	152
<i>mupirocin oint 2%</i>	169
<i>my choice</i>	114
<i>mycophenolate mofetil cap 250 mg</i>	147
<i>mycophenolate mofetil for oral susp 200 mg/ml</i>	148
<i>mycophenolate mofetil tab 500 mg</i>	148
<i>mycophenolate sodium tab dr 180 mg (mycophenolic acid equiv)</i>	148
<i>mycophenolate sodium tab dr 360 mg (mycophenolic acid equiv)</i>	148
MYRBETRIQ SUS 8MG/ML	136
MYRBETRIQ TAB 25MG	136
MYRBETRIQ TAB 50MG.....	136
<i>my way</i>	114

Nombre del medicamento	Página n.º
N	
<i>nabumetone tab 500 mg</i>	5
<i>nabumetone tab 750 mg</i>	5
<i>nadolol tab 20 mg</i>	60
<i>nadolol tab 40 mg</i>	60
<i>nadolol tab 80 mg</i>	60
<i>nafcillin sodium for inj 1 gm</i>	25
<i>nafcillin sodium for inj 2 gm</i>	25
<i>nafcillin sodium for iv soln 10 gm</i>	25
NAGLAZYME INJ 1MG/ML.....	122
<i>nalbuphine hcl inj 10 mg/ml</i>	8
<i>nalbuphine hcl inj 20 mg/ml</i>	8
<i>naloxone hcl inj 0.4 mg/ml</i>	103
<i>naloxone hcl inj 4 mg/10ml</i>	103
<i>naloxone hcl nasal spray 4 mg/0.1ml</i>	103
<i>naloxone hcl soln cartridge 0.4 mg/ml</i>	103
<i>naloxone hcl soln prefilled syringe 0.4 mg/ml</i>	103
<i>naloxone hcl soln prefilled syringe 2 mg/2ml</i>	103
<i>naltrexone hcl tab 50 mg</i>	103
NAMZARIC CAP 7-10MG	70
NAMZARIC CAP 14-10MG	70
NAMZARIC CAP 21-10MG.....	70
NAMZARIC CAP 28-10MG.....	70
NAMZARIC CAP PACK.....	70
<i>naproxen sodium tab 220 mg</i>	5
<i>naproxen sodium tab 275 mg</i>	5
<i>naproxen sodium tab 550 mg</i>	5
<i>naproxen tab 250 mg</i>	5
<i>naproxen tab 375 mg</i>	5
<i>naproxen tab 500 mg</i>	5
<i>naproxen tab ec 375 mg</i>	5
<i>naratriptan hcl tab 1 mg (base equiv)</i>	98
<i>naratriptan hcl tab 2.5 mg (base equiv)</i>	98
<i>nasal decongestant</i>	163
<i>nasal moist</i>	165
<i>nasal moisturizing spray</i>	165
NATACYN SUS 5% OP.....	155
<i>nateglinide tab 60 mg</i>	106
<i>nateglinide tab 120 mg</i>	106
<i>nausea relief</i>	128
NAYZILAM SPR 5MG.....	90
<i>neбиволол hcl tab 2.5 mg (base equivalent)</i>	61
<i>neбиволол hcl tab 5 mg (base equivalent)</i>	61

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>nebivolol hcl tab 10 mg (base equivalent)</i>	61	NICOTINE SYS KIT TRANSDER.....	103
<i>nebivolol hcl tab 20 mg (base equivalent)</i>	61	<i>nicotine td patch 24hr 7 mg/24hr</i>	103
<i>necon 0.5/35-28</i>	114	<i>nicotine td patch 24hr 14 mg/24hr</i>	103
<i>nefazodone hcl tab 50 mg</i>	74	<i>nicotine td patch 24hr 21 mg/24hr</i>	103
<i>nefazodone hcl tab 100 mg</i>	74	<i>nicotine transdermal syst</i>	103
<i>nefazodone hcl tab 150 mg</i>	74	NICOTROL INH.....	103
<i>nefazodone hcl tab 200 mg</i>	74	NICOTROL NS SPR 10MG/ML.....	103
<i>nefazodone hcl tab 250 mg</i>	74	<i>nifedipine tab er 24hr 30 mg</i>	63
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	155	<i>nifedipine tab er 24hr 60 mg</i>	63
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	156	<i>nifedipine tab er 24hr 90 mg</i>	63
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	155	<i>nifedipine tab er 24hr osmotic release 30 mg</i>	63
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	155	<i>nifedipine tab er 24hr osmotic release 60 mg</i>	63
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	155	<i>nifedipine tab er 24hr osmotic release 90 mg</i>	63
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	158	<i>nikki</i>	114
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	158	<i>nilotinib hcl cap 50 mg (base equivalent)</i>	42
<i>neomycin sulfate tab 500 mg</i>	11	<i>nilotinib hcl cap 150 mg (base equivalent)</i>	42
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	155	<i>nilotinib hcl cap 200 mg (base equivalent)</i> ...42	
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	155	<i>nilutamide tab 150 mg</i>	31
NEPHRONEX LIQ 0.9/5ML.....	154	<i>nimodipine cap 30 mg</i>	63
<i>nephro vitamins</i>	154	NINLARO CAP 2.3MG.....	42
<i>nephro-vite</i>	154	NINLARO CAP 3MG.....	42
NERLYNX TAB 40MG.....	42	NINLARO CAP 4MG.....	42
<i>nevirapine susp 50 mg/5ml</i>	15	<i>nitazoxanide tab 500 mg</i>	11
<i>nevirapine tab 200 mg</i>	15	<i>nitisinone cap 2 mg</i>	122
<i>nevirapine tab er 24hr 400 mg</i>	15	<i>nitisinone cap 5 mg</i>	122
<i>new day</i>	114	<i>nitisinone cap 10 mg</i>	122
NEXLETOL TAB 180MG.....	59	<i>nitisinone cap 20 mg</i>	122
NEXLIZET TAB 180/10MG.....	59	NITRO-BID OIN 2%.....	66
NEXPLANON IMP 68MG.....	114	<i>nitrofurantoin macrocrystalline cap 50 mg</i> ... 11	
<i>niacin tab er 500 mg (antihyperlipidemic)</i>	59	<i>nitrofurantoin macrocrystalline cap 100 mg</i> . 11	
<i>niacin tab er 750 mg (antihyperlipidemic)</i>	59	<i>nitrofurantoin monohydrate macrocrystalline cap 100 mg</i>	11
<i>niacin tab er 1000 mg (antihyperlipidemic)</i> ..	59	<i>nitroglycerin oint 0.4%</i>	173
<i>nicardipine hcl cap 20 mg</i>	63	<i>nitroglycerin sl tab 0.3 mg</i>	66
<i>nicardipine hcl cap 30 mg</i>	63	<i>nitroglycerin sl tab 0.4 mg</i>	67
<i>nicotine mini lozenge</i>	103	<i>nitroglycerin sl tab 0.6 mg</i>	67
<i>nicotine polacrilex gum 2 mg</i>	103	<i>nitroglycerin td patch 24hr 0.1 mg/hr</i>	67
<i>nicotine polacrilex gum 4 mg</i>	103	<i>nitroglycerin td patch 24hr 0.2 mg/hr</i>	67
<i>nicotine polacrilex lozenge 2 mg</i>	103	<i>nitroglycerin td patch 24hr 0.4 mg/hr</i>	67
<i>nicotine polacrilex lozenge 4 mg</i>	103	<i>nitroglycerin td patch 24hr 0.6 mg/hr</i>	67
<i>nicotine polacrilex mini</i>	103	<i>nitroglycerin tl soln 0.4 mg/spray (400 mcg/spray)</i>	67
		<i>nizatidine cap 150 mg</i>	130

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
nizatidine cap 300 mg.....	130	NUBEQA TAB 300MG.....	31
nora-be.....	114	NUDEXTA CAP 20-10MG.....	100
norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr.....	114	NULOJIX INJ 250MG.....	148
norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab 1 mg-20 mcg (24).....	115	NUPLAZID CAP 34MG.....	82
norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg.....	115	NUPLAZID TAB 10MG.....	82
norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg.....	115	NURTEC TAB 75MG ODT.....	98
norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg.....	118	NUTRILIPID EMU 20%.....	154
norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg.....	118	NUTRISOURCE PAK FIBER.....	132
norethindrone acetate tab 5 mg.....	124	NUTRISOURCE POW FIBER.....	132
norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg.....	115	NUZYRA INJ 100MG.....	27
norethindrone tab 0.35 mg.....	115	NUZYRA TAB 150MG.....	27
norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215- 25/0.25-25 mg-mcg.....	115	nyamyc.....	170
norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215- 35/0.25-35 mg-mcg.....	115	nylia 1/35.....	115
norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg.....	115	nylia 7/7/7.....	115
norlyroc.....	115	nystatin cream 100000 unit/gm.....	170
nortrel 0.5/35 (28).....	115	nystatin oint 100000 unit/gm.....	170
nortrel 1/35 (21).....	115	nystatin susp 100000 unit/ml.....	174
nortrel 1/35 (28).....	115	nystatin tab 500000 unit.....	14
nortrel 7/7/7.....	115	nystatin topical powder 100000 unit/gm ...	170
nortriptyline hcl cap 10 mg.....	74	nystop.....	170
nortriptyline hcl cap 25 mg.....	74	O	
nortriptyline hcl cap 50 mg.....	74	ocean for kids.....	165
nortriptyline hcl cap 75 mg.....	74	ocella.....	115
nortriptyline hcl soln 10 mg/5ml.....	74	OCTAGAM INJ 1GM.....	146
NORVIR POW 100MG.....	15	OCTAGAM INJ 2.5GM.....	146
NOVOLIN INJ 70/30.....	108	OCTAGAM INJ 2GM/20ML.....	146
NOVOLIN INJ 70/30 FP.....	108	OCTAGAM INJ 5GM.....	146
NOVOLIN N INJ 100 UNIT.....	108	OCTAGAM INJ 5GM/50ML.....	146
NOVOLIN N INJ U-100.....	108	OCTAGAM INJ 10/100ML.....	146
NOVOLIN R INJ 100 UNIT.....	108	OCTAGAM INJ 10GM.....	146
NOVOLIN R INJ U-100.....	108	OCTAGAM INJ 20/200ML.....	146
NOVOLOG INJ 100/ML.....	108	OCTAGAM INJ 30/300ML.....	146
NOVOLOG INJ FLEXPEN.....	108	octreotide acetate inj 50 mcg/ml (0.05 mg/ml).....	122
NOVOLOG INJ PENFILL.....	108	octreotide acetate inj 100 mcg/ml (0.1 mg/ml).....	122
NOVOLOG MIX INJ 70/30.....	108	octreotide acetate inj 200 mcg/ml (0.2 mg/ml).....	122
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN.....	108	octreotide acetate inj 500 mcg/ml (0.5 mg/ml).....	122
		octreotide acetate inj 1000 mcg/ml (1 mg/ml).....	122
		octreotide acetate subcutaneous soln pref syr 50 mcg/ml.....	122

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>octreotide acetate subcutaneous soln pref syr 100 mcg/ml</i>	122	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	54
<i>octreotide acetate subcutaneous soln pref syr 500 mcg/ml</i>	123	<i>olmesartan medoxomil tab 5 mg</i>	56
ODEFSEY TAB	17	<i>olmesartan medoxomil tab 20 mg</i>	56
ODOMZO CAP 200MG	42	<i>olmesartan medoxomil tab 40 mg</i>	56
OFEV CAP 100MG	165	<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	59
OFEV CAP 150MG.....	165	<i>omeprazole cap delayed release 10 mg</i>	135
<i>ofloxacin ophth soln 0.3%</i>	156	<i>omeprazole cap delayed release 20 mg</i>	135
<i>ofloxacin otic soln 0.3%</i>	158	<i>omeprazole cap delayed release 40 mg</i> ...	135
OGIVRI INJ 150MG	43	OMNIPOD 5 DX KIT INT G7G6	108
OGIVRI INJ 420MG.....	43	OMNIPOD 5 DX MIS POD G7G6	108
OGSIVEO TAB 50MG.....	43	OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO	108
OGSIVEO TAB 100MG	43	OMNIPOD 5 G7 MIS PODS	108
OGSIVEO TAB 150MG	43	OMNIPOD 5 L2 KIT INTRO G6	108
OJEMDA SUS 25MG/ML	43	OMNIPOD 5 L2 MIS PODS G6	108
OJEMDA TAB 100MG.....	43	OMNIPOD DASH KIT INTRO.....	108
OJJAARA TAB 100MG	43	OMNIPOD DASH MIS PODS.....	108
OJJAARA TAB 150MG	43	OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY.....	108
OJJAARA TAB 200MG	43	OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY.....	108
<i>olanzapine for im inj 10 mg</i>	82	OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	108
<i>olanzapine orally disintegrating tab 5 mg</i>	82	OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY	108
<i>olanzapine orally disintegrating tab 10 mg</i> ...	82	OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY	109
<i>olanzapine orally disintegrating tab 15 mg</i> ...	82	OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY	109
<i>olanzapine orally disintegrating tab 20 mg</i> ..	82	OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY.....	109
<i>olanzapine tab 2.5 mg</i>	82	OMNIPOD MIS CLASSIC	109
<i>olanzapine tab 5 mg</i>	82	<i>ondansetron hcl inj 4 mg/2ml (2 mg/ml)</i>	128
<i>olanzapine tab 7.5 mg</i>	82	<i>ondansetron hcl inj 40 mg/20ml (2 mg/ml)</i> 128	
<i>olanzapine tab 10 mg</i>	82	<i>ondansetron hcl inj soln pref syr 4 mg/2ml</i> 128	
<i>olanzapine tab 15 mg</i>	82	<i>ondansetron hcl oral soln 4 mg/5ml</i>	128
<i>olanzapine tab 20 mg</i>	82	<i>ondansetron hcl tab 4 mg</i>	128
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	54	<i>ondansetron hcl tab 8 mg</i>	128
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	54	<i>ondansetron orally disintegrating tab 4 mg</i> 128	
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	54	<i>ondansetron orally disintegrating tab 8 mg</i> 128	
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>	55	ONTRUZANT INJ 150MG	43
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	55	ONTRUZANT INJ 420MG	43
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	54	ONUREG TAB 200MG	29
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	54	ONUREG TAB 300MG	29
		OPIPZA MIS 2MG.....	82
		OPIPZA MIS 5MG.....	82
		OPIPZA MIS 10MG.....	82
		OPSUMIT TAB 10MG	67
		<i>option 2</i>	115
		ORGOVYX TAB 120MG	31
		ORKAMBI GRA 75-94MG	165
		ORKAMBI GRA 100-125	165
		ORKAMBI GRA 150-188	165

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
ORKAMBI TAB 100-125	165	oxycodone w/ acetaminophen tab 10-	
ORKAMBI TAB 200-125.....	165	325 mg	9
orquidea tab 0.35mg.....	115	OXYCONTIN TAB 10MG ER	7
ORSERDU TAB 86MG.....	31	OXYCONTIN TAB 15MG ER.....	7
ORSERDU TAB 345MG.....	31	OXYCONTIN TAB 20MG ER.....	7
oseltamivir phosphate cap 30 mg (base equiv)	19	OXYCONTIN TAB 30MG ER.....	7
oseltamivir phosphate cap 45 mg (base equiv)	19	OXYCONTIN TAB 40MG ER.....	7
oseltamivir phosphate cap 75 mg (base equiv)	19	OXYCONTIN TAB 60MG ER.....	7
oseltamivir phosphate for susp 6 mg/ml (base equiv)	19	OXYCONTIN TAB 80MG ER.....	7
oxacillin sodium for inj 1 gm (base equivalent)	25	OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE)	106
oxacillin sodium for inj 2 gm (base equivalent)	25	OZEMPIC (1MG/DOSE).....	106
oxacillin sodium for iv soln 10 gm (base equivalent)	25	OZEMPIC (2MG/DOSE).....	106
oxaliplatin for iv inj 50 mg	28	P	
oxaliplatin for iv inj 100 mg.....	28	pacerone	57
oxaliplatin iv soln 50 mg/10ml.....	28	paclitaxel inj 100mg.....	33
oxaliplatin iv soln 100 mg/20ml	28	paclitaxel iv conc 30 mg/5ml (6 mg/ml).....	33
oxaliplatin iv soln 200 mg/40ml.....	28	paclitaxel iv conc 100 mg/16.7ml (6 mg/ml).....	34
oxcarbazepine susp 300 mg/5ml (60 mg/ml)	90	paclitaxel iv conc 150 mg/25ml (6 mg/ml) ...	34
oxcarbazepine tab 150 mg.....	90	paclitaxel iv conc 300 mg/50ml (6 mg/ml) ..	34
oxcarbazepine tab 300 mg.....	90	pain & fever childrens.....	4
oxcarbazepine tab 600 mg	90	pain & fever infants	4
oxybutynin chloride solution 5 mg/5ml	136	pain reliever plus	4
oxybutynin chloride tab 5 mg.....	136	paliperidone tab er 24hr 1.5 mg	82
oxybutynin chloride tab er 24hr 5 mg	136	paliperidone tab er 24hr 3 mg	82
oxybutynin chloride tab er 24hr 10 mg.....	136	paliperidone tab er 24hr 6 mg.....	82
oxybutynin chloride tab er 24hr 15 mg.....	136	paliperidone tab er 24hr 9 mg.....	82
oxycodone hcl conc 100 mg/5ml (20 mg/ml) 8		pamidronate disodium iv soln 3 mg/ml	109
oxycodone hcl soln 5 mg/5ml.....	8	pamidronate disodium iv soln 9 mg/ml	109
oxycodone hcl tab 5 mg.....	8	PAMIDRONATE INJ 6MG/ML.....	109
oxycodone hcl tab 10 mg	8	PANRETIN GEL 0.1%.....	173
oxycodone hcl tab 15 mg	8	pantoprazole sodium ec tab 20 mg (base equiv)	135
oxycodone hcl tab 20 mg	8	pantoprazole sodium ec tab 40 mg (base equiv)	135
oxycodone hcl tab 30 mg	8	pantoprazole sodium for iv soln 40 mg (base equiv)	135
oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5- 325 mg	8	PANZYGA SOL 1GM/10ML.....	146
oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg 9		PANZYGA SOL 2.5/25ML	146
oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5- 325 mg	9	PANZYGA SOL 5GM/50ML.....	146
		PANZYGA SOL 10/100ML	147
		PANZYGA SOL 20/200ML.....	147
		PANZYGA SOL 30/300ML.....	147
		paricalcitol cap 1 mcg.....	125
		paricalcitol cap 2 mcg	125
		paricalcitol cap 4 mcg	125

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>paroxetine hcl oral susp 10 mg/5ml (base equiv)</i>	74	<i>perampanel tab 4 mg</i>	90
<i>paroxetine hcl tab 10 mg</i>	74	<i>perampanel tab 6 mg</i>	91
<i>paroxetine hcl tab 20 mg</i>	74	<i>perampanel tab 8 mg</i>	91
<i>paroxetine hcl tab 30 mg</i>	74	<i>perampanel tab 10 mg</i>	91
<i>paroxetine hcl tab 40 mg</i>	74	<i>perampanel tab 12 mg</i>	91
PAXLOVID PAK.....	19	<i>perindopril erbumine tab 2 mg</i>	52
PAXLOVID TAB 150-100	19	<i>perindopril erbumine tab 4 mg</i>	52
PAXLOVID TAB 300-100	19	<i>perindopril erbumine tab 8 mg</i>	52
<i>pazopanib hcl tab 200 mg (base equiv)</i>	43	<i>periogard</i>	174
PEDIA-LAX LIQ 50MG.....	132	<i>permethrin cream 5%</i>	174
PEDIA-LAX SUP 2.8GM	132	<i>perphenazine tab 2 mg</i>	82
PEDIARIX INJ 0.5ML	149	<i>perphenazine tab 4 mg</i>	82
PEDVAX HIB INJ.....	149	<i>perphenazine tab 8 mg</i>	82
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>	132	<i>perphenazine tab 16 mg</i>	83
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	132	<i>pfizerpen</i>	26
PEGASYS INJ.....	19	<i>phenelzine sulfate tab 15 mg</i>	74
PEGASYS INJ 180MCG/M	19	<i>phenobarbital elixir 20 mg/5ml</i>	91
PEMAZYRE TAB 4.5MG	43	<i>phenobarbital sodium inj 65 mg/ml</i>	91
PEMAZYRE TAB 9MG.....	43	<i>phenobarbital sodium inj 130 mg/ml</i>	91
PEMAZYRE TAB 13.5MG	43	<i>phenobarbital tab 15 mg</i>	91
<i>pemetrexed disodium for iv soln 100 mg (base equiv)</i>	29	<i>phenobarbital tab 16.2 mg</i>	91
<i>pemetrexed disodium for iv soln 500 mg (base equiv)</i>	29	<i>phenobarbital tab 30 mg</i>	91
<i>pemetrexed disodium for iv soln 750 mg (base equiv)</i>	29	<i>phenobarbital tab 32.4 mg</i>	91
<i>pemetrexed disodium for iv soln 1000 mg (base equiv)</i>	29	<i>phenobarbital tab 60 mg</i>	91
PENBRAYA INJ	149	<i>phenobarbital tab 64.8 mg</i>	91
<i>penicillamine tab 250 mg</i>	110	<i>phenobarbital tab 97.2 mg</i>	91
<i>penicillin g potassium for inj 5000000 unit</i> ..	25	<i>phenobarbital tab 100 mg</i>	92
<i>penicillin g potassium for inj 20000000 unit</i>	25	<i>phenytek</i>	92
<i>penicillin g sodium for inj 5000000 unit</i>	26	<i>phenytoin chew tab 50 mg</i>	92
<i>penicillin v potassium for soln 125 mg/5ml</i> ..	26	<i>phenytoin sodium extended cap 100 mg</i>	92
<i>penicillin v potassium for soln 250 mg/5ml</i> ..	26	<i>phenytoin sodium extended cap 200 mg</i>	92
<i>penicillin v potassium tab 250 mg</i>	26	<i>phenytoin sodium extended cap 300 mg</i>	92
<i>penicillin v potassium tab 500 mg</i>	26	<i>phenytoin sodium inj 50 mg/ml</i>	92
PENMENVY INJ.....	149	<i>phenytoin susp 125 mg/5ml</i>	92
PENTACEL INJ.....	149	PHESGO SOL.....	43
<i>pentamidine isethionate inh</i>	11	<i>philith</i>	115
<i>pentamidine isethionate inj</i>	11	<i>phytonadione inj 10 mg/ml</i>	154
<i>pentoxifylline tab er 400 mg</i>	140	<i>phytonadione tab 5 mg</i>	154
<i>perampanel tab 2 mg</i>	90	PIFELTRO TAB 100MG.....	15
		<i>pilocarpine hcl ophth soln 1%</i>	157
		<i>pilocarpine hcl ophth soln 2%</i>	157
		<i>pilocarpine hcl ophth soln 4%</i>	157
		<i>pilocarpine hcl tab 5 mg</i>	174
		<i>pilocarpine hcl tab 7.5 mg</i>	174
		<i>pimecrolimus cream 1%</i>	173
		<i>pimozide tab 1 mg</i>	83

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>pimozide tab 2 mg</i>	83	POMALYST CAP 4MG	32
<i>pimtrea</i>	115	<i>portia-28</i>	115
<i>pin-away</i>	11	<i>posaconazole susp 40 mg/ml</i>	14
<i>pindolol tab 5 mg</i>	61	<i>posaconazole tab delayed release 100 mg</i> ...	14
<i>pindolol tab 10 mg</i>	61	<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in</i>	
<i>pinworm medicine</i>	11	<i>dextrose 5% inj</i>	152
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-</i>		<i>potassium chloride cap er 8 meq</i>	152
<i>500 mg</i>	106	<i>potassium chloride cap er 10 meq</i>	152
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-</i>		<i>potassium chloride inj 2 meq/ml</i>	152
<i>850 mg</i>	106	<i>potassium chloride inj 10 meq/50ml</i>	152
<i>pioglitazone hcl tab 15 mg (base equiv)</i>	106	<i>potassium chloride inj 10 meq/100ml</i>	152
<i>pioglitazone hcl tab 30 mg (base equiv)</i>	106	<i>potassium chloride inj 20 meq/50ml</i>	152
<i>pioglitazone hcl tab 45 mg (base equiv)</i>	106	<i>potassium chloride inj 20 meq/100ml</i>	152
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375</i>		<i>potassium chloride inj 40 meq/100ml</i>	152
<i>gm (3-0.375 gm)</i>	26	<i>potassium chloride microencapsulated crys</i>	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25</i>		<i>er tab 10 meq</i>	153
<i>gm (2-0.25 gm)</i>	26	<i>potassium chloride microencapsulated crys</i>	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5</i>		<i>er tab 15 meq</i>	153
<i>gm (4-0.5 gm)</i>	26	<i>potassium chloride microencapsulated crys</i>	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5</i>		<i>er tab 20 meq</i>	153
<i>gm (12-1.5 gm)</i>	26	<i>potassium chloride oral soln 10% (20</i>	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5</i>		<i>meq/15ml)</i>	153
<i>gm (36-4.5 gm)</i>	26	<i>potassium chloride oral soln 20% (40</i>	
PIQRAY 200MG TAB DOSE	43	<i>meq/15ml)</i>	153
PIQRAY 250MG TAB DOSE.....	43	<i>potassium chloride powder packet 20 meq</i> 153	
PIQRAY 300MG TAB DOSE	43	<i>potassium chloride tab er 8 meq (600 mg)</i> 153	
<i>pirfenidone cap 267 mg</i>	166	<i>potassium chloride tab er 10 meq</i>	153
<i>pirfenidone tab 267 mg</i>	166	<i>potassium chloride tab er 20 meq</i>	
<i>pirfenidone tab 534 mg</i>	166	<i>(1500 mg)</i>	153
<i>pirfenidone tab 801 mg</i>	166	<i>potassium citrate tab er 5 meq (540 mg)</i> ...	136
<i>piroxicam cap 10 mg</i>	5	<i>potassium citrate tab er 10 meq (1080 mg)</i> 136	
<i>piroxicam cap 20 mg</i>	5	<i>potassium citrate tab er 15 meq (1620 mg)</i> 136	
<i>plenamine</i>	154	POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	152
PLENVU SOL	132	POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	152
<i>podofilox soln 0.5%</i>	173	POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	152
<i>polycin ophth oint</i>	156	<i>pramipexole dihydrochloride tab 0.5 mg</i>	77
<i>polyethylene glycol 3350 oral packet 17</i>		<i>pramipexole dihydrochloride tab 0.25 mg</i> ...	77
<i>gm</i>	132	<i>pramipexole dihydrochloride tab 0.75 mg</i>	77
<i>polyethylene glycol 3350 oral powder 17</i>		<i>pramipexole dihydrochloride tab 0.125 mg</i> ..	77
<i>gm/scoop</i>	133	<i>pramipexole dihydrochloride tab 1.5 mg</i>	77
<i>polymyxin b sulfate for inj 500000 unit</i>	11	<i>pramipexole dihydrochloride tab 1 mg</i>	77
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000</i>		<i>prasugrel hcl tab 5 mg (base equiv)</i>	141
<i>unit/ml-0.1%</i>	156	<i>prasugrel hcl tab 10 mg (base equiv)</i>	141
POMALYST CAP 1MG	32	<i>pravastatin sodium tab 10 mg</i>	58
POMALYST CAP 2MG	32	<i>pravastatin sodium tab 20 mg</i>	58
POMALYST CAP 3MG	32	<i>pravastatin sodium tab 40 mg</i>	58

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>pravastatin sodium tab 80 mg</i>	58	PRIFTIN TAB 150MG.....	18
<i>praziquantel tab 600 mg</i>	11	<i>primaquine phosphate tab 26.3 mg (15 mg base)</i>	14
<i>prazosin hcl cap 1 mg</i>	53	PRIMAQUINE TAB 26.3MG	14
<i>prazosin hcl cap 2 mg</i>	53	<i>primidone tab 50 mg</i>	92
<i>prazosin hcl cap 5 mg</i>	53	<i>primidone tab 125 mg</i>	92
<i>prednisolone acetate ophth susp 1%</i>	156	<i>primidone tab 250 mg</i>	92
<i>prednisolone sodium phosphate oral soln 25 mg/5ml (base eq)</i>	120	PRIORIX INJ.....	149
<i>prednisolone sod phosphate oral soln 5 mg/5ml (base equiv)</i>	119	PRIVIGEN INJ 5 GRAMS	147
<i>prednisolone sod phosphate oral soln 15 mg/5ml (base equiv)</i>	120	PRIVIGEN INJ 10GRAMS	147
<i>prednisolone soln 15 mg/5ml</i>	120	PRIVIGEN INJ 20GRAMS.....	147
PREDNISON CON 5MG/ML	120	PRIVIGEN INJ 40GRAMS.....	147
<i>prednisone oral soln 5 mg/5ml</i>	120	<i>probenecid tab 500 mg</i>	2
<i>prednisone tab 1 mg</i>	120	<i>prochlorperazine edisylate inj 10 mg/2ml</i> ...	128
<i>prednisone tab 2.5 mg</i>	120	<i>prochlorperazine maleate tab 5 mg (base equivalent)</i>	128
<i>prednisone tab 5 mg</i>	120	<i>prochlorperazine maleate tab 10 mg (base equivalent)</i>	128
<i>prednisone tab 10 mg</i>	120	<i>prochlorperazine suppos 25 mg</i>	128
<i>prednisone tab 20 mg</i>	120	PROCRIT INJ 2000/ML.....	139
<i>prednisone tab 50 mg</i>	120	PROCRIT INJ 3000/ML	139
<i>prednisone tab therapy pack 5 mg (21)</i>	120	PROCRIT INJ 4000/ML	139
<i>prednisone tab therapy pack 5 mg (48)</i>	120	PROCRIT INJ 10000/ML.....	139
<i>prednisone tab therapy pack 10 mg (21)</i>	120	PROCRIT INJ 20000/ML	139
<i>prednisone tab therapy pack 10 mg (48)</i>	120	PROCRIT INJ 40000/ML.....	139
PRED SOD PHO SOL 1% OP	156	<i>proctocort</i>	173
<i>pregabalin cap 25 mg</i>	92	<i>procto-med hc</i>	173
<i>pregabalin cap 50 mg</i>	92	<i>proctosol hc</i>	173
<i>pregabalin cap 75 mg</i>	92	<i>proctozone-hc</i>	174
<i>pregabalin cap 100 mg</i>	92	<i>progesterone cap 100 mg</i>	124
<i>pregabalin cap 150 mg</i>	92	<i>progesterone cap 200 mg</i>	124
<i>pregabalin cap 200 mg</i>	92	PROGRAF GRA 0.2MG.....	148
<i>pregabalin cap 225 mg</i>	92	PROGRAF GRA 1MG.....	148
<i>pregabalin cap 300 mg</i>	92	PROLASTIN-C INJ 1000MG	166
<i>pregabalin soln 20 mg/ml</i>	92	PROLIA INJ 60MG/ML.....	109
PREMASOL SOL 10%	154	<i>promethazine hcl inj 25 mg/ml</i>	128
PRENATAL TAB 27-1MG.....	153	<i>promethazine hcl inj 50 mg/ml</i>	129
PRENATAL TAB PLUS	153	<i>promethazine hcl oral soln 6.25 mg/5ml</i>	129
<i>prevalite</i>	59	<i>promethazine hcl tab 12.5 mg</i>	129
PREVYMIS TAB 240MG	19	<i>promethazine hcl tab 25 mg</i>	129
PREVYMIS TAB 480MG	19	<i>promethazine hcl tab 50 mg</i>	129
PREZCOBIX TAB 675/150	17	<i>promethazine w/ codeine syrup 6.25-10 mg/5ml</i>	163
PREZCOBIX TAB 800-150.....	17	<i>propafenone hcl cap er 12hr 225 mg</i>	57
PREZISTA SUS 100MG/ML.....	16	<i>propafenone hcl cap er 12hr 325 mg</i>	57
PREZISTA TAB 75MG.....	16	<i>propafenone hcl cap er 12hr 425 mg</i>	57
PREZISTA TAB 150MG.....	16		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>propafenone hcl tab 150 mg</i>	57	<i>quetiapine fumarate tab er 24hr 300 mg</i>	83
<i>propafenone hcl tab 225 mg</i>	57	<i>quetiapine fumarate tab er 24hr 400 mg</i>	83
<i>propafenone hcl tab 300 mg</i>	57	<i>quinapril hcl tab 5 mg</i>	52
<i>proparacaine hcl ophth soln 0.5%</i>	158	<i>quinapril hcl tab 10 mg</i>	52
<i>propranolol hcl cap er 24hr 60 mg</i>	61	<i>quinapril hcl tab 20 mg</i>	52
<i>propranolol hcl cap er 24hr 80 mg</i>	61	<i>quinapril hcl tab 40 mg</i>	52
<i>propranolol hcl cap er 24hr 120 mg</i>	61	<i>quinidine sulfate tab 200 mg</i>	57
<i>propranolol hcl cap er 24hr 160 mg</i>	61	<i>quinidine sulfate tab 300 mg</i>	57
<i>propranolol hcl oral soln 20 mg/5ml</i>	61	<i>quinine sulfate cap 324 mg</i>	14
<i>propranolol hcl oral soln 40 mg/5ml</i>	61	QULIPTA TAB 10MG.....	98
<i>propranolol hcl tab 10 mg</i>	61	QULIPTA TAB 30MG.....	98
<i>propranolol hcl tab 20 mg</i>	61	QULIPTA TAB 60MG.....	98
<i>propranolol hcl tab 40 mg</i>	61		
<i>propranolol hcl tab 60 mg</i>	61	R	
<i>propranolol hcl tab 80 mg</i>	61	RABAVERT INJ.....	149
<i>propylthiouracil tab 50 mg</i>	124	<i>rabeprazole sodium ec tab 20 mg</i>	135
PROQUAD INJ.....	149	RALDESY SOL 10MG/ML.....	74
PROSOL INJ 20%	154	<i>raloxifene hcl tab 60 mg</i>	123
<i>protriptyline hcl tab 5 mg</i>	74	<i>ramipril cap 1.25 mg</i>	52
<i>protriptyline hcl tab 10 mg</i>	74	<i>ramipril cap 2.5 mg</i>	52
<i>pseudoephedrine hcl tab 30 mg</i>	163	<i>ramipril cap 5 mg</i>	52
PULMOZYME SOL 1MG/ML	166	<i>ramipril cap 10 mg</i>	52
PURIXAN SUS 20MG/ML	29	<i>ranolazine tab er 12hr 500 mg</i>	66
<i>pyrazinamide tab 500 mg</i>	18	<i>ranolazine tab er 12hr 1000 mg</i>	66
<i>pyridostigmine bromide tab 60 mg</i>	100	<i>rasagiline mesylate tab 0.5 mg (base equiv)</i> 77	
<i>pyridoxine hcl inj 100 mg/ml</i>	154	<i>rasagiline mesylate tab 1 mg (base equiv)</i>	77
<i>pyrimethamine tab 25 mg</i>	11	<i>ra saline nasal spray</i>	166
PYZCHIVA INJ 45/0.5ML.....	143	<i>reclipsen</i>	115
PYZCHIVA INJ 90MG/ML.....	143	RECOMBIVA HB INJ 5MCG/0.5.....	149
PYZCHIVA INJ 130/26ML	143	RECOMBIVA HB INJ 10MCG/ML.....	149
		RECOMBIVA-HB INJ 40MCG/ML	149
Q		<i>reeses pinworm medicine</i>	11
<i>qc saline nasal relief</i>	166	RELENZA MIS DISKHALE.....	19
<i>qc saline nasal spray</i>	166	RELISTOR INJ 8/0.4ML.....	134
QINLOCK TAB 50MG.....	44	RELISTOR INJ 12/0.6ML	134
QUADRACEL INJ 0.5ML	149	REMICADE INJ 100MG.....	143
<i>quetiapine fumarate tab 25 mg</i>	83	<i>renal vitamin</i>	154
<i>quetiapine fumarate tab 50 mg</i>	83	<i>rena-vite</i>	154
<i>quetiapine fumarate tab 100 mg</i>	83	<i>rena-vite rx</i>	154
<i>quetiapine fumarate tab 150 mg</i>	83	RENFLEXIS INJ 100MG	143
<i>quetiapine fumarate tab 200 mg</i>	83	<i>reno caps</i>	154
<i>quetiapine fumarate tab 300 mg</i>	83	<i>repaglinide tab 0.5 mg</i>	106
<i>quetiapine fumarate tab 400 mg</i>	83	<i>repaglinide tab 1 mg</i>	106
<i>quetiapine fumarate tab er 24hr 50 mg</i>	83	<i>repaglinide tab 2 mg</i>	106
<i>quetiapine fumarate tab er 24hr 150 mg</i>	83	REPATHA INJ 140MG/ML.....	59
<i>quetiapine fumarate tab er 24hr 200 mg</i>	83	REPATHA SURE INJ 140MG/ML	59

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
RESTASIS EMU 0.05% OP	158	<i>risperidone orally disintegrating tab 0.5 mg</i>	84
RESTASIS MUL EMU 0.05% OP	158	<i>risperidone orally disintegrating tab</i>	
RETEVMO CAP 40MG.....	44	0.25 mg	84
RETEVMO CAP 80MG.....	44	<i>risperidone orally disintegrating tab 1 mg</i>	84
RETEVMO TAB 40MG	44	<i>risperidone orally disintegrating tab 2 mg</i>	84
RETEVMO TAB 80MG	44	<i>risperidone orally disintegrating tab 3 mg</i>	84
RETEVMO TAB 120MG.....	44	<i>risperidone orally disintegrating tab 4 mg</i>	84
RETEVMO TAB 160MG.....	44	<i>risperidone soln 1 mg/ml</i>	84
REVUFORJ TAB 25MG	44	<i>risperidone tab 0.5 mg</i>	84
REVUFORJ TAB 110MG	44	<i>risperidone tab 0.25 mg</i>	84
REVUFORJ TAB 160MG	44	<i>risperidone tab 1 mg</i>	84
REXULTI TAB 0.5MG.....	83	<i>risperidone tab 2 mg</i>	84
REXULTI TAB 0.25MG	83	<i>risperidone tab 3 mg</i>	84
REXULTI TAB 1MG.....	83	<i>risperidone tab 4 mg</i>	84
REXULTI TAB 2MG	83	<i>ritonavir tab 100 mg</i>	16
REXULTI TAB 3MG.....	83	<i>rivaroxaban for susp 1 mg/ml</i>	139
REXULTI TAB 4MG.....	83	<i>rivaroxaban tab 2.5 mg</i>	139
REYATAZ POW 50MG	16	<i>rivastigmine tartrate cap 1.5 mg (base</i>	
REZLIDHIA CAP 150MG	44	equivalent)	71
REZUROCK TAB 200MG.....	148	<i>rivastigmine tartrate cap 3 mg (base</i>	
RHOPRESSA SOL 0.02%	157	equivalent)	71
<i>ribavirin cap 200 mg</i>	19	<i>rivastigmine tartrate cap 4.5 mg (base</i>	
<i>ribavirin tab 200 mg</i>	19	equivalent)	71
<i>rifabutin cap 150 mg</i>	18	<i>rivastigmine tartrate cap 6 mg (base</i>	
<i>rifampin cap 150 mg</i>	18	equivalent)	71
<i>rifampin cap 300 mg</i>	18	<i>rivastigmine td patch 24hr 4.6 mg/24hr</i>	71
<i>rifampin for inj 600 mg</i>	18	<i>rivastigmine td patch 24hr 9.5 mg/24hr</i>	71
<i>riluzole tab 50 mg</i>	100	<i>rivastigmine td patch 24hr 13.3 mg/24hr</i>	71
<i>rimantadine hydrochloride tab 100 mg</i>	19	<i>rivelsa</i>	115
RINVOQ LQ SOL 1MG/ML.....	143	<i>rizatriptan benzoate oral disintegrating tab</i>	
RINVOQ TAB 15MG ER	143	5 mg (base eq)	98
RINVOQ TAB 30MG ER	143	<i>rizatriptan benzoate oral disintegrating tab</i>	
RINVOQ TAB 45MG ER	143	10 mg (base eq).....	98
<i>risedronate sodium tab 5 mg</i>	109	<i>rizatriptan benzoate tab 5 mg (base</i>	
<i>risedronate sodium tab 35 mg</i>	109	equivalent)	98
<i>risedronate sodium tab 150 mg</i>	109	<i>rizatriptan benzoate tab 10 mg (base</i>	
<i>risedronate sodium tab delayed release</i>		equivalent)	98
35 mg.....	109	ROCKLATAN DRO.....	157
<i>risperidone microspheres for im extended</i>		<i>roflumilast tab 250 mcg</i>	166
<i>rel susp 12.5 mg</i>	83	<i>roflumilast tab 500 mcg</i>	166
<i>risperidone microspheres for im extended</i>		ROMVIMZA CAP 14MG	44
<i>rel susp 25 mg</i>	83	ROMVIMZA CAP 20MG	44
<i>risperidone microspheres for im extended</i>		ROMVIMZA CAP 30MG	44
<i>rel susp 37.5 mg</i>	83	<i>ropinirole hydrochloride tab 0.5 mg</i>	77
<i>risperidone microspheres for im extended</i>		<i>ropinirole hydrochloride tab 0.25 mg</i>	77
<i>rel susp 50 mg</i>	83	<i>ropinirole hydrochloride tab 1 mg</i>	77

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>ropinirole hydrochloride tab 2 mg</i>	77	SECUADO DIS 5.7MG	84
<i>ropinirole hydrochloride tab 3 mg</i>	77	SECUADO DIS 7.6MG	84
<i>ropinirole hydrochloride tab 4 mg</i>	77	<i>selegiline hcl cap 5 mg</i>	77
<i>ropinirole hydrochloride tab 5 mg</i>	77	<i>selegiline hcl tab 5 mg</i>	77
<i>rosuvastatin calcium tab 5 mg</i>	58	<i>selenium sulfide lotion 2.5%</i>	170
<i>rosuvastatin calcium tab 10 mg</i>	58	SELZENTRY SOL 20MG/ML.....	16
<i>rosuvastatin calcium tab 20 mg</i>	58	<i>senexon-s</i>	133
<i>rosuvastatin calcium tab 40 mg</i>	58	<i>senna-lax</i>	133
<i>rosyrah tab</i>	115	<i>senna plus</i>	133
ROTARIX SUS	149	SENNAPLUS CAP 8.6-50MG.....	133
ROTATEQ SOL	149	SENNASYP.....	133
<i>roweepira</i>	92	<i>senna-time</i>	133
ROZLYTREK CAP 100MG.....	44	<i>senna-time s</i>	133
ROZLYTREK CAP 200MG	44	<i>sennosides cap 8.6 mg</i>	133
ROZLYTREK PAK 50MG.....	44	<i>sennosides-docusate sodium tab 8.6-</i>	
RUBRACA TAB 200MG	44	<i>50 mg</i>	133
RUBRACA TAB 250MG	45	<i>sennosides syrup 8.8 mg/5ml</i>	133
RUBRACA TAB 300MG	45	<i>sennosides tab 8.6 mg</i>	133
<i>rufinamide susp 40 mg/ml</i>	92	<i>senokot extra strength</i>	133
<i>rufinamide tab 200 mg</i>	92	SEKOKOT KIDS CHW GUMMIES.....	133
<i>rufinamide tab 400 mg</i>	92	SEKOKOT LAX CHW GUMMIES	133
RUKOBIA TAB 600MG ER.....	16	SEREVENT DIS AER 50MCG	162
RYBELSUS TAB 3MG	106	<i>sertraline hcl oral concentrate for solution</i>	
RYBELSUS TAB 7MG	106	<i>20 mg/ml</i>	74
RYBELSUS TAB 14MG.....	106	<i>sertraline hcl tab 25 mg</i>	74
RYDAPT CAP 25MG	45	<i>sertraline hcl tab 50 mg</i>	74
		<i>sertraline hcl tab 100 mg</i>	74
S		<i>setlakin</i>	115
<i>sacubitril-valsartan tab 24-26 mg</i>	55	<i>sharobel</i>	115
<i>sacubitril-valsartan tab 49-51 mg</i>	55	SHINGRIX INJ 50/0.5ML	149
<i>sacubitril-valsartan tab 97-103 mg</i>	55	SIGNIFOR INJ 0.3MG/ML.....	123
<i>sajazir</i>	140	SIGNIFOR INJ 0.6MG/ML.....	123
<i>saline mist</i>	166	SIGNIFOR INJ 0.9MG/ML.....	123
<i>saline nasal spray 0.65%</i>	166	SIKLOS TAB 100MG.....	140
SANTYL OIN 250/GM	174	SIKLOS TAB 1000MG	140
<i>sapropterin dihydrochloride powder packet</i>		<i>sildenafil citrate tab 20 mg</i>	68
<i>100 mg</i>	123	<i>silver sulfadiazine cream 1%</i>	169
<i>sapropterin dihydrochloride powder packet</i>		SIMBRINZA SUS 1-0.2%	157
<i>500 mg</i>	123	<i>simliya</i>	115
<i>sapropterin dihydrochloride tab 100 mg</i>	123	<i>simpesse</i>	116
<i>sb saline nose</i>	166	<i>simvastatin tab 5 mg</i>	58
SCEMBLIX TAB 20MG.....	45	<i>simvastatin tab 10 mg</i>	58
SCEMBLIX TAB 40MG.....	45	<i>simvastatin tab 20 mg</i>	58
SCEMBLIX TAB 100MG	45	<i>simvastatin tab 40 mg</i>	58
<i>scopolamine td patch 72hr 1 mg/3days</i>	129	<i>simvastatin tab 80 mg</i>	58
SECUADO DIS 3.8MG.....	84	<i>sirolimus oral soln 1 mg/ml</i>	148

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>sirolimus tab 0.5 mg</i>	148	<i>sm pain reliever extra st</i>	4
<i>sirolimus tab 1 mg</i>	148	<i>sm senna laxative</i>	133
<i>sirolimus tab 2 mg</i>	148	<i>sm senna-s</i>	133
SIRTURO TAB 20MG	18	<i>sm stomach relief</i>	127
SIRTURO TAB 100MG.....	18	<i>sm stool softener</i>	133
SKYRIZI INJ 150MG/ML.....	144	<i>sm stool softener/stimula</i>	133
SKYRIZI INJ 180/1.2	144	<i>sm tioconazole-1</i>	137
SKYRIZI INJ 360/2.4	144	<i>sm tussin dm</i>	163
SKYRIZI PEN INJ 150MG/ML	144	<i>sm tussin dm cough/chest</i>	163
SKYRIZI SOL 60MG/ML.....	144	<i>sm tussin mucus + chest c</i>	163
<i>sm 3-day vaginal</i>	137	<i>sodium bicarbonate tab 325 mg</i>	126
<i>sm acid reducer</i>	130	<i>sodium bicarbonate tab 650 mg</i>	126
<i>sm all day allergy</i>	161	<i>sodium chloride inj 2.5 meq/ml (14.6%)</i>	152
<i>sm all day allergy relief</i>	161	<i>sodium chloride irrigation soln 0.9%</i>	174
<i>sm allergy childrens</i>	161	<i>sodium chloride iv soln 0.9%</i>	152
<i>sm allergy relief</i>	161	<i>sodium chloride iv soln 0.45%</i>	152
<i>sm allergy relief childre</i>	161	<i>sodium chloride iv soln 3%</i>	152
<i>sm antacid</i>	126	<i>sodium chloride iv soln 5%</i>	152
<i>sm antacid extra strength</i>	126	<i>sodium fluoride chew\; tab\; 1.1 (0.5 f) mg/ml</i> <i>soln</i>	153
<i>sm anti-diarrheal</i>	127	<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/</i> <i>teaspoonful</i>	123
<i>sm aspirin adult low stre</i>	4	<i>sodium phenylbutyrate tab 500 mg</i>	123
<i>sm aspirin low dose</i>	4	<i>sodium phosphates - enema</i>	133
<i>sm calcium antacid extra</i>	126	<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	110
<i>sm clearlax</i>	133	SODIUM POW BICARBON.....	126
<i>sm clotrimazole vaginal</i>	137	SOD OXYBATE SOL 500MG/ML	102
<i>sm enema</i>	133	<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-</i> <i>1.6 gm/177ml</i>	133
<i>sm fiber</i>	133	<i>solifenacin succinate tab 5 mg</i>	137
<i>sm fiber laxative</i>	133	<i>solifenacin succinate tab 10 mg</i>	137
<i>sm gentle laxative</i>	133	SOLIQUA INJ 100/33.....	109
<i>sm ibuprofen</i>	5	SOLTAMOX SOL 10MG/5ML	31
<i>sm loratadine</i>	161	<i>soluble fiber</i>	133
<i>sm miconazole 3</i>	137	SOLU-CORTEF INJ 100MG.....	120
<i>sm miconazole 7</i>	137	SOLU-CORTEF INJ 250MG	120
<i>sm migraine relief</i>	4	SOLU-CORTEF INJ 500MG.....	120
<i>sm milk of magnesia</i>	133	SOLU-CORTEF INJ 1000MG	120
<i>sm motion sickness</i>	129	SOMATULINE INJ 60/0.2ML	123
<i>sm naproxen sodium</i>	5	SOMATULINE INJ 90/0.3ML	123
<i>sm nasal spray saline</i>	166	SOMATULINE INJ 120/5ML	123
<i>sm nicotine</i>	103	SOMAVERT INJ 10MG	123
<i>sm nicotine polacrilex</i>	103	SOMAVERT INJ 15MG	123
<i>sm nicotine transdermal s</i>	103	SOMAVERT INJ 20MG	123
<i>smooth antacid extra stre</i>	126	SOMAVERT INJ 25MG	123
<i>sm pain & fever childrens</i>	4	SOMAVERT INJ 30MG	123
<i>sm pain & fever infants</i>	4		
<i>sm pain reliever</i>	4		
<i>sm pain reliever children</i>	4		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>sorafenib tosylate tab 200 mg (base equivalent)</i>	45	<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	155
SORBITOL SOL 70%.....	133	<i>sulfadiazine tab 500 mg</i>	11
<i>sotalol hcl (afib/afl) tab 80 mg</i>	57	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml</i>	11
<i>sotalol hcl (afib/afl) tab 120 mg</i>	57	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml</i>	11
<i>sotalol hcl (afib/afl) tab 160 mg</i>	57	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg</i>	12
<i>sotalol hcl tab 80 mg</i>	57	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg</i>	12
<i>sotalol hcl tab 120 mg</i>	57	SULFAMYLON CRE 85MG/GM.....	169
<i>sotalol hcl tab 160 mg</i>	57	<i>sulfasalazine tab 500 mg</i>	130
<i>sotalol hcl tab 240 mg</i>	57	<i>sulfasalazine tab delayed release 500 mg</i> .	130
SOTYKTU TAB 6MG	144	<i>sulindac tab 150 mg</i>	5
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	64	<i>sulindac tab 200 mg</i>	5
<i>spironolactone tab 25 mg</i>	53	<i>sumatriptan nasal spray 5 mg/act</i>	98
<i>spironolactone tab 50 mg</i>	53	<i>sumatriptan nasal spray 20 mg/act</i>	98
<i>spironolactone tab 100 mg</i>	53	<i>sumatriptan succinate inj 6 mg/0.5ml</i>	98
<i>sprintec 28</i>	116	<i>sumatriptan succinate solution auto-injector 4 mg/0.5ml</i>	98
SPRITAM TAB 250MG	92	<i>sumatriptan succinate solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	98
SPRITAM TAB 500MG.....	92	<i>sumatriptan succinate solution cartridge 4 mg/0.5ml</i>	98
SPRITAM TAB 750MG	92	<i>sumatriptan succinate solution cartridge 6 mg/0.5ml</i>	98
SPRITAM TAB 1000MG	93	<i>sumatriptan succinate tab 25 mg</i>	98
<i>sps</i>	110	<i>sumatriptan succinate tab 50 mg</i>	99
<i>sps rectal</i>	110	<i>sumatriptan succinate tab 100 mg</i>	99
<i>sronyx</i>	116	<i>sunitinib malate cap 12.5 mg (base equivalent)</i>	45
<i>ssd</i>	169	<i>sunitinib malate cap 25 mg (base equivalent)</i>	45
STELARA INJ 5MG/ML.....	144	<i>sunitinib malate cap 37.5 mg (base equivalent)</i>	45
STELARA INJ 45/0.5ML	144	<i>sunitinib malate cap 50 mg (base equivalent)</i>	45
STELARA INJ 90MG/ML	144	SUNLENCA TAB 300MG.....	16
<i>stimulant laxative</i>	133	<i>syeda</i>	116
STIVARGA TAB 40MG	45	SYMDEKO TAB 50-75MG	166
STL SOFT/LAX CAP 8.6-50MG.....	133	SYMDEKO TAB 100-150	166
<i>stomach relief</i>	127	SYMPAZAN MIS 5MG	93
<i>stomach relief extra stre</i>	127	SYMPAZAN MIS 10MG.....	93
<i>stomach relief ultra</i>	127	SYMPAZAN MIS 20MG	93
<i>stool softener</i>	134	SYMTUZA TAB.....	18
<i>stool softener + stimulan</i>	134		
<i>streptomycin sulfate for inj 1 gm</i>	11		
STRIBILD TAB	17		
<i>subvenite</i>	93		
<i>sucralfate tab 1 gm</i>	134		
<i>sudogest</i>	163		
<i>sudogest maximum strength</i>	163		
<i>sulfacetamide sodium lotion 10% (acne)</i>	169		
<i>sulfacetamide sodium ophth oint 10%</i>	156		
<i>sulfacetamide sodium ophth soln 10%</i>	156		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
SYNAREL SOL 2MG/ML	123	<i>tamoxifen citrate tab 20 mg (base equivalent)</i>	31
SYNJARDY TAB 5-500MG.....	106	<i>tamsulosin hcl cap 0.4 mg</i>	136
SYNJARDY TAB 5-1000MG	106	<i>tarina 24 fe</i>	116
SYNJARDY TAB 12.5-500	106	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	116
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	106	TASIGNA CAP 50MG.....	46
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	107	TASIGNA CAP 150MG	46
SYNJARDY XR TAB 10-1000.....	107	TASIGNA CAP 200MG	46
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000.....	107	<i>tasimelteon capsule 20 mg</i>	97
SYNJARDY XR TAB 25-1000	107	TAVNEOS CAP 10MG.....	140
SYNTHROID TAB 25MCG	124	<i>tazarotene cream 0.1%</i>	170
SYNTHROID TAB 50MCG	124	<i>tazarotene cream 0.05%</i>	170
SYNTHROID TAB 75MCG	124	<i>tazicef</i>	22
SYNTHROID TAB 88MCG	124	TAZORAC CRE 0.05%	170
SYNTHROID TAB 100MCG	124	TAZVERIK TAB 200MG	46
SYNTHROID TAB 112MCG.....	124	TECENTRIQ INJ 840/14	46
SYNTHROID TAB 125MCG.....	125	TECENTRIQ INJ 1200/20	46
SYNTHROID TAB 137MCG.....	125	TECENTRIQ INJ HYBREZA	46
SYNTHROID TAB 150MCG.....	125	TEFLARO INJ 400MG	22
SYNTHROID TAB 175MCG.....	125	TEFLARO INJ 600MG	22
SYNTHROID TAB 200MCG.....	125	<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i>	55
SYNTHROID TAB 300MCG.....	125	<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i>	55
T		<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i>	55
TABLOID TAB 40MG.....	30	<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i>	55
TABRECTA TAB 150MG	45	<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i>	55
TABRECTA TAB 200MG	45	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	55
<i>tacrolimus cap 0.5 mg</i>	148	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	55
<i>tacrolimus cap 1 mg</i>	148	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-25 mg</i>	55
<i>tacrolimus cap 5 mg</i>	148	<i>telmisartan tab 20 mg</i>	56
<i>tacrolimus oint 0.1%</i>	174	<i>telmisartan tab 40 mg</i>	56
<i>tacrolimus oint 0.03%</i>	174	<i>telmisartan tab 80 mg</i>	56
<i>tadalafil tab 5 mg</i>	136	<i>temazepam cap 7.5 mg</i>	97
<i>tadalafil tab 20 mg (pah)</i>	68	<i>temazepam cap 15 mg</i>	97
TAFINLAR CAP 50MG	45	<i>temazepam cap 30 mg</i>	97
TAFINLAR CAP 75MG	45	TENIVAC INJ 5-2LF.....	149
TAFINLAR TAB 10MG	45	<i>tenofovir disoproxil fumarate tab 300 mg</i>	16
TAGRISO TAB 40MG	45	TEPMETKO TAB 225MG.....	46
TAGRISO TAB 80MG	46	<i>terazosin hcl cap 1 mg (base equivalent)</i>	53
TALZENNA CAP 0.1MG	46	<i>terazosin hcl cap 2 mg (base equivalent)</i>	53
TALZENNA CAP 0.5MG	46	<i>terazosin hcl cap 5 mg (base equivalent)</i>	53
TALZENNA CAP 0.25MG	46	<i>terazosin hcl cap 10 mg (base equivalent)</i>	53
TALZENNA CAP 0.35MG	46	<i>terbinafine hcl tab 250 mg</i>	14
TALZENNA CAP 0.75MG.....	46	<i>terbutaline sulfate tab 2.5 mg</i>	162
TALZENNA CAP 1MG.....	46	<i>terbutaline sulfate tab 5 mg</i>	162
<i>tamoxifen citrate tab 10 mg (base equivalent)</i>	31		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>terconazole vaginal cream 0.4%</i>	137	<i>ticagrelor tab 90 mg</i>	141
<i>terconazole vaginal cream 0.8%</i>	137	TICOVAC INJ	149
<i>terconazole vaginal suppos 80 mg</i>	137	<i>tigecycline for iv soln 50 mg</i>	27
TERIPARATIDE INJ 560/2.24	109	<i>tilia fe</i>	116
<i>testosterone cypionate im inj in oil</i>		<i>timolol maleate ophth gel forming soln</i>	
<i>100 mg/ml</i>	104	0.5%	157
<i>testosterone cypionate im inj in oil</i>		<i>timolol maleate ophth gel forming soln</i>	
<i>200 mg/ml</i>	104	0.25%	157
<i>testosterone enanthate im inj in oil</i>		<i>timolol maleate ophth soln 0.5%</i>	157
<i>200 mg/ml</i>	104	<i>timolol maleate ophth soln 0.25%</i>	157
<i>testosterone pump</i>	104	<i>timolol maleate tab 5 mg</i>	61
<i>testosterone td gel 12.5 mg/act (1%)</i>	104	<i>timolol maleate tab 10 mg</i>	61
<i>testosterone td gel 25 mg/2.5gm (1%)</i>	104	<i>timolol maleate tab 20 mg</i>	61
<i>testosterone td gel 50 mg/5gm (1%)</i>	104	<i>tinidazole tab 250 mg</i>	12
<i>tetrabenazine tab 12.5 mg</i>	100	<i>tinidazole tab 500 mg</i>	12
<i>tetrabenazine tab 25 mg</i>	100	<i>tioconazole 1</i>	137
<i>tetracycline hcl cap 250 mg</i>	27	TIVICAY PD TAB 5MG	16
<i>tetracycline hcl cap 500 mg</i>	27	TIVICAY TAB 10MG	16
THALOMID CAP 50MG	32	TIVICAY TAB 25MG	16
THALOMID CAP 100MG	32	TIVICAY TAB 50MG	16
THALOMID CAP 150MG	32	<i>tizanidine hcl tab 2 mg (base equivalent)</i>	101
THALOMID CAP 200MG	32	<i>tizanidine hcl tab 4 mg (base equivalent)</i>	101
<i>theophylline elixir 80 mg/15ml</i>	166	TOBI PODHALR CAP 28MG	12
<i>theophylline soln 80 mg/15ml</i>	166	TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	155
<i>theophylline tab er 12hr 100 mg</i>	166	<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-</i>	
<i>theophylline tab er 12hr 200 mg</i>	166	0.1%	155
<i>theophylline tab er 12hr 300 mg</i>	166	<i>tobramycin nebu soln 300 mg/5ml</i>	12
<i>theophylline tab er 12hr 450 mg</i>	166	<i>tobramycin ophth soln 0.3%</i>	156
<i>theophylline tab er 24hr 400 mg</i>	166	<i>tobramycin sulfate inj 1.2 gm/30ml</i>	
<i>theophylline tab er 24hr 600 mg</i>	166	(40 mg/ml) (base equiv)	12
<i>thiamine hcl inj 100 mg/ml</i>	154	<i>tobramycin sulfate inj 2 gm/50ml</i>	
<i>thioridazine hcl tab 10 mg</i>	84	(40 mg/ml) (base equiv)	12
<i>thioridazine hcl tab 25 mg</i>	84	<i>tobramycin sulfate inj 10 mg/ml (base</i>	
<i>thioridazine hcl tab 50 mg</i>	84	equivalent)	12
<i>thioridazine hcl tab 100 mg</i>	84	<i>tobramycin sulfate inj 80 mg/2ml</i>	
<i>thiothixene cap 1 mg</i>	84	(40 mg/ml) (base equiv)	12
<i>thiothixene cap 2 mg</i>	84	<i>tolterodine tartrate cap er 24hr 2 mg</i>	137
<i>thiothixene cap 5 mg</i>	84	<i>tolterodine tartrate cap er 24hr 4 mg</i>	137
<i>thiothixene cap 10 mg</i>	84	<i>tolterodine tartrate tab 1 mg</i>	137
<i>tiadylt er</i>	63	<i>tolterodine tartrate tab 2 mg</i>	137
<i>tiagabine hcl tab 2 mg</i>	93	<i>topiramate oral soln 25 mg/ml</i>	93
<i>tiagabine hcl tab 4 mg</i>	93	<i>topiramate sprinkle cap 15 mg</i>	93
<i>tiagabine hcl tab 12 mg</i>	93	<i>topiramate sprinkle cap 25 mg</i>	93
<i>tiagabine hcl tab 16 mg</i>	93	<i>topiramate sprinkle cap 50 mg</i>	93
TIBSOVO TAB 250MG	46	<i>topiramate tab 25 mg</i>	93
<i>ticagrelor tab 60 mg</i>	141	<i>topiramate tab 50 mg</i>	93

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>topiramate tab 100 mg</i>	93	<i>tretinoin cream 0.05%</i>	169
<i>topiramate tab 200 mg</i>	93	<i>tretinoin cream 0.025%</i>	169
<i>toremifene citrate tab 60 mg (base equivalent)</i>	31	<i>tretinoin gel 0.01%</i>	169
<i>torpenz tab 2.5mg</i>	46	<i>tretinoin gel 0.025%</i>	169
<i>torpenz tab 5mg</i>	46	<i>triamcinolone acetonide cream 0.1%</i>	172
<i>torpenz tab 7.5mg</i>	47	<i>triamcinolone acetonide cream 0.5%</i>	172
<i>torpenz tab 10mg</i>	47	<i>triamcinolone acetonide cream 0.025%</i>	172
<i>torse mide tab 5 mg</i>	64	<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1%</i> 174	
<i>torse mide tab 10 mg</i>	64	<i>triamcinolone acetonide lotion 0.1%</i>	172
<i>torse mide tab 20 mg</i>	64	<i>triamcinolone acetonide lotion 0.025%</i>	172
<i>torse mide tab 100 mg</i>	64	<i>triamcinolone acetonide oint 0.1%</i>	172
TOUJEO MAX INJ 300/ML.....	109	<i>triamcinolone acetonide oint 0.5%</i>	172
TOUJEO SOLO INJ 300/ML	109	<i>triamcinolone acetonide oint 0.025%</i>	172
TPN ELECTROL INJ	152	<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5- 25 mg</i>	65
TRADJENTA TAB 5MG	107	<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5- 25 mg</i>	65
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	9	<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75- 50 mg</i>	65
<i>tramadol hcl tab 50 mg</i>	9	<i>tri-buffered aspirin</i>	4
<i>trandolapril tab 1 mg</i>	52	<i>tridacaine dis 5% patch</i>	173
<i>trandolapril tab 2 mg</i>	52	<i>triderm</i>	173
<i>trandolapril tab 4 mg</i>	52	<i>trientine hcl cap 250 mg</i>	110
<i>tranexamic acid iv soln 1000 mg/10ml (100 mg/ml)</i>	141	<i>tri-estarylla</i>	116
<i>tranexamic acid tab 650 mg</i>	141	<i>trifluoperazine hcl tab 1 mg (base equivalent)</i>	84
<i>tranylcyromine sulfate tab 10 mg</i>	74	<i>trifluoperazine hcl tab 2 mg (base equivalent)</i>	85
TRAVASOL INJ 10%.....	154	<i>trifluoperazine hcl tab 5 mg (base equivalent)</i>	85
TRAZIMERA INJ 150MG	47	<i>trifluoperazine hcl tab 10 mg (base equivalent)</i>	85
TRAZIMERA INJ 420MG.....	47	<i>trifluridine ophth soln 1%</i>	156
<i>trazodone hcl tab 50 mg</i>	75	<i>trihexyphenidyl hcl oral soln 0.4 mg/ml</i>	78
<i>trazodone hcl tab 100 mg</i>	75	<i>trihexyphenidyl hcl tab 2 mg</i>	78
<i>trazodone hcl tab 150 mg</i>	75	<i>trihexyphenidyl hcl tab 5 mg</i>	78
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG .	158	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG	107
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	159	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG	107
TREMFYA INJ 100MG/ML	144	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5- 1000MG	107
TREMFYA INJ 200/2ML.....	144	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG	107
TREMFYA INJ 200/20ML	144	TRIKAFTA PAK 59.5MG	166
<i>treprostinil inj soln 20 mg/20ml (1 mg/ml)</i> ...	68	TRIKAFTA PAK 75MG.....	167
<i>treprostinil inj soln 50 mg/20ml (2.5 mg/ml)</i>	68	TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG.....	167
<i>treprostinil inj soln 100 mg/20ml (5 mg/ml)</i> .	68	TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG....	167
<i>treprostinil inj soln 200 mg/20ml (10 mg/ml)</i>	68	<i>tri-legest fe</i>	116
TRESIBA FLEX INJ 100UNIT	109		
TRESIBA FLEX INJ 200UNIT	109		
TRESIBA INJ 100UNIT	109		
<i>tretinoin cap 10 mg</i>	33		
<i>tretinoin cream 0.1%</i>	169		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>tri-linyah</i>	116	TYBOST TAB 150MG	16
<i>tri-lo-estarylla</i>	116	<i>tydemy tab</i>	116
<i>tri-lo-marzia</i>	116	TYENNE INJ 80MG/4ML	144
<i>tri-lo-mili</i>	116	TYENNE INJ 162/0.9	144
<i>tri-lo-sprintec</i>	116	TYENNE INJ 162MG	144
<i>trimethoprim tab 100 mg</i>	12	TYENNE INJ 200/10ML	144
<i>tri-mili</i>	116	TYENNE INJ 400/20ML	144
<i>trimipramine maleate cap 25 mg</i>	75	TYPHIM VI INJ	150
<i>trimipramine maleate cap 50 mg</i>	75	U	
<i>trimipramine maleate cap 100 mg</i>	75	UBRELVY TAB 50MG	99
TRINTELLIX TAB 5MG	75	UBRELVY TAB 100MG	99
TRINTELLIX TAB 10MG	75	<i>unithroid</i>	125
TRINTELLIX TAB 20MG	75	UPTRAVI PACK TAB 200/800	68
<i>tri-nymyo tab</i>	116	UPTRAVI TAB 200MCG	68
<i>tri-sprintec</i>	116	UPTRAVI TAB 400MCG	68
TRIUMEQ PD TAB	18	UPTRAVI TAB 600MCG	68
TRIUMEQ TAB	18	UPTRAVI TAB 800MCG	68
<i>tri-vylibra</i>	116	UPTRAVI TAB 1000MCG	68
<i>tri-vylibra lo</i>	116	UPTRAVI TAB 1200MCG	68
TROGARZO INJ 150MG/ML	16	UPTRAVI TAB 1400MCG	68
TROPHAMINE INJ 10%	154	UPTRAVI TAB 1600MCG	68
<i>tropium chloride tab 20 mg</i>	137	<i>ursodiol cap 300 mg</i>	134
TRUEPLS GLUC GEL 15/32ML	120	<i>ursodiol tab 250 mg</i>	134
TRULICITY INJ 0.75/0.5	107	<i>ursodiol tab 500 mg</i>	134
TRULICITY INJ 1.5/0.5	107	V	
TRULICITY INJ 3/0.5	107	<i>valacyclovir hcl tab 1 gm</i>	19
TRULICITY INJ 4.5/0.5	107	<i>valacyclovir hcl tab 500 mg</i>	20
TRUMENBA INJ	149	VALCHLOR GEL 0.016%	174
TRUQAP PAK 160MG	47	<i>valganciclovir hcl for soln 50 mg/ml (base equiv)</i>	20
TRUQAP PAK 200MG	47	<i>valganciclovir hcl tab 450 mg (base equivalent)</i>	20
TRUQAP TAB 160MG	47	<i>valproate sodium inj 100 mg/ml</i>	93
TRUQAP TAB 200MG	47	<i>valproate sodium oral soln 250 mg/5ml (base equiv)</i>	93
TRUXIMA INJ 100/10ML	47	<i>valproic acid cap 250 mg</i>	93
TRUXIMA INJ 500/50ML	47	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	55
TUKYSA TAB 50MG	47	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i>	55
TUKYSA TAB 150MG	47	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i>	55
TURALIO CAP 125MG	47	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i>	55
<i>turqoz</i>	116		
<i>tusnel diabetic</i>	163		
<i>tusnel-ex</i>	163		
<i>tussin dm</i>	163		
<i>tussin mucus + chest cong</i>	163		
<i>tussin mucus & chest cong</i>	163		
<i>twice-daily clindamycin phosphate (topical)</i>	169		
TWINRIX INJ	149		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	55	VAXCHORA SUS	150
<i>valsartan tab 40 mg</i>	56	<i>velivet</i>	116
<i>valsartan tab 80 mg</i>	56	VELSIPITY TAB 2MG.....	145
<i>valsartan tab 160 mg</i>	56	VENCLEXTA TAB 10MG	47
<i>valsartan tab 320 mg</i>	56	VENCLEXTA TAB 50MG.....	47
VALTOCO SPR 5MG	93	VENCLEXTA TAB 100MG	47
VALTOCO SPR 10MG.....	93	VENCLEXTA TAB START PK.....	47
VALTOCO SPR 15MG.....	93	<i>venlafaxine hcl cap er 24hr 37.5 mg (base equivalent)</i>	75
VALTOCO SPR 20MG	93	<i>venlafaxine hcl cap er 24hr 75 mg (base equivalent)</i>	75
<i>valtya 1/35 tab</i>	116	<i>venlafaxine hcl cap er 24hr 150 mg (base equivalent)</i>	75
<i>valtya 1/50 tab</i>	116	<i>venlafaxine hcl tab 25 mg (base equivalent)</i>	75
<i>value plus glucose</i>	120	<i>venlafaxine hcl tab 37.5 mg (base equivalent)</i>	75
<i>vancomycin hcl cap 125 mg (base equivalent)</i>	12	<i>venlafaxine hcl tab 50 mg (base equivalent)</i>	75
<i>vancomycin hcl cap 250 mg (base equivalent)</i>	12	<i>venlafaxine hcl tab 75 mg (base equivalent)</i>	75
<i>vancomycin hcl for iv soln 1.5 gm (base equivalent)</i>	12	<i>venlafaxine hcl tab 100 mg (base equivalent)</i>	75
<i>vancomycin hcl for iv soln 1.25 gm (base equivalent)</i>	12	VENTOLIN HFA AER	162
<i>vancomycin hcl for iv soln 1 gm (base equivalent)</i>	12	VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK)....	162
<i>vancomycin hcl for iv soln 5 gm (base equivalent)</i>	12	VEOZAH TAB 45MG	123
<i>vancomycin hcl for iv soln 10 gm (base equivalent)</i>	12	<i>verapamil hcl cap er 24hr 100 mg</i>	63
<i>vancomycin hcl for iv soln 500 mg (base equivalent)</i>	12	<i>verapamil hcl cap er 24hr 120 mg</i>	63
<i>vancomycin hcl for iv soln 750 mg (base equivalent)</i>	12	<i>verapamil hcl cap er 24hr 180 mg</i>	63
VANCOMYCIN INJ 1 GM	13	<i>verapamil hcl cap er 24hr 200 mg</i>	63
VANCOMYCIN INJ 500MG	13	<i>verapamil hcl cap er 24hr 240 mg</i>	63
VANCOMYCIN INJ 750MG.....	13	<i>verapamil hcl cap er 24hr 300 mg</i>	63
VANFLYTA TAB 17.7MG	47	<i>verapamil hcl cap er 24hr 360 mg</i>	63
VANFLYTA TAB 26.5MG.....	47	<i>verapamil hcl iv soln 2.5 mg/ml</i>	63
VAQTA INJ 25/0.5ML	150	<i>verapamil hcl tab 40 mg</i>	63
VAQTA INJ 50UNT/ML.....	150	<i>verapamil hcl tab 80 mg</i>	63
<i>varenicline tartrate tab 0.5 mg (base equiv)</i>	103	<i>verapamil hcl tab 120 mg</i>	63
<i>varenicline tartrate tab 1 mg (base equiv)</i>	103	<i>verapamil hcl tab er 120 mg</i>	63
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack</i>	103	<i>verapamil hcl tab er 180 mg</i>	63
VARIVAX INJ.....	150	<i>verapamil hcl tab er 240 mg</i>	63
VASCEPA CAP 0.5GM	59	VERQUOVO TAB 2.5MG.....	66
VASCEPA CAP 1GM	59	VERQUOVO TAB 5MG.....	66
		VERQUOVO TAB 10MG	66
		VERSACLOZ SUS 50MG/ML	85
		VERZENIO TAB 50MG	48
		VERZENIO TAB 100MG	48
		VERZENIO TAB 150MG.....	48
		VERZENIO TAB 200MG.....	48
		<i>vestura</i>	116

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>vienna</i>	116	VYZULTA SOL 0.024%	157
<i>vigabatin powder pack 500 mg</i>	93	W	
<i>vigabatin tab 500 mg</i>	94	<i>warfarin sodium tab 1 mg</i>	139
<i>vigadrone</i>	94	<i>warfarin sodium tab 2.5 mg</i>	139
VIGAFYDE SOL 100MG/ML.....	94	<i>warfarin sodium tab 2 mg</i>	139
<i>vigpoder</i>	94	<i>warfarin sodium tab 3 mg</i>	139
<i>vilazodone hcl tab 10 mg</i>	75	<i>warfarin sodium tab 4 mg</i>	139
<i>vilazodone hcl tab 20 mg</i>	75	<i>warfarin sodium tab 5 mg</i>	139
<i>vilazodone hcl tab 40 mg</i>	75	<i>warfarin sodium tab 6 mg</i>	139
VIMKUNYA INJ 40/0.8ML	150	<i>warfarin sodium tab 7.5 mg</i>	139
<i>vincristine sulfate iv soln 1 mg/ml</i>	34	<i>warfarin sodium tab 10 mg</i>	139
<i>vinorelbine tartrate inj 10 mg/ml (base equiv)</i>	34	<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	174
<i>vinorelbine tartrate inj 50 mg/5ml (10 mg/ml) (base equiv)</i>	34	WELIREG TAB 40MG.....	33
<i>viorele</i>	116	<i>wera</i>	116
VIRACEPT TAB 250MG	16	WESTAB PLUS TAB 27-1MG.....	153
VIRACEPT TAB 625MG	16	<i>wixela inhub</i>	168
VIREAD POW 40MG/GM.....	16	<i>wymzya fe</i>	116
VIREAD TAB 150MG	16	WYOST INJ 120/1.7	110
VIREAD TAB 200MG.....	16	X	
VIREAD TAB 250MG.....	16	XALKORI CAP 20MG.....	48
VITRAKVI CAP 25MG	48	XALKORI CAP 50MG.....	48
VITRAKVI CAP 100MG	48	XALKORI CAP 150MG	48
VITRAKVI SOL 20MG/ML.....	48	XALKORI CAP 200MG	48
VIVIMUSTA INJ 100/4ML.....	28	XALKORI CAP 250MG.....	48
VIVITROL INJ 380MG.....	104	<i>xarah fe tab</i>	116
VIVOTIF CAP EC.....	150	XARELTO STAR TAB 15/20MG	139
VIZIMPRO TAB 15MG.....	48	XARELTO SUS 1MG/ML	139
VIZIMPRO TAB 30MG.....	48	XARELTO TAB 2.5MG	139
VIZIMPRO TAB 45MG.....	48	XARELTO TAB 10MG.....	139
VONJO CAP 100MG.....	48	XARELTO TAB 15MG.....	139
VORANIGO TAB 10MG	48	XARELTO TAB 20MG.....	139
VORANIGO TAB 40MG	48	XATMEP SOL 2.5MG/ML.....	145
<i>voriconazole for inj 200 mg</i>	14	XCOPRI PAK 12.5-25.....	94
<i>voriconazole for susp 40 mg/ml</i>	14	XCOPRI PAK 50-100MG	94
<i>voriconazole tab 50 mg</i>	14	XCOPRI PAK 100-150	94
<i>voriconazole tab 200 mg</i>	14	XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE) 94	
VOSEVI TAB	20	XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	94
VOWST CAP	135	XCOPRI TAB 25MG.....	94
VRAYLAR CAP 1.5MG.....	85	XCOPRI TAB 50MG.....	94
VRAYLAR CAP 3MG	85	XCOPRI TAB 100MG.....	94
VRAYLAR CAP 4.5MG.....	85	XCOPRI TAB 150MG	94
VRAYLAR CAP 6MG.....	85	XCOPRI TAB 200MG	94
<i>vyfemla</i>	116	XDEMVI DRO 0.25%	156
<i>vylibra</i>	116	XELJANZ SOL 1MG/ML.....	145

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
XELJANZ TAB 5MG	145	Z	
XELJANZ TAB 10MG.....	145	<i>zafemy</i>	117
XELJANZ XR TAB 11MG	145	<i>zafirlukast tab 10 mg</i>	164
XELJANZ XR TAB 22MG	145	<i>zafirlukast tab 20 mg</i>	164
<i>xelria fe chw 0.4mg-35</i>	116	<i>zaleplon cap 5 mg</i>	97
XERMELO TAB 250MG.....	135	<i>zaleplon cap 10 mg</i>	97
XGEVA INJ	110	ZARXIO INJ 300/0.5	139
XHANCE MIS 93MCG.....	167	ZARXIO INJ 480/0.8	140
XIFAXAN TAB 550MG	135	ZEGALOGUE INJ 0.6/0.6	120
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	107	ZEJULA TAB 100MG.....	49
XIGDUO XR TAB 5-500MG.....	107	ZEJULA TAB 200MG	49
XIGDUO XR TAB 5-1000MG	107	ZEJULA TAB 300MG	49
XIGDUO XR TAB 10-500MG.....	107	ZELBORAF TAB 240MG	49
XIGDUO XR TAB 10-1000	107	<i>zelvysia pow 100mg</i>	123
XIIDRA DRO 5%	158	<i>zelvysia pow 500mg</i>	123
XOFLUZA TAB 40MG.....	20	ZEMAIRA INJ 1000MG.....	167
XOFLUZA TAB 80MG.....	20	ZEMAIRA INJ 4000MG	167
XOLAIR INJ 75/0.5	167	ZEMAIRA INJ 5000MG	167
XOLAIR INJ 150MG/ML	167	<i>zenatane</i>	169
XOLAIR INJ 300/2ML.....	167	ZENPEP CAP 3000UNIT	135
XOLAIR SOL 150MG	167	ZENPEP CAP 5000UNIT	135
XOSPATA TAB 40MG.....	49	ZENPEP CAP 10000UNT	135
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY)	49	ZENPEP CAP 15000UNT	135
XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY).....	49	ZENPEP CAP 20000UNT	135
XPOVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY)	49	ZENPEP CAP 25000UNT	135
XPOVIO PAK (60 MG TWICE WEEKLY).....	49	ZENPEP CAP 40000UNT.....	135
XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY)	49	ZENPEP CAP 60000UNT.....	135
XPOVIO PAK (80 MG TWICE WEEKLY).....	49	ZERVIAE DRO 0.24%	157
XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY)	49	<i>zidovudine cap 100 mg</i>	16
XTANDI CAP 40MG	31	<i>zidovudine syrup 10 mg/ml</i>	16
XTANDI TAB 40MG.....	31	<i>zidovudine tab 300 mg</i>	16
XTANDI TAB 80MG.....	31	<i>ziprasidone hcl cap 20 mg</i>	85
<i>xulane</i>	116	<i>ziprasidone hcl cap 40 mg</i>	85
XULTOPHY INJ 100/3.6.....	109	<i>ziprasidone hcl cap 60 mg</i>	85
Y		<i>ziprasidone hcl cap 80 mg</i>	85
YESINTEK INJ 45/0.5ML	145	<i>ziprasidone mesylate for inj 20 mg (base equivalent)</i>	85
YESINTEK INJ 90MG/ML	145	ZIRABEV INJ 100/4ML	49
YESINTEK INJ 130/26ML	145	ZIRABEV INJ 400/16ML.....	49
YF-VAX INJ	150	ZIRGAN GEL 0.15%	156
YONSA TAB 125MG	31	<i>zoledronic acid inj conc for iv infusion 4 mg/5ml</i>	110
YUTREPIA CAP 26.5MCG	68	<i>zoledronic acid iv soln 5 mg/100ml</i>	110
YUTREPIA CAP 53MCG	68	ZOLINZA CAP 100MG	49
YUTREPIA CAP 79.5MCG	68	<i>zolpidem tartrate tab 5 mg</i>	97
YUTREPIA CAP 106MCG	69		
<i>yuvafem</i>	118		

Nombre del medicamento	Página n.º
<i>zolpidem tartrate tab 10 mg</i>	97
ZONISADE SUS 100MG/5.....	94
<i>zonisamide cap 25 mg</i>	94
<i>zonisamide cap 50 mg</i>	94
<i>zonisamide cap 100 mg</i>	94
<i>zovia 1/35</i>	117
ZTALMY SUS 50MG/ML	94
<i>zumandimine</i>	117
ZURZUVAE CAP 20MG.....	75
ZURZUVAE CAP 25MG.....	75
ZURZUVAE CAP 30MG.....	75
ZYDELIG TAB 100MG	49
ZYDELIG TAB 150MG	49
ZYKADIA TAB 150MG.....	50
ZYLET SUS 0.5-0.3%	155
ZYPREXA RELP INJ 210MG.....	85
ZYPREXA RELP INJ 300MG.....	85
ZYPREXA RELP INJ 405MG.....	85

Multi-Language Insert
Multi-language Interpreter Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Aetna Better Health Premier Plan MMA is a health plan that contracts with both Medicare and Illinois Medicaid to provide benefits of both programs to enrollees.

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



©2025 Aetna Inc.

IL-24-01-11 (SP) (12/25)

Sin cambios realizados desde el 12/01/2025