

2025 Lista de medicamentos cubiertos/ Formulario

Aetna Better Health® Premier Plan

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

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

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

Índice

A. Descargos de responsabilidad.....	III
B. Preguntas frecuentes (FAQ).....	IV
B1. ¿Qué medicamentos con receta figuran en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> ? (Para abreviarla, denominamos a la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> “Lista de medicamentos”).	IV
B2. ¿Se modifica la Lista de medicamentos en algún momento?	IV
B3. ¿Qué sucede cuando la Lista de medicamentos cambia?	V
B4. ¿Hay alguna restricción o límite en la cobertura de medicamentos? ¿O se debe tomar alguna medida para obtener ciertos medicamentos?	VII
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si debo tomar alguna medida para obtener el medicamento?	VIII
B6. ¿Qué sucede si Aetna Better Health Premier Plan modifica sus normas sobre algunos medicamentos (por ejemplo, autorizaciones previas [PA] o aprobaciones, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado)?	VIII
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos?	VIII
B8. ¿Qué sucede si el medicamento que deseo tomar no figura en la Lista de medicamentos?	IX
B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo de Aetna Better Health Premier Plan y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos, o si tengo algún problema para obtener mi medicamento?	IX
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?	X

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

Actualizado el 12/01/2025



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?	XII
B15. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?	XII
B16. ¿Aetna Better Health Premier Plan cubre productos OTC que no sean medicamentos?	XII
B17. ¿Cuál es mi copago?	XII
B18. ¿Qué son los niveles de medicamentos?	XIII
C. Resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	XIII
C1. Medicamentos agrupados según la afección médica	1
D. Índice de medicamentos cubiertos	176



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

A. Descargos de responsabilidad

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

- ❖ Aetna Better Health Premier Plan es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Michigan para brindarles los beneficios de ambos programas a sus inscritos.
 - ❖ El formulario podría cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.
 - ❖ Consulte el Manual para miembros para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura del plan.
 - ❖ 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 **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. Someone that speaks Spanish and Arabic 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 **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Alguien que hable español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.
- إننا نقدم خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالخطة الصحية أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-855-676-5772 (TTY: 711)**، على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.. يمكن لأي شخص يتحدث العربية مساعدتك. هذه هي خدمة مجانية.
- ❖ Para obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o audio, llame al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
 - ❖ Este documento está disponible sin cargo en español y en árabe.
 - ❖ Si desea realizar o modificar una solicitud permanente para recibir los materiales en un idioma que no sea inglés o en otro formato, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

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

Actualizado el 12/01/2025



B. Preguntas frecuentes (FAQ)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esta sección continúa en la siguiente página.



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

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

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

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

- Aparece 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 enteramos 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 en línea en **AetnaBetterHealth.com/Michigan-mmp**. Las actualizaciones de la *Lista de medicamentos* se publican en nuestro sitio web todos los meses.
- También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para consultar la Lista de medicamentos actual al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

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

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

- **Sustituciones de ciertas nuevas versiones de medicamentos.** Es posible que eliminemos de inmediato los medicamentos de la Lista de medicamentos si los reemplazamos con ciertas versiones nuevas de ese medicamento, pero el costo del nuevo medicamento será el mismo. *Cuando agreguemos la nueva versión de un medicamento, también podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en la lista, pero cambiar sus normas o límites de cobertura.*
 - Es probable que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hicimos una vez que entre en efecto.
- Podemos realizar estos cambios solo si el medicamento que estamos agregando cumple con las siguientes condiciones:

Esta sección continúa en la siguiente página.

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

Actualizado el 12/01/2025



- Es una nueva versión genérica de un medicamento de marca; o
- Se trata de una nueva versión biosimilar determinada de productos biológicos originales que figuran en la *Lista de medicamentos* (por ejemplo, agregar un biosimilar intercambiable que se puede sustituir por un producto biológico original sin una receta nueva).
Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la Sección B14.
- 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 retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) indica que el medicamento que usted está tomando no es seguro o eficaz, o si el fabricante retira el medicamento del mercado, lo eliminaremos de la Lista de medicamentos de inmediato. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de que realicemos el cambio. Debe comunicarse con la persona autorizada a dar recetas después de recibir un aviso. La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarle a encontrar otro medicamento para su afección.

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

- La FDA proporciona nuevas pautas o existen nuevas pautas clínicas sobre el medicamento.
- Eliminamos un medicamento de marca de la Lista de medicamentos al agregar otro medicamento genérico que no es nuevo en el mercado. O bien
- Eliminamos un producto biológico original al agregar un biosimilar. O bien
- Cambiamos las normas o límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando estos cambios tengan lugar, haremos lo siguiente:

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

Esta sección continúa en la siguiente página.



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

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

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

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

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

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

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos adicionales o límites consultando las tablas en la sección C1. También puede obtener más información en nuestro sitio web en **[AetnaBetterHealth.com/Michigan-mmp](https://www.aetna.com/betterhealth/michigan-mmp)**. Hemos publicado documentos en Internet que explican nuestras restricciones de tratamiento escalonado y autorización previa. También puede pedirnos que le enviemos una copia.

También puede solicitar una excepción de estas limitaciones. Esto le dará tiempo para consultar con su médico u otra 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.

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

Actualizado el 12/01/2025



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 D1 tiene una columna titulada “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”.

B6. ¿Qué sucede si Aetna Better Health Premier Plan modifica sus normas sobre algunos medicamentos (por ejemplo, autorizaciones previas [PA] 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, que son las siguientes:

- 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 encontrarlo en la sección D, página 176. El Índice proporciona un listado alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos se encuentran en el Índice. Busque su medicamento en el índice. Junto al medicamento, verá el número de página en el que puede encontrar la información de cobertura.

Para buscar **por afección médica**, busque la sección titulada “Medicamentos agrupados 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.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esta sección continúa en la siguiente página.

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

Actualizado el 12/01/2025



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

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

Miembros actuales con un cambio en el nivel de atención

- Cubriremos un suministro temporal para 31 días por única vez si se traslada de un hospital o un centro de atención a largo plazo a un entorno de vivienda, y en las siguientes situaciones:
 - Necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos; o
 - 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; o
 - Su capacidad para obtener el medicamento es limitada.

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

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

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

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

Esta sección continúa en la siguiente página.



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

También puede solicitarnos que cambiemos las normas para su medicamento.

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

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

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

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

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos están compuestos por los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. En general, funcionan tan bien como los medicamentos de marca y suelen costar menos. Generalmente, no tienen nombres conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Hay medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Generalmente, los medicamentos genéricos se pueden sustituir por medicamentos de marca en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, con sujeción a las leyes estatales.

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

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

Actualizado el 12/01/2025



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 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 formas que se llaman biosimilares. Generalmente, los biosimilares funcionan igual de bien que el producto biológico original y es posible que cuesten menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, de acuerdo con las leyes estatales, se pueden sustituir por el producto biológico original en la farmacia sin la necesidad de una receta nueva, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

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

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

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

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

B16. ¿Aetna Better Health Premier Plan cubre productos OTC que no sean medicamentos?

Aetna Better Health Premier Plan cubre algunos productos OTC que no son 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 son medicamentos están cubiertos, puede leer la Lista de medicamentos de Aetna Better Health Premier Plan.

B17. ¿Cuál es mi copago?

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



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

B18. ¿Qué son los niveles de medicamentos?

Los niveles son grupos de medicamentos.

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

Ningún nivel tiene copago.

C. Resumen de la *Lista de medicamentos cubiertos*

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

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

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

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

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

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

Actualizado el 12/01/2025



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

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 soln 160 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>acetaminophen suppos 120 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>acetaminophen suppos 650 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>acetaminophen susp 160 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>acetaminophen tab 325 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>acetaminophen tab 500 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>acetaminophen tab er 650 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>arthritis pain relief</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; *
ASPIRIN SUP 300MG	\$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 adults</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 8 hour pain relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft pain relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft pain relief adult extr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp 8 hour arthritis reli</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp 8 hour pain relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp 8 hour pain reliever</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 infants pain/fever</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 arthritis pain</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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>goodsense aspirin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense aspirin adults</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>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>m-pap</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mapap</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mapap childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pain & fever childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pain & fever infants</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm 8 hour pain relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm arthritis pain relieve</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 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 extra st</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tension headache</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tri-buffered aspirin</i>	\$0(3)	NM; *
NSAIDS - DRUGS TO TREAT PAIN AND INFLAMMATION		
<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)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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>childrens ibuprofen</i>	\$0(3)	NM; *
<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)	
<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 ibuprofen childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft naproxen sodium</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp childrens ibuprofen</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp ibuprofen</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp ibuprofen childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp ibuprofen infants</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp naproxen</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp naproxen sodium</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense ibuprofen</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense ibuprofen child</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense ibuprofen infan</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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>goodsense naproxen sodium</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ibu</i>	\$0(1)	
<i>ibuprofen cap 200 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ibuprofen childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ibuprofen infants</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ibuprofen junior strength</i>	\$0(3)	NM; *
<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>infants ibuprofen</i>	\$0(3)	NM; *
<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 childrens ibuprofen</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm ibuprofen</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm ibuprofen ib childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm infants 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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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>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: 00025123 v19

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>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>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)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg</i>	\$0(1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
VANCOMYCIN INJ 1 GM	\$0(2)	
VANCOMYCIN INJ 500MG	\$0(2)	
VANCOMYCIN INJ 750MG	\$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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	
<i>nystatin tab 500000 unit</i>	\$0(1)	
<i>posaconazole susp 40 mg/ml</i>	\$0(2)	NDS, QL (630 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<i>atazanavir sulfate cap 200 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	NM
<i>atazanavir sulfate cap 300 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
PREZISTA SUS 100MG/ML	\$0(2)	NDS, QL (400 mL / 30 days), NM
PREZISTA TAB 75MG	\$0(2)	QL (480 tabs / 30 days), NM

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
COMPLERA TAB	\$0(2)	NDS, NM
DELSTRIGO TAB	\$0(2)	NDS, NM
DESCOVY TAB 120-15MG	\$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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
SYMTUZA TAB	\$0(2)	NDS, NM
TRIUMEQ PD TAB	\$0(2)	NM
TRIUMEQ 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	
<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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	
<i>valacyclovir hcl tab 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>valganciclovir hcl for soln 50 mg/ml (base equiv)</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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
<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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
<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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
e.e.s. 400	\$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)	
<i>erythromycin tab 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>erythromycin tab delayed release 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)</i>	\$0(1)	
PENICILLINS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
<i>penicillin g sodium for inj 5000000 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
<i>minocycline hcl cap 50 mg</i>	\$0(1)	
<i>minocycline hcl cap 75 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<i>cyclophosphamide for inj 2 gm</i>	\$0(2)	NDS, B/D
<i>cyclophosphamide for inj 500 mg</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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
<i>gemcitabine hcl inj 200 mg/5.26ml (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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
TABLOID TAB 40MG	\$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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	
<i>megestrol acetate tab 40 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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
SCSEMBLIX TAB 20MG	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
SCSEMBLIX TAB 40MG	\$0(2)	NDS, QL (300 tabs / 30 days), NM, PA
SCSEMBLIX 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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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/afl) tab 80 mg</i>	\$0(1)	
<i>sotalol hcl (afib/afl) tab 120 mg</i>	\$0(1)	
<i>sotalol hcl (afib/afl) 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)	
ANTIPEMICS, 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)	
ANTIPEMICS, 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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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>torsemide tab 5 mg</i>	\$0(1)	
<i>torsemide tab 10 mg</i>	\$0(1)	
<i>torsemide tab 20 mg</i>	\$0(1)	
<i>torsemide 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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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
ANTISEIZURE 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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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>roweepra</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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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)	
NUDEXTA 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: 00025123 v19

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: 00025123 v19

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>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 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; *
KLOXXADO SPR 8MG	\$0(2)	
<i>naloxone hcl inj 0.4 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
VIVITROL INJ 380MG	\$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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)
<i>glipizide tab er 24hr 10 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
<i>metformin hcl tab er 24hr 750 mg</i>	\$0(1)	QL (60 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)
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)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	
FIASP INJ 100/ML	\$0(2)	
FIASP PENFIL INJ U-100	\$0(2)	
FIASP PMPCRT INJ U-100	\$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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)
ANTI Obesity AGENTS		
ADIPEX-P TAB 37.5MG	\$0(3)	NM, PA; *
<i>benzphetamine hcl tab 50 mg</i>	\$0(3)	NM, PA; *
<i>diethylpropion hcl tab 25 mg</i>	\$0(3)	NM, PA; *
<i>diethylpropion hcl tab er 24hr 75 mg</i>	\$0(3)	NM, PA; *
IMCIVREE INJ 10MG/ML	\$0(3)	NM, PA; *
<i>lomaira tab 8mg</i>	\$0(3)	NM, PA; *
<i>orlistat cap 120 mg</i>	\$0(3)	NM, PA; *
PHENDIMETRAZ CAP 105MG ER	\$0(3)	NM, PA; *
<i>phendimetrazine tartrate tab 35 mg</i>	\$0(3)	NM, PA; *
<i>phentermine hcl cap 15 mg</i>	\$0(3)	NM, PA; *
<i>phentermine hcl cap 30 mg</i>	\$0(3)	NM, PA; *
<i>phentermine hcl cap 37.5 mg</i>	\$0(3)	NM, PA; *
<i>phentermine hcl tab 37.5 mg</i>	\$0(3)	NM, PA; *
SAXENDA INJ 18MG/3ML	\$0(3)	NM, PA; *
WEGOVY INJ 0.5MG	\$0(3)	NM, PA; *
WEGOVY INJ 0.25MG	\$0(3)	NM, PA; *
WEGOVY INJ 1.7MG	\$0(3)	NM, PA; *
WEGOVY INJ 1MG	\$0(3)	NM, PA; *
WEGOVY INJ 2.4MG	\$0(3)	NM, PA; *
XENICAL CAP 120MG	\$0(3)	NM, PA; *
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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
<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>cyred eq</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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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; *
<i>elimest</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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
<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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
<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>luttera</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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
<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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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>opcicon one-step</i>	\$0(3)	NM; *
<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)	
<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-lynyah</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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
<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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
<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>yuvaferm</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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GLUCOCORTICOIDS - DRUGS TO TREAT INFLAMMATORY RESPONSE		
DEXAMETHASON CON 1MG/ML	\$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)	
<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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<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
PREDNISONE 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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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>diazoxide susp 50 mg/ml</i>	\$0(2)	NDS
ZEGALOGUE INJ 0.6/0.6	\$0(2)	
MISCELLANEOUS		
ALDURAZIME INJ 2.9MG/5M	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>betaine powder for oral solution</i>	\$0(2)	NDS, NM
<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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<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/.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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SYNAREL SOL 2MG/ML	\$0(2)	NDS, PA
VEOZAH TAB 45MG	\$0(2)	PA
zelvysia pow 100mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
zelvysia pow 500mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
PROGESTINS - DRUGS TO REGULATE FEMALE HORMONES		
gallifrey tab 5mg	\$0(1)	
medroxyprogesterone acetate tab 2.5 mg	\$0(1)	
medroxyprogesterone acetate tab 5 mg	\$0(1)	
medroxyprogesterone acetate tab 10 mg	\$0(1)	
megestrol acetate susp 40 mg/ml	\$0(2)	
megestrol acetate susp 625 mg/5ml	\$0(2)	PA
norethindrone acetate tab 5 mg	\$0(1)	
progesterone cap 100 mg	\$0(1)	
progesterone cap 200 mg	\$0(1)	
THYROID AGENTS - DRUGS TO REGULATE THYROID LEVELS		
levo-t	\$0(1)	
levothyroxine sodium tab 25 mcg	\$0(1)	
levothyroxine sodium tab 50 mcg	\$0(1)	
levothyroxine sodium tab 75 mcg	\$0(1)	
levothyroxine sodium tab 88 mcg	\$0(1)	
levothyroxine sodium tab 100 mcg	\$0(1)	
levothyroxine sodium tab 112 mcg	\$0(1)	
levothyroxine sodium tab 125 mcg	\$0(1)	
levothyroxine sodium tab 137 mcg	\$0(1)	
levothyroxine sodium tab 150 mcg	\$0(1)	
levothyroxine sodium tab 175 mcg	\$0(1)	
levothyroxine sodium tab 200 mcg	\$0(1)	
levothyroxine sodium tab 300 mcg	\$0(1)	
levoxyl	\$0(1)	
liothyronine sodium tab 5 mcg	\$0(1)	
liothyronine sodium tab 25 mcg	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
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		
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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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 ultra 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; *
<i>ft antacid extra strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft antacid regular streng</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; *
MAG-AL LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>mag-al plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mag-al plus xs</i>	\$0(3)	NM; *
<i>magnesium oxide tab 400 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>magnesium oxide tab 420 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mintox maximum strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm antacid</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm antacid extra strength</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; *
ANTI-DIARRHEAL		
<i>anti-diarrheal</i>	\$0(3)	NM; *
<i>bismuth subsalicylate chew tab 262 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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; *
<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>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>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>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>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 tab 12.5 mg</i>	\$0(2)	
<i>meclizine hcl tab 25 mg</i>	\$0(2)	
<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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metoclopramide hcl tab 5 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<i>metoclopramide hcl tab 10 mg (base equivalent)</i>	\$0(1)	
<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
<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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
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 maximum stre</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 maximum streng</i>	\$0(3)	NM; *
<i>famotidine original stren</i>	\$0(3)	NM; *
<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 20 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>famotidine tab 40 mg</i>	\$0(1)	
<i>gnp acid reducer</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp acid reducer maximum</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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>heartburn relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>heartburn relief maximum</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; *
<i>sm acid reducer maximum s</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; *
COLACE CAP 100MG	\$0(3)	NM; *
<i>constulose</i>	\$0(1)	
<i>docusate calcium cap 240 mg</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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>enema ready-to-use</i>	\$0(3)	NM; *
<i>enulose</i>	\$0(1)	
FLEET ENE	\$0(3)	NM; *
FLEET ENE PED	\$0(3)	NM; *
<i>ft gentle laxative</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft laxative</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft stool softener</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>gnp clearlax</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp gentle laxative</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp stool softener</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp womens gentle laxativ</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>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; *
<i>qc enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm gentle laxative</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm stool softener</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sodium phosphates - enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stool softener</i>	\$0(3)	NM; *
MISCELLANEOUS		
<i>acid reducer complete</i>	\$0(3)	NM; *
<i>alosetron hcl tab 0.5 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>alosetron 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>sucalfate tab 1 gm</i>	\$0(1)	
<i>ursodiol cap 300 mg</i>	\$0(1)	
<i>ursodiol 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ursodiol tab 500 mg</i>	\$0(1)	
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 10000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 15000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 20000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 25000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 40000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 60000UNT	\$0(2)	
PROTON PUMP INHIBITORS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>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>gnp lansoprazole</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp omeprazole</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense lansoprazole</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lansoprazole cap delayed release 15 mg</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>lansoprazole cap delayed release 15 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>omeprazole delayed release tab 20 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>omeprazole magnesium cap dr 20.6 mg (20 mg base equiv)</i>	\$0(3)	NM; *
<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)
<i>sm lansoprazole</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm omeprazole</i>	\$0(3)	NM; *
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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)
<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>trospium 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%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>7 day vagina cre 2%</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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
<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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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/NACL 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
<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)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
<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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
IMMUNOLOGIC AGENTS - DRUGS TO TREAT DISORDERS OF THE IMMUNE SYSTEM		
<i>AUTOIMMUNE AGENTS</i>		
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
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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
VELSIPITY 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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
<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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
DENGVAIXA 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)	
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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	
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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
<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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	
<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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
<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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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		
CHROMIUM CL INJ 4MCG/ML	\$0(3)	NM; *
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	\$0(2)	B/D
<i>clinsol sf 15%</i>	\$0(1)	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	\$0(2)	B/D
COPPER INJ 0.4MG/ML	\$0(3)	NM; *
<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
MINERALS		
K-PHOS TAB	\$0(3)	NM; *
K-PHOS TAB NEUTRAL	\$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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>manganese chloride inj 0.1 mg/ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>phospha 250 neutral</i>	\$0(3)	NM; *
MISCELLANEOUS		
ENLYTE CAP	\$0(3)	NM; *
VITAMINS		
BACMIN TAB	\$0(3)	NM; *
BP VIT 3 CAP	\$0(3)	NM; *
<i>corvita</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cyanocobalamin inj 1000 mcg/ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dialyvite</i>	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE TAB 3000	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE TAB 5000	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE TAB SUPREM D	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE/ TAB ZINC	\$0(3)	NM; *
DRISDOL CAP 50000UNT	\$0(3)	NM; *
<i>ergocalciferol cap 1.25 mg (50000 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
FLORIVA CHW 0.5MG	\$0(3)	NM; *
FLORIVA CHW 0.25MG	\$0(3)	NM; *
FLORIVA CHW 1MG	\$0(3)	NM; *
<i>folic acid inj 5 mg/ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>folic acid tab 1 mg</i>	\$0(3)	NM; *
FOLTRATE TAB	\$0(3)	NM; *
<i>hydroxocobalamin acetate inj 1000 mcg/ml (base equivalent)</i>	\$0(3)	NM; *
INFUVITE INJ	\$0(3)	NM; *
INFUVITE INJ ADULT	\$0(3)	NM; *
INFUVITE INJ PEDIATRI	\$0(3)	NM; *
<i>multi-vit/iron/fluoride</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi-vitamin/fluoride dr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi-vitamin/fluoride/ir</i>	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN WITH FLUORID	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin/fluoride</i>	\$0(3)	NM; *
NASCOBAL SPR 500MCG	\$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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NEPHPLEX RX TAB	\$0(3)	NM; *
NIVA-FOL TAB	\$0(3)	NM; *
<i>phytonadione inj 1 mg/0.5ml (2 mg/ml)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>phytonadione inj 10 mg/ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>phytonadione tab 5 mg</i>	\$0(3)	NM; *
POLY-VI-FLOR CHW 0.5MG	\$0(3)	NM; *
POLY-VI-FLOR CHW 0.25MG	\$0(3)	NM; *
POLY-VI-FLOR CHW 1MG	\$0(3)	NM; *
POLY-VI-FLOR CHW W/IRON	\$0(3)	NM; *
POLY-VI-FLOR SUS 0.25/ML	\$0(3)	NM; *
<i>pyridoxine hcl inj 100 mg/ml</i>	\$0(3)	NM; *
QUFLORA FE CHW	\$0(3)	NM; *
QUFLORA FE DRO 0.25-9.5	\$0(3)	NM; *
QUFLORA PED CHW 0.5MG	\$0(3)	NM; *
QUFLORA PED CHW 0.25MG	\$0(3)	NM; *
QUFLORA PED CHW 1MG	\$0(3)	NM; *
QUFLORA PED DRO 0.5MG/ML	\$0(3)	NM; *
QUFLORA PED DRO 0.25MG	\$0(3)	NM; *
STROVITE ONE TAB	\$0(3)	NM; *
<i>thiamine hcl inj 100 mg/ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tri-vite/fluoride</i>	\$0(3)	NM; *
<i>triphrocaps</i>	\$0(3)	NM; *
<i>virt-caps</i>	\$0(3)	NM; *
VITAL-D RX TAB	\$0(3)	NM; *
<i>wescaps</i>	\$0(3)	NM; *
OPHTHALMIC - DRUGS TO TREAT EYE CONDITIONS		
ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY - DRUGS TO TREAT INFECTIONS AND INFLAMMATION		
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	\$0(1)	
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
<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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
ANTIALLERGICS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
<i>alaway</i>	\$0(3)	NM; *
<i>alaway childrens allergy</i>	\$0(3)	NM; *
<i>azelastine hcl ophth soln 0.05%</i>	\$0(1)	
<i>cromolyn sodium ophth soln 4%</i>	\$0(1)	
<i>eye itch relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ketotifen fumarate ophth soln 0.035%</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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZADITOR DRO 0.035%OP	\$0(3)	NM; *
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		
<i>artificial tears</i>	\$0(3)	NM; *
ATROPINE SUL SOL 1% OP	\$0(2)	
<i>atropine sulfate ophth soln 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>carboxymethylcellulose sodium (pf) ophth soln 0.5%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>carboxymethylcellulose sodium ophth soln 0.5%</i>	\$0(3)	NM; *
CYSTADROPS SOL 0.37%	\$0(2)	NDS, NM, PA
CYSTARAN SOL 0.44%	\$0(2)	NDS, NM, PA
EYSUVIS DRO 0.25%	\$0(2)	
GENTEAL GEL 0.3%	\$0(3)	NM; *
<i>genteal tears night-time</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp artificial tears</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense lubricating plu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lubricant eye drops</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lubricant eye nighttime</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lubrifresh p.m.</i>	\$0(3)	NM; *
MIEBO DRO 1.3GM/ML	\$0(2)	
<i>proparacaine hcl ophth soln 0.5%</i>	\$0(1)	
<i>refresh celluvisc</i>	\$0(3)	NM; *
<i>refresh lacri-lube</i>	\$0(3)	NM; *
REFRESH LIQU DRO 1% OP	\$0(3)	NM; *
REFRESH PLUS DRO 0.5% OP	\$0(3)	NM; *
REFRESH TEAR DRO 0.5% OP	\$0(3)	NM; *
RESTASIS EMU 0.05% OP	\$0(2)	
RESTASIS MUL EMU 0.05% OP	\$0(2)	
<i>systane nighttime</i>	\$0(3)	NM; *
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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
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		
ALA-HIST IR TAB 2MG	\$0(3)	NM; *
<i>all day allergy</i>	\$0(3)	NM; *
<i>all day allergy childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>aller-chlor</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>allergy relief 24hr</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>cycloheptadine 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
<i>cycloheptadine 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>ed chlorped jr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fexofenadine hcl tab 60 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fexofenadine hcl tab 180 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 allergy relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ft allergy relief 12 hour</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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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 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 aller-ease</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense allergy relief</i>	\$0(3)	NM; *
HISTEX PD DRO 0.938MG	\$0(3)	NM; *
HISTEX SYP 2.5MG/5	\$0(3)	NM; *
<i>hm all day allergy childr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm loratadine</i>	\$0(3)	NM; *
<i>24hr allergy relief</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
<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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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 childrens</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; *
PEDIACLEARPD LIQ 0.625/ML	\$0(3)	NM; *
<i>sm all day allergy</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 fexofenadine hydrochlo</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm loratadine</i>	\$0(3)	NM; *
<i>triprolidine hcl drops 0.938 mg/ml</i>	\$0(3)	NM; *
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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
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)	
<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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MISCELLANEOUS		
<i>acetylcysteine inhal soln 10%</i>	\$0(1)	B/D
<i>acetylcysteine inhal soln 20%</i>	\$0(1)	B/D
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>cromolyn sodium nasal aerosol soln 5.2 mg/act (4%)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cromolyn sodium soln nebu 20 mg/2ml</i>	\$0(1)	B/D
<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)
FASENRA INJ 10MG/0.5	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
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
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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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
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
<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>roflumilast tab 250 mcg</i>	\$0(1)	QL (56 tabs / year)
<i>roflumilast tab 500 mcg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
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>allergy relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>budesonide nasal susp 32 mcg/act</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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
<i>fluticasone propionate nasal susp 50 mcg/act</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp budesonide nasal spra</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense 24-hour allergy</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm allergy relief nasal s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy relief nasal s</i>	\$0(3)	NM; *
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)
<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>breyana</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)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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>acne medicat lot 10%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>acne medication 2.5</i>	\$0(3)	NM; *
<i>acne medication 5</i>	\$0(3)	NM; *
<i>acne medication 10</i>	\$0(3)	NM; *
<i>adapalene gel 0.1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>amneesteem</i>	\$0(1)	PA
<i>amneesteem cap 30mg</i>	\$0(1)	PA
<i>BENZOYL PER GEL 2.5%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>benzoyl peroxide gel 5%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>benzoyl peroxide gel 10%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>benzoyl peroxide wash</i>	\$0(3)	NM; *
<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)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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>gnp triple antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense first aid antib</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mupirocin oint 2%</i>	\$0(1)	QL (220 gm / 30 days)
<i>silver sulfadiazine cream 1%</i>	\$0(1)	
<i>sm triple antibiotic orig</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ssd</i>	\$0(1)	
SULFAMYLON CRE 85MG/GM	\$0(2)	QL (453.6 gm / 30 days)
<i>triple antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS		
<i>antifungal</i>	\$0(3)	NM; *
<i>athletes foot</i>	\$0(3)	NM; *
<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: 00025123 v19

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 antifungal</i>	\$0(3)	NM; *
<i>clotrimazole cream 1%</i>	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
<i>clotrimazole cream 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<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)
FUNGOID TINC SOL 2%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp athletes foot</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tolnaftate</i>	\$0(3)	NM; *
<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>miconazole nitrate cream 2%</i>	\$0(3)	NM; *
MICONAZOLE SOL 2%	\$0(3)	NM; *
<i>micotrin ac</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mycozyl ac</i>	\$0(3)	NM; *
<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)	
<i>sm antifungal clotrimazol</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm antifungal miconazole</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm antifungal tolnaftate</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tm-clotrimazole</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tolnaftate cream 1%</i>	\$0(3)	NM; *
DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS		
<i>acitretin cap 10 mg</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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
<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>anti-itch maximum strengt</i>	\$0(3)	NM; *
<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)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
<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>gnp hydrocortisone</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp hydrocortisone maximu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp hydrocortisone plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp hydrocortisone/aloe</i>	\$0(3)	NM; *
<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)
HYDROCORT CRE 1%	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocortisone cream 0.5%</i>	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydrocortisone cream 1%</i>	\$0(1)	
<i>hydrocortisone cream 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocortisone cream 2.5%</i>	\$0(1)	
<i>hydrocortisone lotion 2.5%</i>	\$0(1)	
<i>hydrocortisone maximum st</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocortisone oint 1%</i>	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
<i>hydrocortisone oint 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocortisone oint 2.5%</i>	\$0(1)	
<i>hydrocortisone valerate cream 0.2%</i>	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>hydrocortisone/aloe maxim</i>	\$0(3)	NM; *
<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>sm hydrocortisone</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm hydrocortisone maximum</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm hydrocortisone plus</i>	\$0(3)	NM; *
<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)	
<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)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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		
BETADINE SOL 10%	\$0(3)	NM; *
<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)
FIRST AID OIN 10%	\$0(3)	NM; *
<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>lidocaine cream 4%</i>	\$0(3)	NM; *
<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>povidone-iodine soln 10%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>procto-med hc</i>	\$0(1)	
<i>proctocort</i>	\$0(1)	
<i>proctosol hc</i>	\$0(1)	
<i>proctozone-hc</i>	\$0(1)	
RENOVA CRE 0.02%	\$0(3)	NM; *
RENOVA PUMP CRE 0.02%	\$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: 00025123 v19

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sm povidone-iodine</i>	\$0(3)	NM; *
<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>gnp lice treatment</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense lice killing cr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lice killing maximum stre</i>	\$0(3)	NM; *
<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)
<i>sm lice killing maximum s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm lice treatment</i>	\$0(3)	NM; *
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: 00025123 v19

D. Índice de medicamentos cubiertos

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
2		<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg ..</i>	7
<i>24hr allergy relief</i>	161	<i>acetazolamide cap er 12hr 500 mg</i>	63
3		<i>acetazolamide tab 125 mg</i>	64
<i>3 day vaginal</i>	135	<i>acetazolamide tab 250 mg</i>	64
7		<i>acetic acid irrigation soln 0.25%</i>	134
<i>7 day vagina cre 2%</i>	135	<i>acetic acid otic soln 2%</i>	158
A		<i>acetylcysteine inhal soln 10%</i>	164
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	16	<i>acetylcysteine inhal soln 20%</i>	164
<i>abacavir sulfate soln 20 mg/ml (base equiv)</i>	14	<i>ACID GONE</i>	125
<i>abacavir sulfate tab 300 mg (base equiv)</i>	14	<i>acid reducer</i>	129
<i>abigale lo tab 0.5-0.1</i>	117	<i>acid reducer complete</i>	132
<i>abigale tab 1-0.5mg</i>	117	<i>acid reducer maximum stre</i>	129
<i>ABILIFY ASIM INJ 720MG</i>	78	<i>acid reducer original str</i>	129
<i>ABILIFY ASIM INJ 960MG</i>	78	<i>acitretin cap 10 mg</i>	170
<i>ABILIFY MAIN INJ 300MG</i>	78	<i>acitretin cap 17.5 mg</i>	171
<i>ABILIFY MAIN INJ 400MG</i>	78	<i>acitretin cap 25 mg</i>	171
<i>abiraterone acetate tab 250 mg</i>	30	<i>acne medication 2.5</i>	168
<i>abiraterone acetate tab 500 mg</i>	30	<i>acne medication 5</i>	168
<i>abirtega tab 250mg</i>	30	<i>acne medication 10</i>	168
<i>ABRYSVO INJ</i>	147	<i>acne medicat lot 10%</i>	168
<i>acamprosate calcium tab delayed release 333 mg</i>	102	<i>ACTHIB INJ</i>	147
<i>acarbose tab 25 mg</i>	104	<i>ACTIMMUNE INJ 2MU/0.5</i>	145
<i>acarbose tab 50 mg</i>	104	<i>acyclovir cap 200 mg</i>	18
<i>acarbose tab 100 mg</i>	104	<i>acyclovir sodium iv soln 50 mg/ml</i>	18
<i>accutane</i>	168	<i>acyclovir susp 200 mg/5ml</i>	18
<i>acebutolol hcl cap 200 mg</i>	60	<i>acyclovir tab 400 mg</i>	18
<i>acebutolol hcl cap 400 mg</i>	60	<i>acyclovir tab 800 mg</i>	18
<i>acetaminophen soln 160 mg/5ml</i>	1	<i>ADACEL INJ</i>	147
<i>acetaminophen suppos 120 mg</i>	1	<i>ADALIMU-AACF INJ 40/0.8ML</i>	140
<i>acetaminophen suppos 650 mg</i>	1	<i>ADALIMU-AACF KIT 40/0.8ML</i>	140
<i>acetaminophen susp 160 mg/5ml</i>	1	<i>adapalene gel 0.1%</i>	168
<i>acetaminophen tab 325 mg</i>	2	<i>adefovir dipivoxil tab 10 mg</i>	18
<i>acetaminophen tab 500 mg</i>	2	<i>ADEMPAS TAB 0.5MG</i>	67
<i>acetaminophen tab er 650 mg</i>	2	<i>ADEMPAS TAB 1.5MG</i>	67
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i>	7	<i>ADEMPAS TAB 1MG</i>	67
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg ...</i>	7	<i>ADEMPAS TAB 2.5MG</i>	67
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg ..</i>	7	<i>ADEMPAS TAB 2MG</i>	67
		<i>ADIPEX-P TAB 37.5MG</i>	109
		<i>ADMELOG INJ 100U/ML</i>	107
		<i>ADMELOG SOLO INJ 100U/ML</i>	107
		<i>ADVAIR HFA AER 45/21</i>	167
		<i>ADVAIR HFA AER 115/21</i>	167
		<i>ADVAIR HFA AER 230/21</i>	167
		<i>afirmelle</i>	111

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
AIMOVIG INJ 70MG/ML	97	<i>allergy relief childrens</i>	160
AIMOVIG INJ 140MG/ML	97	<i>allopurinol tab 100 mg</i>	1
AIRSUPRA AER 90-80MCG	167	<i>allopurinol tab 300 mg</i>	1
AKEEGA TAB 50/500MG.....	30	<i>almacone double strength</i>	125
AKEEGA TAB 100/500	30	<i>alose tron hcl tab 0.5 mg (base equiv)</i>	132
<i>ala-cort</i>	171	<i>alose tron hcl tab 1 mg (base equiv)</i>	132
ALA-HIST IR TAB 2MG	159	<i>alprazolam tab 0.5 mg</i>	69
<i>alaway</i>	156	<i>alprazolam tab 0.25 mg</i>	69
<i>alaway childrens allergy</i>	156	<i>alprazolam tab 1 mg</i>	69
<i>albendazole tab 200 mg</i>	9	<i>alprazolam tab 2 mg</i>	69
<i>albuterol sulfate inhal aero 108 mcg/act</i> <i>(90mcg base equiv)</i>	162	<i>altavera</i>	111
<i>albuterol sulfate soln nebu 0.5% (5 mg/ml)</i>	162	ALUM HYDROX SUS 320/5ML.....	125
<i>albuterol sulfate soln nebu 0.63 mg/3ml</i> <i>(base equiv)</i>	162	<i>alum & mag hydroxide-simethicone susp</i> <i>200-200-20 mg/5ml</i>	125
<i>albuterol sulfate soln nebu 0.083%</i> <i>(2.5 mg/3ml)</i>	163	<i>alum & mag hydroxide-simethicone susp</i> <i>400-400-40 mg/5ml</i>	125
<i>albuterol sulfate soln nebu 1.25 mg/3ml</i> <i>(base equiv)</i>	163	ALUNBRIG PAK	34
<i>albuterol sulfate syrup 2 mg/5ml</i>	163	ALUNBRIG TAB 30MG.....	34
<i>albuterol sulfate tab 2 mg</i>	163	ALUNBRIG TAB 90MG	34
<i>albuterol sulfate tab 4 mg</i>	163	ALUNBRIG TAB 180MG	34
<i>alclometasone dipropionate cream 0.05%</i>	171	ALVAIZ TAB 9MG	138
<i>alclometasone dipropionate oint 0.05%</i>	171	ALVAIZ TAB 18MG	138
ALCOHOL SWABS\ BD-EMBECTA/MHC/ RUGBY	107	ALVAIZ TAB 36MG	138
ALDURAZYME INJ 2.9MG/5M	121	ALVAIZ TAB 54MG	138
ALECENSA CAP 150MG.....	34	ALVESCO AER 80MCG	167
<i>alendronate sodium oral soln 70 mg/75ml</i>	109	ALVESCO AER 160MCG	167
<i>alendronate sodium tab 10 mg</i>	109	<i>alyacen 1/35</i>	111
<i>alendronate sodium tab 35 mg</i>	109	<i>alyacen 7/7/7</i>	111
<i>alendronate sodium tab 70 mg</i>	110	ALYFTREK TAB 4-20-50	164
<i>alfuzosin hcl tab er 24hr 10 mg</i>	134	ALYFTREK TAB 10-50-125.....	164
<i>aliskiren fumarate tab 150 mg (base</i> <i>equivalent)</i>	65	ALYGLO INJ 5GM/50ML.....	144
<i>aliskiren fumarate tab 300 mg (base</i> <i>equivalent)</i>	65	ALYGLO INJ 10/100ML.....	144
<i>all day allergy</i>	159	ALYGLO INJ 20/200ML	144
<i>all day allergy childrens</i>	159	<i>alyq</i>	67
<i>all day pain relief</i>	3	<i>amantadine hcl cap 100 mg</i>	76
<i>all day relief</i>	3	<i>amantadine hcl soln 50 mg/5ml</i>	76
<i>aller-chlor</i>	159	<i>amantadine hcl tab 100 mg</i>	76
<i>allergy</i>	159	<i>ambrisentan tab 5 mg</i>	67
<i>allergy childrens</i>	159	<i>ambrisentan tab 10 mg</i>	67
<i>allergy relief</i>	159, 166	<i>amethia tab</i>	111
<i>allergy relief 24hr</i>	160	<i>amethyst</i>	111
		<i>amikacin sulfate inj 1 gm/4ml (250 mg/ml)</i>	9
		<i>amikacin sulfate inj 500 mg/2ml</i> <i>(250 mg/ml)</i>	9
		<i>amiloride hcl tab 5 mg</i>	64

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab</i>		<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-</i>	
5-50 mg.....	64	320 mg.....	54
<i>amiodarone hcl inj 150 mg/3ml (50 mg/ml)</i>	56	<i>amnestem.....</i>	168
<i>amiodarone hcl inj 450 mg/9ml (50 mg/ml)</i>	56	<i>amnestem cap 30mg.....</i>	168
<i>amiodarone hcl inj 900 mg/18ml</i>		<i>amoxapine tab 25 mg.....</i>	71
(50 mg/ml).....	56	<i>amoxapine tab 50 mg.....</i>	71
<i>amiodarone hcl tab 100 mg.....</i>	56	<i>amoxapine tab 100 mg.....</i>	71
<i>amiodarone hcl tab 200 mg.....</i>	56	<i>amoxapine tab 150 mg.....</i>	71
<i>amiodarone hcl tab 400 mg.....</i>	56	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-</i>	
<i>amitriptyline hcl tab 10 mg.....</i>	71	28.5 mg/5ml.....	23
<i>amitriptyline hcl tab 25 mg.....</i>	71	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-</i>	
<i>amitriptyline hcl tab 50 mg.....</i>	71	62.5 mg/5ml.....	24
<i>amitriptyline hcl tab 75 mg.....</i>	71	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-</i>	
<i>amitriptyline hcl tab 100 mg.....</i>	71	57 mg/5ml.....	24
<i>amitriptyline hcl tab 150 mg.....</i>	71	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-</i>	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-</i>		42.9 mg/5ml.....	24
10 mg.....	50	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>	24
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i>		<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>	24
5-10 mg.....	50	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg..</i>	24
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i>		<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-</i>	
5-20 mg.....	50	62.5 mg.....	24
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i>		<i>amoxicillin (trihydrate) cap 250 mg.....</i>	24
5-40 mg.....	50	<i>amoxicillin (trihydrate) cap 500 mg.....</i>	24
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-</i>		<i>amoxicillin (trihydrate) chew tab 125 mg.....</i>	24
20 mg.....	50	<i>amoxicillin (trihydrate) chew tab 250 mg.....</i>	24
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-</i>		<i>amoxicillin (trihydrate) for susp 125 mg/5ml</i>	24
40 mg.....	50	<i>amoxicillin (trihydrate) for susp 200 mg/5ml</i>	24
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>		<i>amoxicillin (trihydrate) for susp 250 mg/5ml</i>	24
<i>tab 5-20 mg.....</i>	53	<i>amoxicillin (trihydrate) for susp</i>	
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>		400 mg/5ml.....	24
<i>tab 5-40 mg.....</i>	53	<i>amoxicillin (trihydrate) tab 500 mg.....</i>	24
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>		<i>amoxicillin (trihydrate) tab 875 mg.....</i>	24
<i>tab 10-20 mg.....</i>	53	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i>	
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>		24hr 5 mg.....	94
<i>tab 10-40 mg.....</i>	53	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i>	
<i>amlodipine besylate tab 2.5 mg (base</i>		24hr 10 mg.....	94
<i>equivalent).....</i>	61	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i>	
<i>amlodipine besylate tab 5 mg (base</i>		24hr 15 mg.....	95
<i>equivalent).....</i>	61	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i>	
<i>amlodipine besylate tab 10 mg (base</i>		24hr 20 mg.....	95
<i>equivalent).....</i>	61	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i>	
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i>	53	24hr 25 mg.....	95
<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i>		<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i>	
5-320 mg.....	53	24hr 30 mg.....	95
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-</i>		<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>	
160 mg.....	54	5 mg.....	95

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>		<i>anti-gas/and gnp antacid.....</i>	126
7.5 mg	95	<i>anti-itch maximum strengt</i>	171
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>		<i>aprepitant capsule 40 mg.....</i>	127
10 mg	95	<i>aprepitant capsule 80 mg.....</i>	127
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>		<i>aprepitant capsule 125 mg</i>	127
12.5 mg	95	<i>aprepitant capsule therapy pack 80 &</i>	
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>		125 mg	127
15 mg	95	<i>apri.....</i>	111
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>		<i>APTiom TAB 200MG</i>	85
20 mg	95	<i>APTiom TAB 400MG</i>	85
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>		<i>APTiom TAB 600MG</i>	85
30 mg	95	<i>APTiom TAB 800MG</i>	85
<i>amphotericin b for iv soln 50 mg</i>	13	<i>APTIVUS CAP 250MG.....</i>	14
<i>amphotericin b liposome iv for susp 50 mg ..</i>	13	<i>ARALAST NP INJ 500MG.....</i>	164
<i>ampicillin cap 500 mg.....</i>	25	<i>ARALAST NP INJ 1000MG.....</i>	164
<i>ampicillin sodium for inj 1 gm</i>	25	<i>aranelle.....</i>	111
<i>ampicillin sodium for inj 2 gm</i>	25	<i>ARCALYST INJ 220MG</i>	145
<i>ampicillin sodium for inj 125 mg.....</i>	25	<i>AREXVY INJ 120MCG</i>	147
<i>ampicillin sodium for inj 250 mg.....</i>	25	<i>ARIKAYCE SUS.....</i>	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
0.5) gm	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
gm.....	24	<i>aripiprazole tab 20 mg</i>	78
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5</i>		<i>aripiprazole tab 30 mg</i>	78
(1-0.5) gm	25	<i>ARISTADA INJ 441MG/1.....</i>	78
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3</i>		<i>ARISTADA INJ 662MG/2</i>	78
(2-1) gm.....	25	<i>ARISTADA INJ 882MG/3</i>	78
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15</i>		<i>ARISTADA INJ 1064MG</i>	78
(10-5) gm	25	<i>ARISTADA INJ INITIO</i>	78
<i>anagrelide hcl cap 0.5 mg</i>	138	<i>armodafinil tab 50 mg</i>	101
<i>anagrelide hcl cap 1 mg</i>	138	<i>armodafinil tab 150 mg</i>	101
<i>anastrozole tab 1 mg.....</i>	30	<i>armodafinil tab 200 mg.....</i>	101
<i>ANORO ELLIPT AER 62.5-25.....</i>	159	<i>armodafinil tab 250 mg.....</i>	101
<i>antacid.....</i>	125	<i>ARNUITY ELPT INH 50MCG.....</i>	167
<i>antacid/antigas liquid.....</i>	126	<i>ARNUITY ELPT INH 100MCG</i>	167
<i>antacid calcium regular s.....</i>	126	<i>ARNUITY ELPT INH 200MCG</i>	167
<i>antacid extra strength</i>	126	<i>arthritis pain relief</i>	2
<i>antacid maximum strength</i>	126	<i>artificial tears</i>	157
<i>antacid regular strength.....</i>	126	<i>asenapine maleate sl tab 2.5 mg (base</i>	
<i>antacid ultra strength</i>	126	equiv)	78
<i>anti-diarrheal</i>	126	<i>asenapine maleate sl tab 5 mg (base equiv)</i>	78
<i>antifungal</i>	169		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>asenapine maleate sl tab 10 mg (base equiv)</i>	79	<i>aubra eq</i>	111
<i>ashlyna</i>	111	AUGTYRO CAP 40MG	34
<i>aspirin adult low dose</i>	2	AUGTYRO CAP 160MG	34
<i>aspirin chew tab 81 mg</i>	2	<i>aurovela 1/20</i>	111
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	139	<i>aurovela 24 fe</i>	111
<i>aspirin low dose</i>	2	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	111
<i>aspirin low strength</i>	2	<i>aurovela fe 1/20</i>	111
<i>aspirin regimen</i>	2	AUSTEDO TAB 6MG	99
ASPIRIN SUP 300MG	2	AUSTEDO TAB 9MG	99
<i>aspirin tab 325 mg</i>	2	AUSTEDO TAB 12MG	99
<i>aspirin tab delayed release 325 mg</i>	2	AUSTEDO XR TAB 6MG	99
ASTAGRAF XL CAP 0.5MG	145	AUSTEDO XR TAB 12MG	99
ASTAGRAF XL CAP 1MG	145	AUSTEDO XR TAB 18MG	99
ASTAGRAF XL CAP 5MG	145	AUSTEDO XR TAB 24MG	99
<i>atazanavir sulfate cap 150 mg (base equiv)</i> ..	14	AUSTEDO XR TAB 30MG ER	99
<i>atazanavir sulfate cap 200 mg (base equiv)</i> ..	14	AUSTEDO XR TAB 36MG ER	99
<i>atazanavir sulfate cap 300 mg (base equiv)</i> ..	14	AUSTEDO XR TAB 42MG ER	99
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	59	AUSTEDO XR TAB 48MG ER	99
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	59	AUSTEDO XR TAB TITR KIT	99
<i>atenolol tab 25 mg</i>	60	AUVELITY TAB 45-105MG	71
<i>atenolol tab 50 mg</i>	60	<i>aviane</i>	111
<i>atenolol tab 100 mg</i>	60	AVMAPKI PAK FAKZYNJA	34
<i>athletes foot</i>	169	<i>ayuna</i>	111
<i>atomoxetine hcl cap 10 mg (base equiv)</i>	95	AYVAKIT TAB 25MG	34
<i>atomoxetine hcl cap 18 mg (base equiv)</i>	95	AYVAKIT TAB 50MG	34
<i>atomoxetine hcl cap 25 mg (base equiv)</i>	95	AYVAKIT TAB 100MG	34
<i>atomoxetine hcl cap 40 mg (base equiv)</i>	95	AYVAKIT TAB 200MG	35
<i>atomoxetine hcl cap 60 mg (base equiv)</i>	95	AYVAKIT TAB 300MG	35
<i>atomoxetine hcl cap 80 mg (base equiv)</i>	95	<i>azacitidine for inj 100 mg</i>	28
<i>atomoxetine hcl cap 100 mg (base equiv)</i>	95	<i>azathioprine tab 50 mg</i>	145
<i>atorvastatin calcium tab 10 mg (base equivalent)</i>	57	<i>azelastine hcl nasal spray 0.1% (137 mcg/spray)</i>	160
<i>atorvastatin calcium tab 20 mg (base equivalent)</i>	57	<i>azelastine hcl ophth soln 0.05%</i>	156
<i>atorvastatin calcium tab 40 mg (base equivalent)</i>	57	<i>azithromycin for susp 100 mg/5ml</i>	22
<i>atorvastatin calcium tab 80 mg (base equivalent)</i>	58	<i>azithromycin for susp 200 mg/5ml</i>	22
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i>	14	<i>azithromycin iv for soln 500 mg</i>	22
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i>	14	<i>azithromycin powd pack for susp 1 gm</i>	22
<i>atovaquone susp 750 mg/5ml</i>	9	<i>azithromycin tab 250 mg</i>	22
<i>atropine sulfate ophth soln 1%</i>	157	<i>azithromycin tab 500 mg</i>	22
ATROPINE SUL SOL 1% OP	157	<i>azithromycin tab 600 mg</i>	22
ATROVENT HFA AER 17MCG	159	<i>aztreonam for inj 1 gm</i>	9
		<i>aztreonam for inj 2 gm</i>	9
		<i>azurette</i>	111
		B	
		<i>bacitracin ophth oint 500 unit/gm</i>	155

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	155	BESREMI SOL 500MCG.....	32
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	154	BETADINE SOL 10%.....	174
<i>baclofen tab 5 mg</i>	100	<i>betaine powder for oral solution</i>	121
<i>baclofen tab 10 mg</i>	100	<i>betamethasone dipropionate augmented cream 0.05%</i>	171
<i>baclofen tab 20 mg</i>	101	<i>betamethasone dipropionate augmented gel 0.05%</i>	171
BACMIN TAB	153	<i>betamethasone dipropionate augmented lotion 0.05%</i>	171
BAFIERTAM CAP 95MG	100	<i>betamethasone dipropionate augmented oint 0.05%</i>	171
<i>balsalazide disodium cap 750 mg</i>	130	<i>betamethasone dipropionate cream 0.05%</i> 171	
BALVERSA TAB 3MG	35	<i>betamethasone dipropionate lotion 0.05%</i> . 171	
BALVERSA TAB 4MG	35	<i>betamethasone dipropionate oint 0.05%</i> 171	
BALVERSA TAB 5MG	35	<i>betamethasone valerate cream 0.1% (base equivalent)</i>	171
<i>balziva</i>	111	<i>betamethasone valerate lotion 0.1% (base equivalent)</i>	172
<i>banophen</i>	160	<i>betamethasone valerate oint 0.1% (base equivalent)</i>	172
BARACLUDE SOL.....	18	BETASERON INJ 0.3MG.....	100
BASAGLAR INJ 100UNIT	107	<i>betaxolol hcl ophth soln 0.5%</i>	157
BCG VACCINE INJ 50MG	147	<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>	134
<i>benazepril hcl tab 20 mg</i>	51	<i>bethanechol chloride tab 10 mg</i>	134
<i>benazepril hcl tab 40 mg</i>	51	<i>bethanechol chloride tab 25 mg</i>	134
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>	50	<i>bethanechol chloride tab 50 mg</i>	134
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	50	BETOPTIC-S SUS 0.25% OP.....	157
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	51	BEVESPI AER 9-4.8MCG	159
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	51	<i>bexarotene cap 75 mg</i>	32
BENDAMUSTINE SOL 100/4ML	27	<i>bexarotene gel 1%</i>	174
BENDEKA INJ 100/4ML	27	BEXSERO INJ	147
BENLYSTA INJ 120MG.....	145	<i>bicalutamide tab 50 mg</i>	30
BENLYSTA INJ 200MG/ML	146	BICILLIN L-A INJ 600000	25
BENLYSTA INJ 400MG	146	BICILLIN L-A INJ 1200000.....	25
BENZOYL PER GEL 2.5%	168	BICILLIN L-A INJ 2400000.....	25
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i> ..	168	BIKTARVY TAB 30-120-15 MG.....	16
<i>benzoyl peroxide gel 5%</i>	168	BIKTARVY TAB 50-200-25 MG.....	16
<i>benzoyl peroxide gel 10%</i>	168	<i>bisacodyl ec</i>	130
<i>benzoyl peroxide wash</i>	168	<i>bisacodyl suppos 10 mg</i>	130
<i>benzphetamine hcl tab 50 mg</i>	109	<i>bismuth subsalicylate chew tab 262 mg</i>	126
<i>benztropine mesylate inj 1 mg/ml</i>	76	<i>bisoprolol fumarate tab 5 mg</i>	60
<i>benztropine mesylate tab 0.5 mg</i>	76	<i>bisoprolol fumarate tab 10 mg</i>	60
<i>benztropine mesylate tab 1 mg</i>	76	<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	59
<i>benztropine mesylate tab 2 mg</i>	76		
BERINERT INJ 500UNIT.....	138		
BESIVANCE SUS 0.6%	155		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab</i>		<i>bromocriptine mesylate cap 5 mg (base</i>	
5-6.25 mg	59	equivalent)	76
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-</i>		<i>bromocriptine mesylate tab 2.5 mg (base</i>	
6.25 mg	59	equivalent)	76
BIVIGAM INJ 10%	144	BRUKINSA CAP 80MG	35
<i>blisovi 24 fe</i>	111	BRUKINSA TAB 160MG	35
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	111	<i>budesonide delayed release particles cap</i>	
BONSITY INJ 560/2.24	110	3 mg	130
BOOSTRIX INJ	147	<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd</i>	
<i>bortezomib for inj 3.5 mg</i>	35	aerosol 80-4.5 mcg/act	167
BORTEZOMIB INJ 1MG	35	<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd</i>	
BORTEZOMIB INJ 2.5MG	35	aerosol 160-4.5 mcg/act	167
<i>bosentan tab 62.5 mg</i>	67	<i>budesonide inhalation susp 0.5 mg/2ml</i>	167
<i>bosentan tab 125 mg</i>	67	<i>budesonide inhalation susp 0.25 mg/2ml</i> ..	167
<i>bosentan tab for oral susp 32 mg</i>	67	<i>budesonide nasal susp 32 mcg/act</i>	166
BOSULIF CAP 50MG	35	<i>budesonide tab er 24hr 9 mg</i>	130
BOSULIF CAP 100MG	35	<i>bumetanide inj 0.25 mg/ml</i>	64
BOSULIF TAB 100MG	35	<i>bumetanide tab 0.5 mg</i>	64
BOSULIF TAB 400MG	35	<i>bumetanide tab 1 mg</i>	64
BOSULIF TAB 500MG	35	<i>bumetanide tab 2 mg</i>	64
BP VIT 3 CAP	153	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	
BRAFTOVI CAP 75MG	35	2-0.5 mg (base equiv)	102
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG	167	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	
BREO ELLIPTA INH 100-25	167	4-1 mg (base equiv)	102
BREO ELLIPTA INH 200-25	167	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	
<i>breyana</i>	167	8-2 mg (base equiv)	102
BREZTRI AERO AER SPHERE	159	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	
BREZTRI AERO AER SPHERE		12-3 mg (base equiv)	102
(INSTITUTIONAL PACK)	159	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i>	
<i>briellyn</i>	111	2-0.5 mg (base equiv)	102
BRILINTA TAB 60MG	139	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i>	
BRILINTA TAB 90MG	139	8-2 mg (base equiv)	102
<i>brimonidine tartrate ophth soln 0.2%</i>	157	<i>buprenorphine hcl sl tab 2 mg (base equiv)</i> 102	
<i>brimonidine tartrate ophth soln 0.15%</i>	157	<i>buprenorphine hcl sl tab 8 mg (base equiv)</i> 102	
<i>brinzolamide ophth susp 1%</i>	157	<i>buprenorphine td patch weekly 5 mcg/hr</i>	6
BRIVIACT SOL 10MG/ML	85	<i>buprenorphine td patch weekly 7.5 mcg/hr</i> ...	6
BRIVIACT TAB 10MG	85	<i>buprenorphine td patch weekly 10 mcg/hr</i>	6
BRIVIACT TAB 25MG	85	<i>buprenorphine td patch weekly 15 mcg/hr</i>	6
BRIVIACT TAB 50MG	86	<i>buprenorphine td patch weekly 20 mcg/hr</i> ...	6
BRIVIACT TAB 75MG	86	<i>bupropion hcl (smoking deterrent) tab er</i>	
BRIVIACT TAB 100MG	86	12hr 150 mg	102
<i>bromfenac sodium ophth soln 0.07% (base</i>		<i>bupropion hcl tab 75 mg</i>	71
equivalent)	156	<i>bupropion hcl tab 100 mg</i>	71
<i>bromfenac sodium ophth soln 0.075% (base</i>		<i>bupropion hcl tab er 12hr 100 mg</i>	71
equivalent)	156	<i>bupropion hcl tab er 12hr 150 mg</i>	71
		<i>bupropion hcl tab er 12hr 200 mg</i>	71

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>bupropion hcl tab er 24hr 150 mg</i>	71	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg</i>	51
<i>bupropion hcl tab er 24hr 300 mg</i>	71	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	51
<i>buspirone hcl tab 5 mg</i>	69	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</i>	51
<i>buspirone hcl tab 7.5 mg</i>	69	<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	51
<i>buspirone hcl tab 10 mg</i>	69	<i>captopril tab 12.5 mg</i>	51
<i>buspirone hcl tab 15 mg</i>	69	<i>captopril tab 25 mg</i>	51
<i>buspirone hcl tab 30 mg</i>	69	<i>captopril tab 50 mg</i>	51
<i>butorphanol tartrate inj 1 mg/ml</i>	7	<i>captopril tab 100 mg</i>	51
<i>butorphanol tartrate inj 2 mg/ml</i>	7	<i>carbamazepine cap er 12hr 100 mg</i>	86
C		<i>carbamazepine cap er 12hr 200 mg</i>	86
<i>cabergoline tab 0.5 mg</i>	121	<i>carbamazepine cap er 12hr 300 mg</i>	86
<i>CABOMETYX TAB 20MG</i>	35	<i>carbamazepine chew tab 100 mg</i>	86
<i>CABOMETYX TAB 40MG</i>	35	<i>carbamazepine chew tab 200 mg</i>	86
<i>CABOMETYX TAB 60MG</i>	35	<i>carbamazepine susp 100 mg/5ml</i>	86
<i>calcipotriene cream 0.005%</i>	171	<i>carbamazepine tab 200 mg</i>	86
<i>calcipotriene oint 0.005%</i>	171	<i>carbamazepine tab er 12hr 100 mg</i>	86
<i>calcipotriene soln 0.005% (50 mcg/ml)</i>	171	<i>carbamazepine tab er 12hr 200 mg</i>	86
<i>calcitonin (salmon) spray</i>	110	<i>carbamazepine tab er 12hr 400 mg</i>	86
<i>calcitrene</i>	171	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	76
<i>calcitriol cap 0.5 mcg</i>	125	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	76
<i>calcitriol cap 0.25 mcg</i>	125	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	76
<i>calcitriol (oral)</i>	125	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	77
<i>calcium antacid</i>	126	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	77
<i>calcium antacid extra str</i>	126	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	77
<i>CALCIUM CARB SUS 1250/5ML</i>	126	<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	76
<i>cal-gest antacid</i>	126	<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	76
<i>CALQUENCE TAB 100MG</i>	36	<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	76
<i>camila</i>	111	<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	76
<i>camrese</i>	111	<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	76
<i>camrese lo</i>	111	<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg</i>	76
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg</i>	54	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i>	76
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg</i>	54	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i>	76
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-25 mg</i>	54	<i>carboplatin iv soln 50 mg/5ml</i>	27
<i>candesartan cilexetil tab 4 mg</i>	55		
<i>candesartan cilexetil tab 8 mg</i>	55		
<i>candesartan cilexetil tab 16 mg</i>	55		
<i>candesartan cilexetil tab 32 mg</i>	55		
<i>CAPLYTA CAP 10.5MG</i>	79		
<i>CAPLYTA CAP 21MG</i>	79		
<i>CAPLYTA CAP 42MG</i>	79		
<i>CAPRELSA TAB 100MG</i>	36		
<i>CAPRELSA TAB 300MG</i>	36		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>carboplatin iv soln 150 mg/15ml</i>	27	<i>cefotetan disodium for inj 2 gm</i>	21
<i>carboplatin iv soln 450 mg/45ml</i>	27	<i>cefoxitin sodium for iv soln 1 gm</i>	21
<i>carboplatin iv soln 600 mg/60ml</i>	27	<i>cefoxitin sodium for iv soln 2 gm</i>	21
<i>carboxymethylcellulose sodium ophth soln</i>		<i>cefoxitin sodium for iv soln 10 gm</i>	21
0.5%	158	<i>cefpodoxime proxetil for susp 50 mg/5ml</i>	21
<i>carboxymethylcellulose sodium (pf) ophth</i>		<i>cefpodoxime proxetil for susp 100 mg/5ml</i> ..	21
soln 0.5%	158	<i>cefpodoxime proxetil tab 100 mg</i>	21
<i>carglumic acid soluble tab 200 mg</i>	121	<i>cefpodoxime proxetil tab 200 mg</i>	21
<i>carisoprodol tab 350 mg</i>	101	<i>cefprozil for susp 125 mg/5ml</i>	21
<i>carteolol hcl ophth soln 1%</i>	157	<i>cefprozil for susp 250 mg/5ml</i>	21
<i>cartia xt</i>	61	<i>cefprozil tab 250 mg</i>	21
<i>carvedilol tab 3.125 mg</i>	60	<i>cefprozil tab 500 mg</i>	21
<i>carvedilol tab 6.25 mg</i>	60	<i>ceftazidime for inj 1 gm</i>	21
<i>carvedilol tab 12.5 mg</i>	60	<i>ceftazidime for inj 6 gm</i>	21
<i>carvedilol tab 25 mg</i>	60	<i>ceftazidime for iv soln 2 gm</i>	21
<i>caspofungin acetate for iv soln 50 mg</i>	13	<i>ceftriaxone sodium for inj 1 gm</i>	21
<i>caspofungin acetate for iv soln 70 mg</i>	13	<i>ceftriaxone sodium for inj 2 gm</i>	21
CAYSTON INH 75MG	9	<i>ceftriaxone sodium for inj 10 gm</i>	21
<i>cefaclor cap 250 mg</i>	20	<i>ceftriaxone sodium for inj 250 mg</i>	21
<i>cefaclor cap 500 mg</i>	20	<i>ceftriaxone sodium for inj 500 mg</i>	21
<i>cefadroxil cap 500 mg</i>	20	<i>ceftriaxone sodium for iv soln 1 gm</i>	21
<i>cefadroxil for susp 250 mg/5ml</i>	20	<i>ceftriaxone sodium for iv soln 2 gm</i>	21
<i>cefadroxil for susp 500 mg/5ml</i>	20	<i>cefuroxime axetil tab 250 mg</i>	21
CEFAZOLIN/DEX SOL 1GM/50ML-4%	20	<i>cefuroxime axetil tab 500 mg</i>	21
CEFAZOLIN/DEX SOL 2GM/50ML-3%	20	<i>cefuroxime sodium for inj 750 mg</i>	21
CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/50ML-2%	20	<i>cefuroxime sodium for iv soln 1.5 gm</i>	21
CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/150ML-4%	20	<i>celecoxib cap 50 mg</i>	3
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	20	<i>celecoxib cap 100 mg</i>	4
CEFAZOLIN INJ 2GM	20	<i>celecoxib cap 200 mg</i>	4
CEFAZOLIN INJ 3GM	20	<i>celecoxib cap 400 mg</i>	4
<i>cefazolin sodium for inj 1 gm</i>	20	<i>cephalexin cap 250 mg</i>	21
<i>cefazolin sodium for inj 2 gm</i>	20	<i>cephalexin cap 500 mg</i>	21
<i>cefazolin sodium for inj 3 gm</i>	20	<i>cephalexin for susp 125 mg/5ml</i>	22
<i>cefazolin sodium for inj 10 gm</i>	20	<i>cephalexin for susp 250 mg/5ml</i>	22
<i>cefazolin sodium for inj 500 mg</i>	20	CEQUR SIMPL KIT PATCH 2U (3-DAY)	107
<i>cefazolin sodium for iv soln 1 gm</i>	20	CEQUR SIMPL KIT PATCH 2U (4-DAY)	107
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	20	CEQUR SIMPL MIS INSERTER	107
<i>cefdinir cap 300 mg</i>	20	CERDELGA CAP 84MG	121
<i>cefdinir for susp 125 mg/5ml</i>	20	CEREZYME INJ 400UNIT	121
<i>cefdinir for susp 250 mg/5ml</i>	20	<i>cetirizine hcl allergy ch</i>	160
<i>cefepime hcl for inj 1 gm</i>	20	<i>cetirizine hcl chew tab 5 mg</i>	160
<i>cefepime hcl for iv soln 2 gm</i>	20	<i>cetirizine hcl chew tab 10 mg</i>	160
<i>cefixime cap 400 mg</i>	21	<i>cetirizine hcl childrens</i>	160
<i>cefixime for susp 100 mg/5ml</i>	21	<i>cetirizine hcl oral soln 1 mg/ml (5 mg/5ml)</i> ..	160
<i>cefixime for susp 200 mg/5ml</i>	21	<i>cetirizine hcl tab 5 mg</i>	160
<i>cefotetan disodium for inj 1 gm</i>	21	<i>cetirizine hcl tab 10 mg</i>	160

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>cetirizine hydrochloride</i>	160	<i>ciprofloxacin hcl tab 750 mg (base equiv)</i>	23
<i>cevimeline hcl cap 30 mg</i>	175	<i>cisplatin inj 50 mg/50ml (1 mg/ml)</i>	27
<i>chateal eq</i>	111	<i>cisplatin inj 100 mg/100ml (1 mg/ml)</i>	27
CHEMET CAP 100MG	110	<i>cisplatin inj 200 mg/200ml (1 mg/ml)</i>	27
<i>childrens acetaminophen</i>	2	<i>citalopram hydrobromide oral soln</i>	
<i>childrens ibuprofen</i>	4	10 mg/5ml.....	72
<i>childrens loratadine</i>	160	<i>citalopram hydrobromide tab 10 mg (base</i>	
<i>chlorhexidine gluconate soln 0.12%</i>	175	equiv)	72
<i>chloroquine phosphate tab 250 mg</i>	14	<i>citalopram hydrobromide tab 20 mg (base</i>	
<i>chloroquine phosphate tab 500 mg</i>	14	equiv)	72
<i>chlorpromazine hcl conc 30 mg/ml</i>	79	<i>citalopram hydrobromide tab 40 mg (base</i>	
<i>chlorpromazine hcl conc 100 mg/ml</i>	79	equiv)	72
<i>chlorpromazine hcl inj 25 mg/ml</i>	79	<i>claravis</i>	168
<i>chlorpromazine hcl inj 50 mg/2ml</i>	79	<i>clarithromycin for susp 125 mg/5ml</i>	22
<i>chlorpromazine hcl tab 10 mg</i>	79	<i>clarithromycin for susp 250 mg/5ml</i>	22
<i>chlorpromazine hcl tab 25 mg</i>	79	<i>clarithromycin tab 250 mg</i>	22
<i>chlorpromazine hcl tab 50 mg</i>	79	<i>clarithromycin tab 500 mg</i>	22
<i>chlorpromazine hcl tab 100 mg</i>	79	<i>clarithromycin tab er 24hr 500 mg</i>	22
<i>chlorpromazine hcl tab 200 mg</i>	79	<i>clindamycin hcl cap 75 mg</i>	9
<i>chlorthalidone tab 25 mg</i>	64	<i>clindamycin hcl cap 150 mg</i>	9
<i>chlorthalidone tab 50 mg</i>	64	<i>clindamycin hcl cap 300 mg</i>	9
<i>cholestyramine light powder 4 gm/dose</i>	58	<i>clindamycin palmitate hcl for soln</i>	
<i>cholestyramine light powder packets 4 gm</i> .58		75 mg/5ml (base equiv)	9
<i>cholestyramine powder 4 gm/dose</i>	58	<i>clindamycin phosphate gel 1% (once-daily)</i> 168	
<i>cholestyramine powder packets 4 gm</i>	58	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i>	
CHROMIUM CL INJ 4MCG/ML	152	300 mg/50ml	9
<i>ciclopirox olamine cream 0.77% (base</i>		<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i>	
equiv)	169	600 mg/50ml	9
<i>ciclopirox olamine susp 0.77% (base</i>		<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i>	
equiv)	170	900 mg/50ml	9
<i>ciclopirox shampoo 1%</i>	170	<i>clindamycin phosphate inj 300 mg/2ml</i>	9
<i>cilostazol tab 50 mg</i>	138	<i>clindamycin phosphate inj 600 mg/4ml</i>	10
<i>cilostazol tab 100 mg</i>	138	<i>clindamycin phosphate inj 900 mg/6ml</i>	10
CILOXAN OIN 0.3% OP	155	<i>clindamycin phosphate lotion 1%</i>	168
CIMDUO TAB 300-300	16	<i>clindamycin phosphate soln 1%</i>	168
<i>cinacalcet hcl tab 30 mg (base equiv)</i>	121	<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2%</i> . 135	
<i>cinacalcet hcl tab 60 mg (base equiv)</i>	121	CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	10
<i>cinacalcet hcl tab 90 mg (base equiv)</i>	121	CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	10
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	23	CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	10
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	23	CLINIMIX INJ 4.25/D5W	152
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-</i>		CLINIMIX INJ 4.25/D10	152
0.1%	158	CLINIMIX INJ 5%/D15W	152
<i>ciprofloxacin hcl ophth soln 0.3% (base</i>		CLINIMIX INJ 5%/D20W	152
equivalent)	155	CLINIMIX INJ 6/5	152
<i>ciprofloxacin hcl tab 250 mg (base equiv)</i>	23	CLINIMIX INJ 8/10	152
<i>ciprofloxacin hcl tab 500 mg (base equiv)</i> ...	23	CLINIMIX INJ 8/14	152

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>clinisol sf 15%</i>	152	<i>clozapine orally disintegrating tab 200 mg</i> ..	79
CLINOLIPID EMU 20%	152	<i>clozapine tab 25 mg</i>	79
<i>clobazam suspension 2.5 mg/ml</i>	86	<i>clozapine tab 50 mg</i>	79
<i>clobazam tab 10 mg</i>	86	<i>clozapine tab 100 mg</i>	79
<i>clobazam tab 20 mg</i>	86	<i>clozapine tab 200 mg</i>	79
<i>clobetasol propionate cream 0.05%</i>	172	COARTEM TAB 20-120MG.....	14
<i>clobetasol propionate e</i>	172	COBENFY CAP 50-20MG	79
<i>clobetasol propionate gel 0.05%</i>	172	COBENFY CAP 100-20MG	79
<i>clobetasol propionate oint 0.05%</i>	172	COBENFY CAP 125-30MG.....	79
<i>clobetasol propionate soln 0.05%</i>	172	COBENFY STRT CAP PACK.....	79
<i>clomipramine hcl cap 25 mg</i>	72	COLACE CAP 100MG.....	130
<i>clomipramine hcl cap 50 mg</i>	72	<i>colchicine cap 0.6 mg</i>	1
<i>clomipramine hcl cap 75 mg</i>	72	<i>colchicine tab 0.6 mg</i>	1
<i>clonazepam orally disintegrating tab</i> <i>0.5 mg</i>	86	<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	1
<i>clonazepam orally disintegrating tab</i> <i>0.25 mg</i>	86	<i>colesevelam hcl packet for susp 3.75 gm</i>	58
<i>clonazepam orally disintegrating tab</i> <i>0.125 mg</i>	86	<i>colesevelam hcl tab 625 mg</i>	58
<i>clonazepam orally disintegrating tab 1 mg</i> ...	86	<i>colestipol hcl granule packets 5 gm</i>	58
<i>clonazepam orally disintegrating tab 2 mg</i> ..	86	<i>colestipol hcl granules 5 gm</i>	58
<i>clonazepam tab 0.5 mg</i>	86	<i>colestipol hcl tab 1 gm</i>	58
<i>clonazepam tab 1 mg</i>	86	<i>colistimethate sod for inj 150 mg (colistin</i> <i>base activity)</i>	10
<i>clonazepam tab 2 mg</i>	86	COMBIGAN SOL 0.2/0.5%.....	157
<i>clonidine hcl tab 0.1 mg</i>	65	COMBIVENT AER 20-100	159
<i>clonidine hcl tab 0.2 mg</i>	65	COMETRIQ (60MG DOSE).....	36
<i>clonidine hcl tab 0.3 mg</i>	65	COMETRIQ KIT 100MG	36
<i>clonidine td patch weekly 0.1 mg/24hr</i>	65	COMETRIQ KIT 140MG	36
<i>clonidine td patch weekly 0.2 mg/24hr</i>	65	COMPLERA TAB	16
<i>clonidine td patch weekly 0.3 mg/24hr</i>	65	<i>compro</i>	127
<i>clopidogrel bisulfate tab 75 mg (base</i> <i>equiv)</i>	139	<i>constulose</i>	130
<i>clorazepate dipotassium tab 3.75 mg</i>	86	COPAXONE INJ 20MG/ML	100
<i>clorazepate dipotassium tab 7.5 mg</i>	87	COPAXONE INJ 40MG/ML	100
<i>clorazepate dipotassium tab 15 mg</i>	87	COPIKTRA CAP 15MG.....	36
<i>clotrimazole antifungal</i>	170	COPIKTRA CAP 25MG	36
<i>clotrimazole cream 1%</i>	170	COPPER INJ 0.4MG/ML	152
<i>clotrimazole soln 1%</i>	170	CORLANOR SOL 5MG/5ML.....	65
<i>clotrimazole troche 10 mg</i>	175	<i>corvita</i>	153
<i>clotrimazole vaginal cream 1%</i>	135	COSENTYX INJ 75MG/0.5	140
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i> <i>1-0.05%</i>	170	COSENTYX INJ 125/5ML.....	140
<i>clozapine orally disintegrating tab 12.5 mg</i> ..	79	COSENTYX INJ 150MG/ML	140
<i>clozapine orally disintegrating tab 25 mg</i>	79	COSENTYX INJ 300DOSE.....	140
<i>clozapine orally disintegrating tab 100 mg</i> ...	79	COSENTYX PEN INJ 150MG/ML.....	140
<i>clozapine orally disintegrating tab 150 mg</i> ...	79	COSENTYX PEN INJ 300DOSE	140
		COSENTYX UNO INJ 300/2ML	140
		COTELIC TAB 20MG.....	36
		CREON CAP 3000UNIT	132
		CREON CAP 6000UNIT	132

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
CREON CAP 12000UNT	132	D10W/NACL INJ 0.2%	148
CREON CAP 24000UNT	132	dabigatran etexilate mesylate cap 75 mg (etexilate base eq)	136
CREON CAP 36000UNT	132	dabigatran etexilate mesylate cap 110 mg (etexilate base eq)	136
cromolyn sodium nasal aerosol soln 5.2 mg/ act (4%)	164	dabigatran etexilate mesylate cap 150 mg (etexilate base eq)	136
cromolyn sodium ophth soln 4%	156	dalfampridine tab er 12hr 10 mg	100
cromolyn sodium oral conc 100 mg/5ml....	132	danazol cap 50 mg	104
cromolyn sodium soln nebu 20 mg/2ml....	164	danazol cap 100 mg	104
cryselle-28	111	danazol cap 200 mg	104
cyanocobalamin inj 1000 mcg/ml	153	dantrolene sodium cap 25 mg	101
cyclobenzaprine hcl tab 5 mg	101	dantrolene sodium cap 50 mg	101
cyclobenzaprine hcl tab 10 mg	101	dantrolene sodium cap 100 mg	101
CYCLOPHOSPHA INJ 2GM/10ML	27	DANZITEN TAB 71MG	36
CYCLOPHOSPHA INJ 500/2.5	27	DANZITEN TAB 95MG	36
cyclophosphamide cap 25 mg	27	dapsone tab 25 mg	10
cyclophosphamide cap 50 mg	27	dapsone tab 100 mg	10
cyclophosphamide for inj 1 gm	27	DAPTACEL INJ	147
cyclophosphamide for inj 2 gm	27	daptomycin for iv soln 350 mg	10
cyclophosphamide for inj 500 mg	27	daptomycin for iv soln 500 mg	10
CYCLOPHOSPH INJ 1GM/2ML	27	DAPTOMYCIN INJ 350MG	10
CYCLOPHOSPH INJ 1GM/5ML	27	darunavir tab 600 mg	15
CYCLOPHOSPH INJ 2GM/4ML	27	darunavir tab 800 mg	15
CYCLOPHOSPH INJ 500/5ML	27	dasatinib tab 20 mg	36
CYCLOPHOSPH INJ 500MG/ML	27	dasatinib tab 50 mg	36
CYCLOPHOSPH INJ 1000MG	27	dasatinib tab 70 mg	36
CYCLOPHOSPH INJ 2000MG	27	dasatinib tab 80 mg	36
CYCLOPHOSPH TAB 25MG	27	dasatinib tab 100 mg	36
CYCLOPHOSPH TAB 50MG	27	dasatinib tab 140 mg	36
cycloserine cap 250 mg	18	dasetta 1/35	112
cyclosporine cap 25 mg	146	dasetta 7/7/7	112
cyclosporine cap 100 mg	146	DAURISMO TAB 25MG	36
cyclosporine modified cap 25 mg	146	DAURISMO TAB 100MG	37
cyclosporine modified cap 50 mg	146	daysee	112
cyclosporine modified cap 100 mg	146	DAYVIGO TAB 5MG	96
cyclosporine modified oral soln 100 mg/ml	146	DAYVIGO TAB 10MG	96
cyproheptadine hcl syrup 2 mg/5ml	160	deblitane	112
cyproheptadine hcl tab 4 mg	160	deferasirox tab 90 mg	110
cyred eq	111	deferasirox tab 180 mg	110
CYSTADROPS SOL 0.37%	158	deferasirox tab 360 mg	110
CYSTAGON CAP 50MG	121	deferasirox tab for oral susp 125 mg	110
CYSTAGON CAP 150MG	121	deferasirox tab for oral susp 250 mg	110
CYSTARAN SOL 0.44%	158	deferasirox tab for oral susp 500 mg	110
cytarabine inj 20 mg/ml	28	DELSTRIGO TAB	16
D		DENG VAXIA SUS	147
D2.5W/NACL INJ 0.45%	148		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
DEPO-SQ PROV INJ 104	112	dexamethasone sod phosphate preservative free inj 10 mg/ml	119
depo-testosterone	104	dexamethasone soln 0.5 mg/5ml.....	119
DESCOVY TAB 120-15MG	16	dexamethasone tab 0.5 mg.....	119
DESCOVY TAB 200/25MG	17	dexamethasone tab 0.75 mg.....	119
desipramine hcl tab 10 mg.....	72	dexamethasone tab 1.5 mg.....	119
desipramine hcl tab 25 mg	72	dexamethasone tab 1 mg.....	119
desipramine hcl tab 50 mg	72	dexamethasone tab 2 mg	119
desipramine hcl tab 75 mg	72	dexamethasone tab 4 mg	119
desipramine hcl tab 100 mg	72	dexamethasone tab 6 mg	119
desipramine hcl tab 150 mg	72	dexmethylphenidate hcl tab 2.5 mg	96
desmopressin acetate inj 4 mcg/ml.....	121	dexmethylphenidate hcl tab 5 mg	96
desmopressin acetate nasal spray soln 0.01%	121	dexmethylphenidate hcl tab 10 mg	96
desmopressin acetate nasal spray soln 0.01% (refrigerated).....	121	dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45% .	148
desmopressin acetate preservative free (pf) inj 4 mcg/ml.....	121	dextrose 5% in lactated ringers	148
desmopressin acetate tab 0.1 mg.....	121	dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%	148
desmopressin acetate tab 0.2 mg	121	dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%	149
desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)	112	dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%	149
desvenlafaxine succinate tab er 24hr 25 mg (base equiv)	72	dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%	149
desvenlafaxine succinate tab er 24hr 50 mg (base equiv)	72	dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225% ..	149
desvenlafaxine succinate tab er 24hr 100 mg (base equiv)	72	dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45% ..	149
DEXAMETHASON CON 1MG/ML	119	dextrose inj 5%	152
dexamethasone elixir 0.5 mg/5ml.....	119	dextrose inj 10%.....	152
dexamethasone sodium phosphate inj 4 mg/ml.....	119	dextrose inj 50%.....	152
dexamethasone sodium phosphate inj 10 mg/ml	119	dextrose inj 70%.....	152
dexamethasone sodium phosphate inj 20 mg/5ml	119	DIACOMIT CAP 250MG	87
dexamethasone sodium phosphate inj 100 mg/10ml.....	119	DIACOMIT CAP 500MG.....	87
dexamethasone sodium phosphate inj 120 mg/30ml	119	DIACOMIT PAK 250MG	87
dexamethasone sodium phosphate inj soln pref syr 4 mg/ml.....	119	DIACOMIT PAK 500MG	87
dexamethasone sodium phosphate ophth soln 0.1%	156	dialyvite	153
dexamethasone sod phos inj sol pref syr 10 mg/ml (pf)	119	DIALYVITE TAB 3000	153
		DIALYVITE TAB 5000	153
		DIALYVITE TAB SUPREM D.....	153
		DIALYVITE/ TAB ZINC	153
		diazepam inj	87
		diazepam intensol.....	87
		diazepam oral soln 1 mg/ml.....	87
		diazepam rectal gel delivery system 2.5 mg	87
		diazepam rectal gel delivery system 10 mg .	87
		diazepam rectal gel delivery system 20 mg.	87
		diazepam tab 2 mg	87
		diazepam tab 5 mg	88
		diazepam tab 10 mg	88
		diazoxide susp 50 mg/ml	121
		diclofenac potassium tab 50 mg	4
		diclofenac sodium ophth soln 0.1%.....	156

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>diclofenac sodium soln 1.5%.....</i>	<i>174</i>	<i>diltiazem hcl extended release beads cap er</i>	
<i>diclofenac sodium tab delayed release</i>		<i>24hr 300 mg.....</i>	<i>62</i>
<i>25 mg.....</i>	<i>4</i>	<i>diltiazem hcl extended release beads cap er</i>	
<i>diclofenac sodium tab delayed release</i>		<i>24hr 360 mg.....</i>	<i>62</i>
<i>50 mg.....</i>	<i>4</i>	<i>diltiazem hcl extended release beads cap er</i>	
<i>diclofenac sodium tab delayed release</i>		<i>24hr 420 mg.....</i>	<i>62</i>
<i>75 mg.....</i>	<i>4</i>	<i>diltiazem hcl iv soln 25 mg/5ml (5 mg/ml) ...</i>	<i>62</i>
<i>diclofenac sodium tab er 24hr 100 mg.....</i>	<i>4</i>	<i>diltiazem hcl iv soln 50 mg/10ml (5 mg/ml) .</i>	<i>62</i>
<i>dicloxacillin sodium cap 250 mg.....</i>	<i>25</i>	<i>diltiazem hcl iv soln 125 mg/25ml (5 mg/ml)</i>	<i>62</i>
<i>dicloxacillin sodium cap 500 mg.....</i>	<i>25</i>	<i>diltiazem hcl tab 30 mg.....</i>	<i>62</i>
<i>dicyclomine hcl cap 10 mg.....</i>	<i>129</i>	<i>diltiazem hcl tab 60 mg.....</i>	<i>62</i>
<i>dicyclomine hcl oral soln 10 mg/5ml.....</i>	<i>129</i>	<i>diltiazem hcl tab 90 mg.....</i>	<i>62</i>
<i>dicyclomine hcl tab 20 mg.....</i>	<i>129</i>	<i>diltiazem hcl tab 120 mg.....</i>	<i>62</i>
<i>diethylpropion hcl tab 25 mg.....</i>	<i>109</i>	<i>dilt-xr.....</i>	<i>61</i>
<i>diethylpropion hcl tab er 24hr 75 mg.....</i>	<i>109</i>	<i>diphenhydramine hcl cap 25 mg.....</i>	<i>160</i>
<i>DIFICID SUS.....</i>	<i>22</i>	<i>diphenhydramine hcl cap 50 mg.....</i>	<i>160</i>
<i>DIFICID TAB 200MG.....</i>	<i>22</i>	<i>diphenhydramine hcl inj 50 mg/ml.....</i>	<i>160</i>
<i>diflunisal tab 500 mg.....</i>	<i>4</i>	<i>diphenhydramine hcl liquid 12.5 mg/5ml ...</i>	<i>160</i>
<i>digoxin inj 0.25 mg/ml.....</i>	<i>65</i>	<i>diphenhydramine hcl tab 25 mg.....</i>	<i>160</i>
<i>digoxin oral soln 0.05 mg/ml.....</i>	<i>65</i>	<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-</i>	
<i>digoxin tab 125 mcg (0.125 mg).....</i>	<i>65</i>	<i>0.025 mg/5ml.....</i>	<i>132</i>
<i>digoxin tab 250 mcg (0.25 mg).....</i>	<i>65</i>	<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-</i>	
<i>dihydroergotamine mesylate inj 1 mg/ml.....</i>	<i>97</i>	<i>0.025 mg.....</i>	<i>132</i>
<i>dihydroergotamine mesylate nasal spray</i>		<i>DIP/TET PED INJ 25-5LFU.....</i>	<i>147</i>
<i>4 mg/ml.....</i>	<i>98</i>	<i>dipyridamole tab 25 mg.....</i>	<i>139</i>
<i>DILANTIN CAP 30MG.....</i>	<i>88</i>	<i>dipyridamole tab 50 mg.....</i>	<i>139</i>
<i>diltiazem hcl cap er 12hr 60 mg.....</i>	<i>62</i>	<i>dipyridamole tab 75 mg.....</i>	<i>139</i>
<i>diltiazem hcl cap er 12hr 90 mg.....</i>	<i>62</i>	<i>disopyramide phosphate cap 100 mg.....</i>	<i>56</i>
<i>diltiazem hcl cap er 12hr 120 mg.....</i>	<i>62</i>	<i>disopyramide phosphate cap 150 mg.....</i>	<i>56</i>
<i>diltiazem hcl coated beads cap er 24hr</i>		<i>disulfiram tab 250 mg.....</i>	<i>102</i>
<i>120 mg.....</i>	<i>62</i>	<i>disulfiram tab 500 mg.....</i>	<i>102</i>
<i>diltiazem hcl coated beads cap er 24hr</i>		<i>divalproex sodium cap delayed release</i>	
<i>180 mg.....</i>	<i>62</i>	<i>sprinkle 125 mg.....</i>	<i>88</i>
<i>diltiazem hcl coated beads cap er 24hr</i>		<i>divalproex sodium tab delayed release</i>	
<i>240 mg.....</i>	<i>62</i>	<i>125 mg.....</i>	<i>88</i>
<i>diltiazem hcl coated beads cap er 24hr</i>		<i>divalproex sodium tab delayed release</i>	
<i>300 mg.....</i>	<i>62</i>	<i>250 mg.....</i>	<i>88</i>
<i>diltiazem hcl coated beads cap er 24hr</i>		<i>divalproex sodium tab delayed release</i>	
<i>360 mg.....</i>	<i>62</i>	<i>500 mg.....</i>	<i>88</i>
<i>diltiazem hcl extended release beads cap er</i>		<i>divalproex sodium tab er 24 hr 250 mg.....</i>	<i>88</i>
<i>24hr 120 mg.....</i>	<i>62</i>	<i>divalproex sodium tab er 24 hr 500 mg.....</i>	<i>88</i>
<i>diltiazem hcl extended release beads cap er</i>		<i>docetaxel for inj conc 20 mg/ml.....</i>	<i>33</i>
<i>24hr 180 mg.....</i>	<i>62</i>	<i>docetaxel for inj conc 80 mg/4ml</i>	
<i>diltiazem hcl extended release beads cap er</i>		<i>(20 mg/ml).....</i>	<i>33</i>
<i>24hr 240 mg.....</i>	<i>62</i>	<i>docetaxel for inj conc 160 mg/8ml</i>	
		<i>(20 mg/ml).....</i>	<i>33</i>

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
DOCETAXEL INJ 20MG/2ML	33	doxorubicin hcl liposomal susp (for iv infusion) 2 mg/ml	32
DOCETAXEL INJ 80MG/4ML	33	doxy 100	26
DOCETAXEL INJ 80MG/8ML	33	doxycycline hyclate cap 50 mg	26
DOCETAXEL INJ 160/8ML	33	doxycycline hyclate cap 100 mg	26
DOCETAXEL INJ 160/16ML	33	doxycycline hyclate for inj 100 mg	26
docetaxel soln for iv infusion 20 mg/2ml	33	doxycycline hyclate tab 20 mg	26
docetaxel soln for iv infusion 80 mg/8ml	33	doxycycline hyclate tab 100 mg	26
docetaxel soln for iv infusion 160 mg/16ml	33	doxycycline monohydrate cap 50 mg	26
DOCIVYX INJ 20MG/2ML	33	doxycycline monohydrate cap 100 mg	26
DOCIVYX INJ 80MG/8ML	33	doxycycline monohydrate for susp 25 mg/5ml	26
DOCIVYX INJ 160/16ML	33	doxycycline monohydrate tab 50 mg	26
docusate calcium cap 240 mg	130	doxycycline monohydrate tab 75 mg	26
docusate sodium cap 100 mg	130	doxycycline monohydrate tab 100 mg	26
docusate sodium cap 250 mg	130	DRISDOL CAP 50000UNT	153
docusate sodium liquid 150 mg/15ml	130	DRIZALMA CAP 20MG DR	72
dofetilide cap 125 mcg (0.125 mg)	56	DRIZALMA CAP 30MG DR	72
dofetilide cap 250 mcg (0.25 mg)	56	DRIZALMA CAP 40MG DR	72
dofetilide cap 500 mcg (0.5 mg)	56	DRIZALMA CAP 60MG DR	72
dolishale	112	dronabinol cap 2.5 mg	127
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg	69	dronabinol cap 5 mg	127
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg	69	dronabinol cap 10 mg	127
donepezil hydrochloride tab 5 mg	69	drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg	112
donepezil hydrochloride tab 10 mg	69	drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg	112
DOPTelet TAB 20MG	138	drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.02-0.451 mg	112
dorzolamide hcl ophth soln 2%	157	drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.03-0.451 mg	112
dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 2-0.5%	157	DROXIA CAP 200MG	138
dotti	117	DROXIA CAP 300MG	138
DOVATO TAB 50-300MG	17	DROXIA CAP 400MG	138
doxazosin mesylate tab 1 mg	53	droxidopa cap 100 mg	65
doxazosin mesylate tab 2 mg	53	droxidopa cap 200 mg	65
doxazosin mesylate tab 4 mg	53	droxidopa cap 300 mg	65
doxazosin mesylate tab 8 mg	53	DULERA AER 50-5MCG	168
doxepin hcl cap 10 mg	72	DULERA AER 100-5MCG	168
doxepin hcl cap 25 mg	72	DULERA AER 200-5MCG	168
doxepin hcl cap 50 mg	72	duloxetine hcl enteric coated pellets cap 20 mg (base eq)	73
doxepin hcl cap 75 mg	72	duloxetine hcl enteric coated pellets cap 30 mg (base eq)	73
doxepin hcl cap 100 mg	72	duloxetine hcl enteric coated pellets cap 60 mg (base eq)	73
doxepin hcl cap 150 mg	72		
doxepin hcl conc 10 mg/ml	72		
doxepin hcl (sleep) tab 3 mg (base equiv)	96		
doxepin hcl (sleep) tab 6 mg (base equiv)	96		
doxorubicin hcl inj 2 mg/ml	32		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
DUPIXENT INJ 200/1.14	140	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i>	
DUPIXENT INJ 200MG.....	140	<i>tab 200-300 mg</i>	17
DUPIXENT INJ 300/2ML.....	140	EMTRIVA SOL 10MG/ML	15
<i>dutasteride cap 0.5 mg</i>	134	EMVERM CHW 100MG	10
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i>	134	<i>emzahh</i>	112
E		<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>ec-naproxen</i>	4	<i>5-12.5 mg</i>	51
<i>econazole nitrate cream 1%</i>	170	<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>econtra one-step</i>	112	<i>10-25 mg</i>	51
<i>ed-apap</i>	2	<i>enalapril maleate tab 2.5 mg</i>	52
<i>ed chlorped jr</i>	160	<i>enalapril maleate tab 5 mg</i>	52
EDURANT PED TAB 2.5MG.....	15	<i>enalapril maleate tab 10 mg</i>	52
EDURANT TAB 25MG	15	<i>enalapril maleate tab 20 mg</i>	52
<i>e.e.s. 400</i>	22	ENBREL INJ 25/0.5ML	140
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-</i>		ENBREL INJ 25MG.....	140
<i>200-300 mg</i>	17	ENBREL INJ 50MG/ML.....	140
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-</i>		ENBREL MINI INJ 50MG/ML.....	141
<i>300-300 mg</i>	17	ENBREL SRCLK INJ 50MG/ML.....	141
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-</i>		<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	7
<i>300-300 mg</i>	17	<i>endocet tab 5-325mg</i>	7
<i>efavirenz tab 600 mg</i>	15	<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	7
ELIGARD INJ 7.5MG	30	<i>endocet tab 10-325mg</i>	7
ELIGARD INJ 22.5MG.....	30	<i>enema ready-to-use</i>	131
ELIGARD INJ 30MG.....	30	ENERGIX-B INJ 10/0.5ML	147
ELIGARD INJ 45MG.....	30	ENERGIX-B INJ 20MCG/ML.....	147
<i>elinest</i>	112	<i>enilloring</i>	112
ELIQUIS ST P TAB 5MG	136	ENLYTE CAP	153
ELIQUIS TAB 2.5MG.....	136	<i>enoxaparin sodium inj 300 mg/3ml</i>	136
ELIQUIS TAB 5MG.....	136	<i>enoxaparin sodium inj soln pref syr</i>	
<i>eluryng</i>	112	<i>30 mg/0.3ml</i>	136
EMGALITY INJ 100MG/ML	98	<i>enoxaparin sodium inj soln pref syr</i>	
EMGALITY INJ 120MG/ML.....	98	<i>40 mg/0.4ml</i>	136
EMSAM DIS 6MG/24HR	73	<i>enoxaparin sodium inj soln pref syr</i>	
EMSAM DIS 9MG/24HR	73	<i>60 mg/0.6ml</i>	136
EMSAM DIS 12MG/24H.....	73	<i>enoxaparin sodium inj soln pref syr</i>	
<i>emtricitabine caps 200 mg</i>	15	<i>80 mg/0.8ml</i>	136
<i>emtricitabine-rilpivirine-tenofovir df tab 200-</i>		<i>enoxaparin sodium inj soln pref syr</i>	
<i>25-300 mg</i>	17	<i>100 mg/ml</i>	136
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i>		<i>enoxaparin sodium inj soln pref syr</i>	
<i>tab 100-150 mg</i>	17	<i>120 mg/0.8ml</i>	136
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i>		<i>enoxaparin sodium inj soln pref syr</i>	
<i>tab 133-200 mg</i>	17	<i>150 mg/ml</i>	136
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i>		<i>enpresse-28</i>	112
<i>tab 167-250 mg</i>	17	<i>enskyce</i>	112
		ENSTILAR AER	171
		<i>entacapone tab 200 mg</i>	77

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>entecavir tab 0.5 mg</i>	18	<i>erythromycin tab delayed release 500 mg</i> ..	23
<i>entecavir tab 1 mg</i>	18	<i>erythromycin w/ delayed release particles</i>	
ENTRESTO CAP 6-6MG	54	<i>cap 250 mg</i>	23
ENTRESTO CAP 15-16MG	54	ERZOFRI INJ 39/0.25	80
<i>enulose</i>	131	ERZOFRI INJ 78/0.5ML	80
EPCLUSA PAK 150-37.5	18	ERZOFRI INJ 117/0.75	80
EPCLUSA PAK 200-50MG	18	ERZOFRI INJ 156MG/ML.....	80
EPCLUSA TAB 200-50MG.....	18	ERZOFRI INJ 234/1.5	80
EPCLUSA TAB 400-100	18	ERZOFRI INJ 351/2.25	80
EPIDIOLEX SOL 100MG/ML	88	<i>escitalopram oxalate soln 5 mg/5ml (base</i>	
<i>epinephrine inj 1 mg/ml (1\1000)</i>	65	<i>equiv)</i>	73
<i>epinephrine solution auto-injector</i>		<i>escitalopram oxalate tab 5 mg (base equiv)</i>	73
<i>0.3 mg/0.3ml (1\1000)</i>	164	<i>escitalopram oxalate tab 10 mg (base</i>	
<i>epinephrine solution auto-injector</i>		<i>equiv)</i>	73
<i>0.15 mg/0.3ml (1\2000)</i>	164	<i>escitalopram oxalate tab 20 mg (base</i>	
<i>epinephrine solution auto-injector</i>		<i>equiv)</i>	73
<i>0.15 mg/0.15ml (1\1000)</i>	164	<i>eslicarbazepine acetate tab 200 mg</i>	88
<i>epitol tab 200mg</i>	88	<i>eslicarbazepine acetate tab 400 mg</i>	88
<i>eplerenone tab 25 mg</i>	52	<i>eslicarbazepine acetate tab 600 mg</i>	88
<i>eplerenone tab 50 mg</i>	52	<i>eslicarbazepine acetate tab 800 mg</i>	88
EPRONTIA SOL 25MG/ML	88	<i>esomeprazole magnesium cap delayed</i>	
<i>ergocalciferol cap 1.25 mg (50000 unit)</i> ...	153	<i>release 20 mg (base eq)</i>	133
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	98	<i>esomeprazole magnesium cap delayed</i>	
ERIVEDGE CAP 150MG	37	<i>release 40 mg (base eq)</i>	133
ERLEADA TAB 60MG.....	30	<i>estarylla</i>	112
ERLEADA TAB 240MG	30	<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-</i>	
<i>erlotinib hcl tab 25 mg (base equivalent)</i>	37	<i>0.1 mg</i>	117
<i>erlotinib hcl tab 100 mg (base equivalent)</i>	37	<i>estradiol & norethindrone acetate tab</i>	
<i>erlotinib hcl tab 150 mg (base equivalent)</i>	37	<i>1-0.5 mg</i>	117
<i>errin</i>	112	<i>estradiol tab 0.5 mg</i>	117
<i>ertapenem sodium for inj 1 gm (base</i>		<i>estradiol tab 1 mg</i>	117
<i>equivalent)</i>	10	<i>estradiol tab 2 mg</i>	117
<i>ery</i>	169	<i>estradiol td patch twice weekly</i>	
<i>ery-tab tab 250mg ec</i>	22	<i>0.1 mg/24hr</i>	117
<i>ery-tab tab 333mg ec</i>	22	<i>estradiol td patch twice weekly</i>	
<i>ery-tab tab 500mg ec</i>	22	<i>0.05 mg/24hr</i>	118
ERYTHROCIN INJ 500MG.....	22	<i>estradiol td patch twice weekly</i>	
<i>erythromycin ethylsuccinate tab 400 mg</i>	22	<i>0.025 mg/24hr</i>	118
<i>erythromycin gel 2%</i>	169	<i>estradiol td patch twice weekly</i>	
<i>erythromycin lactobionate for inj 500 mg</i>	22	<i>0.075 mg/24hr</i>	118
<i>erythromycin ophth oint 5 mg/gm</i>	155	<i>estradiol td patch twice weekly</i>	
<i>erythromycin soln 2%</i>	169	<i>0.0375 mg/24hr</i>	118
<i>erythromycin tab 250 mg</i>	22	<i>estradiol td patch weekly 0.1 mg/24hr</i>	118
<i>erythromycin tab 500 mg</i>	22	<i>estradiol td patch weekly 0.05 mg/24hr</i>	118
<i>erythromycin tab delayed release 250 mg</i> ...22		<i>estradiol td patch weekly 0.06 mg/24hr</i>	118
<i>erythromycin tab delayed release 333 mg</i> ...23		<i>estradiol td patch weekly 0.025 mg/24hr</i> ...	118

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
estradiol td patch weekly 0.075 mg/24hr....	118	EYSUVIS DRO 0.25%.....	158
estradiol td patch weekly 0.0375 mg/24hr (37.5 mcg/24hr).....	118	ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg.....	58
estradiol vaginal cream 0.01%	118	ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg	59
estradiol vaginal tab 10 mcg.....	118	ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg	59
estradiol valerate im in oil 10 mg/ml.....	118	ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg	59
estradiol valerate im in oil 20 mg/ml	118	ezetimibe tab 10 mg	58
estradiol valerate im in oil 40 mg/ml	118	F	
eszopiclone tab 1 mg	96	FABRAZYME INJ 5MG	121
eszopiclone tab 2 mg	96	FABRAZYME INJ 35MG	122
eszopiclone tab 3 mg	97	falmina.....	112
ethambutol hcl tab 100 mg.....	18	famciclovir tab 125 mg	18
ethambutol hcl tab 400 mg.....	18	famciclovir tab 250 mg	18
ethosuximide cap 250 mg	88	famciclovir tab 500 mg	18
ethosuximide soln 250 mg/5ml.....	88	famotidine for susp 40 mg/5ml	129
ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg.....	112	famotidine inj 40 mg/4ml	129
etodolac cap 200 mg	4	famotidine inj 200 mg/20ml.....	129
etodolac cap 300 mg	4	famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml.....	129
etodolac tab 400 mg.....	4	famotidine maximum streng	129
etodolac tab 500 mg	4	famotidine original stren	129
etodolac tab er 24hr 400 mg	4	famotidine preservative free inj 20 mg/2ml	129
etodolac tab er 24hr 500 mg.....	4	famotidine tab 10 mg.....	129
etodolac tab er 24hr 600 mg	4	famotidine tab 20 mg	129
etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12- 0.015 mg/24hr	112	famotidine tab 40 mg.....	129
etoposide inj 1 gm/50ml (20 mg/ml).....	33	FANAPT PAK PACK A	80
etoposide inj 100 mg/5ml (20 mg/ml)	33	FANAPT PAK PACK B	80
etoposide inj 500 mg/25ml (20 mg/ml)	33	FANAPT PAK PACK C	80
etravirine tab 100 mg.....	15	FANAPT TAB 1MG	80
etravirine tab 200 mg	15	FANAPT TAB 2MG	80
EULEXIN CAP 125MG	30	FANAPT TAB 4MG	80
everolimus tab 0.5 mg.....	146	FANAPT TAB 6MG	80
everolimus tab 0.25 mg	146	FANAPT TAB 8MG	80
everolimus tab 0.75 mg.....	146	FANAPT TAB 10MG.....	80
everolimus tab 1 mg.....	146	FANAPT TAB 12MG	80
everolimus tab 2.5 mg	37	FARXIGA TAB 5MG.....	104
everolimus tab 5 mg	37	FARXIGA TAB 10MG	104
everolimus tab 7.5 mg	37	FASENRA INJ 10MG/0.5	164
everolimus tab 10 mg	37	FASENRA INJ 30MG/ML	164
everolimus tab for oral susp 2 mg	37	FASENRA PEN INJ 30MG/ML.....	164
everolimus tab for oral susp 3 mg	37	feirza tab 1.5/30	112
everolimus tab for oral susp 5 mg	37	feirza tab 1/20.....	112
EVOTAZ TAB 300-150	17	felbamate susp 600 mg/5ml.....	88
exemestane tab 25 mg	30	felbamate tab 400 mg.....	88
eye itch relief	156	felbamate tab 600 mg	88
		felodipine tab er 24hr 2.5 mg	63

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>felodipine tab er 24hr 5 mg</i>	63	<i>flecainide acetate tab 100 mg</i>	56
<i>felodipine tab er 24hr 10 mg</i>	63	<i>flecainide acetate tab 150 mg</i>	56
<i>fenofibrate micronized cap 67 mg</i>	57	<i>FLEET ENE</i>	131
<i>fenofibrate micronized cap 134 mg</i>	57	<i>FLEET ENE PED</i>	131
<i>fenofibrate micronized cap 200 mg</i>	57	<i>FLORIVA CHW 0.5MG</i>	153
<i>fenofibrate tab 48 mg</i>	57	<i>FLORIVA CHW 0.25MG</i>	153
<i>fenofibrate tab 54 mg</i>	57	<i>FLORIVA CHW 1MG</i>	153
<i>fenofibrate tab 145 mg</i>	57	<i>fluconazole for susp 10 mg/ml</i>	13
<i>fenofibrate tab 160 mg</i>	57	<i>fluconazole for susp 40 mg/ml</i>	13
<i>fentanyl td patch 72hr 12 mcg/hr</i>	6	<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml</i> ..	13
<i>fentanyl td patch 72hr 25 mcg/hr</i>	6	<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i> ..	13
<i>fentanyl td patch 72hr 37.5 mcg/hr</i>	6	<i>fluconazole tab 50 mg</i>	13
<i>fentanyl td patch 72hr 50 mcg/hr</i>	6	<i>fluconazole tab 100 mg</i>	13
<i>fentanyl td patch 72hr 62.5 mcg/hr</i>	6	<i>fluconazole tab 150 mg</i>	13
<i>fentanyl td patch 72hr 75 mcg/hr</i>	6	<i>fluconazole tab 200 mg</i>	13
<i>fentanyl td patch 72hr 87.5 mcg/hr</i>	6	<i>flucytosine cap 250 mg</i>	13
<i>fentanyl td patch 72hr 100 mcg/hr</i>	6	<i>flucytosine cap 500 mg</i>	13
<i>FETZIMA CAP 20MG</i>	73	<i>fludrocortisone acetate tab 0.1 mg</i>	119
<i>FETZIMA CAP 40MG</i>	73	<i>flunisolide nasal soln 25 mcg/act (0.025%)</i> ..	167
<i>FETZIMA CAP 80MG</i>	73	<i>fluocinolone acetonide cream 0.01%</i>	172
<i>FETZIMA CAP 120MG</i>	73	<i>fluocinolone acetonide cream 0.025%</i>	172
<i>FETZIMA CAP TITRATIO</i>	73	<i>fluocinolone acetonide oil 0.01% (body oil)</i> ..	172
<i>feverall adults</i>	2	<i>fluocinolone acetonide oil 0.01% (scalp oil)</i> ..	172
<i>feverall childrens</i>	2	<i>fluocinolone acetonide oint 0.025%</i>	172
<i>FEVERALL INF SUP 80MG</i>	2	<i>fluocinolone acetonide (otic) oil 0.01%</i>	158
<i>FEVERALL SUP 325MG</i>	2	<i>fluocinolone acetonide soln 0.01%</i>	172
<i>fexofenadine hcl tab 60 mg</i>	160	<i>fluocinonide cream 0.05%</i>	172
<i>fexofenadine hcl tab 180 mg</i>	160	<i>fluocinonide emulsified base cream 0.05%</i> ..	172
<i>FIASP FLEX INJ TOUCH</i>	107	<i>fluocinonide gel 0.05%</i>	172
<i>FIASP INJ 100/ML</i>	107	<i>fluocinonide oint 0.05%</i>	172
<i>FIASP PENFIL INJ U-100</i>	107	<i>fluocinonide soln 0.05%</i>	172
<i>FIASP PMPCRT INJ U-100</i>	107	<i>fluorometholone ophth susp 0.1%</i>	156
<i>fidaxomicin tab 200 mg</i>	23	<i>fluorouracil cream 5%</i>	174
<i>finasteride tab 5 mg</i>	134	<i>fluorouracil iv soln 1 gm/20ml (50 mg/ml)</i> ...	28
<i>ingolimod hcl cap 0.5 mg (base equiv)</i>	100	<i>fluorouracil iv soln 2.5 gm/50ml (50 mg/ml)</i> ..	28
<i>FINTEPLA SOL 2.2MG/ML</i>	89	<i>fluorouracil iv soln 5 gm/100ml (50 mg/ml)</i> ..	28
<i>finzala</i>	112	<i>fluorouracil iv soln 500 mg/10ml</i> <i>(50 mg/ml)</i>	28
<i>FIRMAGON INJ 80MG</i>	30	<i>fluorouracil soln 2%</i>	174
<i>FIRMAGON INJ 120MG</i>	30	<i>fluorouracil soln 5%</i>	174
<i>FIRST AID OIN 10%</i>	174	<i>fluoxetine hcl cap 10 mg</i>	73
<i>flac</i>	158	<i>fluoxetine hcl cap 20 mg</i>	73
<i>FLAREX SUS 0.1% OP</i>	156	<i>fluoxetine hcl cap 40 mg</i>	73
<i>FLEBOGAMMA INJ 10/200ML</i>	144	<i>fluoxetine hcl solution 20 mg/5ml</i>	73
<i>FLEBOGAMMA INJ 20/400ML</i>	144	<i>fluphenazine decanoate inj 25 mg/ml</i>	80
<i>FLEBOGAMMA INJ DIF 5%</i>	144	<i>fluphenazine hcl elixir 2.5 mg/5ml</i>	80
<i>flecainide acetate tab 50 mg</i>	56		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>fluphenazine hcl inj 2.5 mg/ml</i>	80	FRUZAQLA CAP 1MG	37
<i>fluphenazine hcl oral conc 5 mg/ml</i>	80	FRUZAQLA CAP 5MG.....	37
<i>fluphenazine hcl tab 1 mg</i>	80	<i>ft 8 hour pain relief</i>	2
<i>fluphenazine hcl tab 2.5 mg</i>	80	<i>ft all day allergy</i>	160
<i>fluphenazine hcl tab 5 mg</i>	80	<i>ft all day allergy 24 hou</i>	160
<i>fluphenazine hcl tab 10 mg</i>	80	<i>ft allergy relief</i>	160
<i>flurbiprofen sodium ophth soln 0.03%</i>	156	<i>ft allergy relief 12 hour</i>	160
<i>flurbiprofen tab 100 mg</i>	4	<i>ft allergy relief childre</i>	161
<i>fluticasone propionate cream 0.05%</i>	172	<i>ft antacid extra strength</i>	126
<i>fluticasone propionate nasal susp 50 mcg/</i> <i>act</i>	167	<i>ft antacid regular streng</i>	126
<i>fluticasone propionate oint 0.005%</i>	172	<i>ft anti-diarrheal</i>	127
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-</i> <i>50 mcg/act</i>	168	<i>ft gentle laxative</i>	131
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-</i> <i>50 mcg/act</i>	168	<i>ft ibuprofen childrens</i>	4
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-</i> <i>50 mcg/act</i>	168	<i>ft laxative</i>	131
<i>fluvoxamine maleate tab 25 mg</i>	69	<i>ft naproxen sodium</i>	4
<i>fluvoxamine maleate tab 50 mg</i>	69	<i>ft pain relief</i>	2
<i>fluvoxamine maleate tab 100 mg</i>	69	<i>ft pain relief adult extr</i>	2
<i>folic acid inj 5 mg/ml</i>	153	<i>ft stomach relief</i>	127
<i>folic acid tab 1 mg</i>	153	<i>ft stool softener</i>	131
FOLTRATE TAB	153	FULPHILA INJ 6/0.6ML.....	138
<i>fondaparinux sodium subcutaneous inj</i> <i>2.5 mg/0.5ml</i>	137	<i>fulvestrant inj soln pref syr 250 mg/5ml</i>	30
<i>fondaparinux sodium subcutaneous inj</i> <i>5 mg/0.4ml</i>	137	FUNGOID TINC SOL 2%.....	170
<i>fondaparinux sodium subcutaneous inj</i> <i>7.5 mg/0.6ml</i>	137	<i>furosemide inj</i>	64
<i>fondaparinux sodium subcutaneous inj</i> <i>10 mg/0.8ml</i>	137	<i>furosemide oral soln 8 mg/ml</i>	64
<i>fosamprenavir calcium tab 700 mg (base</i> <i>equiv)</i>	15	<i>furosemide oral soln 10 mg/ml</i>	64
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab</i> <i>10-12.5 mg</i>	51	<i>furosemide tab 20 mg</i>	64
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab</i> <i>20-12.5 mg</i>	51	<i>furosemide tab 40 mg</i>	64
<i>fosinopril sodium tab 10 mg</i>	52	<i>furosemide tab 80 mg</i>	64
<i>fosinopril sodium tab 20 mg</i>	52	FUZEON INJ 90MG.....	15
<i>fosinopril sodium tab 40 mg</i>	52	<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	118
FOTIVDA CAP 0.89MG.....	37	<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	118
FOTIVDA CAP 1.34MG.....	37	FYCOMPA SUS 0.5MG/ML.....	89
FRINDOVYX INJ 1GM/2ML.....	28	FYCOMPA TAB 2MG.....	89
FRINDOVYX INJ 2GM/4ML	28	FYCOMPA TAB 4MG.....	89
FRINDOVYX INJ 500MG/ML	28	FYCOMPA TAB 6MG.....	89
		FYCOMPA TAB 8MG.....	89
		FYCOMPA TAB 10MG.....	89
		FYCOMPA TAB 12MG	89
		G	
		<i>gabapentin cap 100 mg</i>	89
		<i>gabapentin cap 300 mg</i>	89
		<i>gabapentin cap 400 mg</i>	89
		<i>gabapentin oral soln 250 mg/5ml</i>	89
		<i>gabapentin tab 600 mg</i>	89
		<i>gabapentin tab 800 mg</i>	89

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>galantamine hydrobromide cap er 24hr</i>		<i>gemcitabine hcl for inj 200 mg</i>	28
8 mg.....	69	<i>gemcitabine hcl inj 1 gm/26.3ml (38 mg/ml)</i>	
<i>galantamine hydrobromide cap er 24hr</i>		(base equiv)	28
16 mg	69	<i>gemcitabine hcl inj 2 gm/52.6ml (38 mg/ml)</i>	
<i>galantamine hydrobromide cap er 24hr</i>		(base equiv)	28
24 mg.....	70	<i>gemcitabine hcl inj 200 mg/5.26ml</i>	
<i>galantamine hydrobromide oral soln</i>		(38 mg/ml) (base equiv).....	28
4 mg/ml.....	70	<i>gemfibrozil tab 600 mg</i>	57
<i>galantamine hydrobromide tab 4 mg</i>	70	GEMTESA TAB 75MG	135
<i>galantamine hydrobromide tab 8 mg</i>	70	<i>generlac</i>	131
<i>galantamine hydrobromide tab 12 mg</i>	70	<i>gengraf</i>	146
<i>galbriela chw</i>	112	<i>gengraf sol 100mg/ml</i>	146
<i>gallifrey tab 5mg</i>	124	GENOTROPIN INJ 0.2MG	122
GAMASTAN INJ	144	GENOTROPIN INJ 0.4MG	122
GAMMAGARD INJ 1GM/10ML	144	GENOTROPIN INJ 0.6MG	122
GAMMAGARD INJ 2.5GM/25	144	GENOTROPIN INJ 0.8MG	122
GAMMAGARD INJ 5GM/50ML	144	GENOTROPIN INJ 1.2MG	122
GAMMAGARD INJ 10GM/100.....	144	GENOTROPIN INJ 1.4MG	122
GAMMAGARD INJ 20GM/200	144	GENOTROPIN INJ 1.6MG	122
GAMMAGARD INJ 30GM/300	144	GENOTROPIN INJ 1.8MG	122
GAMMAGARD SD INJ 5GM HU	144	GENOTROPIN INJ 1MG	122
GAMMAGARD SD INJ 10GM HU	144	GENOTROPIN INJ 2MG.....	122
GAMMAKED INJ 1GM/10ML	144	GENOTROPIN INJ 5MG	122
GAMMAKED INJ 5GM/50ML	144	GENOTROPIN INJ 12MG	122
GAMMAKED INJ 10GM/100.....	144	<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	10
GAMMAKED INJ 20GM/200	144	<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	10
GAMMAPLEX INJ 5%.....	144	<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	10
GAMMAPLEX INJ 10%.....	144	<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	10
GAMUNEX-C INJ 1GM/10ML	144	<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	10
GAMUNEX-C INJ 2.5GM/25.....	145	<i>gentamicin sulfate cream 0.1%</i>	169
GAMUNEX-C INJ 5GM/50ML.....	145	<i>gentamicin sulfate inj 10 mg/ml</i>	10
GAMUNEX-C INJ 10GM/100	145	<i>gentamicin sulfate inj 40 mg/ml</i>	10
GAMUNEX-C INJ 20GM/200.....	145	<i>gentamicin sulfate oint 0.1%</i>	169
GAMUNEX-C INJ 40/400ML	145	<i>gentamicin sulfate ophth soln 0.3%</i>	155
<i>ganciclovir sodium for inj 500 mg</i>	18	GENTEAL GEL 0.3%	158
GARDASIL 9 INJ.....	147	<i>genteal tears night-time</i>	158
<i>gatifloxacin ophth soln 0.5%</i>	155	<i>gentle laxative</i>	131
GATTEX KIT 5MG.....	132	GENVOYA TAB.....	17
GAUZE PADS 2	108	GILOTRIF TAB 20MG	38
<i>gavilyte-c</i>	131	GILOTRIF TAB 30MG	38
<i>gavilyte-g</i>	131	GILOTRIF TAB 40MG.....	38
<i>gavilyte-n sol flav pk</i>	131	<i>glatiramer acetate soln prefilled syringe</i>	
GAVRETO CAP 100MG.....	37	20 mg/ml.....	100
<i>gefitinib tab 250 mg</i>	37	<i>glatiramer acetate soln prefilled syringe</i>	
<i>gemcitabine hcl for inj 1 gm</i>	28	40 mg/ml	100
<i>gemcitabine hcl for inj 2 gm</i>	28	<i>glatopa</i>	100

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
GLEOSTINE CAP 10MG	28	<i>gnp clotrimazole 3</i>	135
GLEOSTINE CAP 40MG	28	<i>gnp gentle laxative</i>	131
GLEOSTINE CAP 100MG	28	<i>gnp hydrocortisone</i>	172
<i>glimepiride tab 1 mg</i>	104	<i>gnp hydrocortisone/aloe</i>	172
<i>glimepiride tab 2 mg</i>	104	<i>gnp hydrocortisone maximu</i>	172
<i>glimepiride tab 4 mg</i>	104	<i>gnp hydrocortisone plus</i>	172
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	105	<i>gnp ibuprofen</i>	4
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	105	<i>gnp ibuprofen childrens</i>	4
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	105	<i>gnp ibuprofen infants</i>	4
<i>glipizide tab 5 mg</i>	104	<i>gnp infants pain/fever</i>	2
<i>glipizide tab 10 mg</i>	104	<i>gnp lansoprazole</i>	133
<i>glipizide tab er 24hr 2.5 mg</i>	104	<i>gnp lice treatment</i>	175
<i>glipizide tab er 24hr 5 mg</i>	104	<i>gnp loperamide hydrochlor</i>	127
<i>glipizide tab er 24hr 10 mg</i>	104	<i>gnp loratadine</i>	161
<i>glipizide xl</i>	105	<i>gnp loratadine childrens</i>	161
<i>glycopyrrolate tab 1 mg</i>	129	<i>gnp miconazole 1 combinat</i>	135
<i>glycopyrrolate tab 2 mg</i>	129	<i>gnp miconazole 3</i>	135
<i>glydo</i>	173	<i>gnp miconazole 7</i>	135
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	105	<i>gnp naproxen</i>	4
GLYXAMBI TAB 25-5 MG.....	105	<i>gnp naproxen sodium</i>	4
<i>gnp 8 hour arthritis reli</i>	2	<i>gnp nicotine gum</i>	102
<i>gnp 8 hour pain relief</i>	2	<i>gnp nicotine mini lozenge</i>	102
<i>gnp 8 hour pain reliever</i>	2	<i>gnp nicotine polacrilex</i>	102
<i>gnp acetaminophen</i>	2	<i>gnp nicotine transdermal</i>	102
<i>gnp acid reducer</i>	129	<i>gnp omeprazole</i>	133
<i>gnp acid reducer maximum</i>	129	<i>gnp pain & fever children</i>	2
<i>gnp adult aspirin low str</i>	2	<i>gnp pain & fever infants</i>	2
<i>gnp all day allergy</i>	161	<i>gnp pain relief</i>	2
<i>gnp all day allergy child</i>	161	<i>gnp pain relief extra str</i>	2
<i>gnp allergy</i>	161	<i>gnp pink bismuth</i>	127
<i>gnp allergy relief</i>	161	<i>gnp pink bismuth ultra st</i>	127
<i>gnp allergy relief maximu</i>	161	<i>gnp stomach relief</i>	127
<i>gnp antacid and anti-gas/</i>	126	<i>gnp stool softener</i>	131
<i>gnp antacid anti-gas/maxi</i>	126	<i>gnp tolnaftate</i>	170
<i>gnp antacid & anti-gas/re</i>	126	<i>gnp triple antibiotic</i>	169
<i>gnp antacid extra strengt</i>	126	<i>gnp womens gentle laxativ</i>	131
<i>gnp antacid/regular stren</i>	126	GOMEKLI CAP 1MG	38
<i>gnp anti-diarrheal</i>	127	GOMEKLI CAP 2MG	38
<i>gnp artificial tears</i>	158	GOMEKLI TAB 1MG.....	38
<i>gnp aspirin</i>	2	<i>goodsense 24-hour allergy</i>	167
<i>gnp aspirin low dose</i>	2	<i>goodsense all day allergy</i>	161
<i>gnp athletes foot</i>	170	<i>goodsense aller-ease</i>	161
<i>gnp budesonide nasal spra</i>	167	<i>goodsense allergy relief</i>	161
<i>gnp childrens allergy</i>	161	<i>goodsense anti-diarrheal</i>	127
<i>gnp childrens ibuprofen</i>	4	<i>goodsense arthritis pain</i>	2
<i>gnp clearlax</i>	131	<i>goodsense aspirin</i>	3

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>goodsense aspirin adults</i>	3	<i>haloperidol tab 0.5 mg</i>	81
<i>goodsense first aid antib</i>	169	<i>haloperidol tab 1 mg</i>	81
<i>goodsense ibuprofen</i>	4	<i>haloperidol tab 2 mg</i>	81
<i>goodsense ibuprofen child</i>	4	<i>haloperidol tab 5 mg</i>	81
<i>goodsense ibuprofen infan</i>	4	<i>haloperidol tab 10 mg</i>	81
<i>goodsense lansoprazole</i>	133	<i>haloperidol tab 20 mg</i>	81
<i>goodsense lice killing cr</i>	175	HARVONI PAK 33.75-150MG	18
<i>goodsense lubricating plu</i>	158	HARVONI PAK 45-200MG	19
<i>goodsense naproxen sodium</i>	5	HARVONI TAB 45-200MG	19
<i>goodsense nicotine</i>	102	HARVONI TAB 90-400MG	19
<i>goodsense nicotine gum</i>	102	HAVRIX INJ 720UNIT	147
<i>goodsense nicotine polacr</i>	102	HAVRIX INJ 1440UNIT	147
<i>goodsense pain & fever ch</i>	3	<i>healthylax</i>	131
<i>goodsense pain & fever in</i>	3	<i>heartburn relief</i>	130
<i>goodsense pain relief</i>	3	<i>heartburn relief extra st</i>	126
<i>goodsense pain relief ext</i>	3	<i>heartburn relief maximum</i>	130
<i>granisetron hcl inj 1 mg/ml</i>	127	<i>heather</i>	113
<i>granisetron hcl inj 4 mg/4ml (1 mg/ml)</i>	127	<i>heparin sodium (porcine) inj 1000 unit/ml</i> ..	137
<i>granisetron hcl tab 1 mg</i>	127	<i>heparin sodium (porcine) inj 5000 unit/ml</i> ..	137
<i>griseofulvin microsize susp 125 mg/5ml</i>	13	<i>heparin sodium (porcine) inj 10000 unit/ml</i> ..	137
<i>griseofulvin microsize tab 500 mg</i>	13	<i>heparin sodium (porcine) inj 20000 unit/</i>	
<i>griseofulvin ultramicrosize tab 125 mg</i>	13	<i>ml</i>	137
<i>griseofulvin ultramicrosize tab 250 mg</i>	13	<i>heparin sodium (porcine) pf inj 1000 unit/</i>	
<i>guanfacine hcl tab 1 mg</i>	65	<i>ml</i>	137
<i>guanfacine hcl tab 2 mg</i>	66	HEPLISAV-B INJ 20/0.5ML	147
<i>guanfacine hcl tab er 24hr 1 mg (base</i>		HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	137
<i>equiv)</i>	96	HERCEP HYLEC SOL 60-10000	38
<i>guanfacine hcl tab er 24hr 2 mg (base</i>		HERCEPTIN INJ 150MG	38
<i>equiv)</i>	96	HERNEXEOS TAB 60MG	38
<i>guanfacine hcl tab er 24hr 3 mg (base</i>		<i>her style</i>	113
<i>equiv)</i>	96	HERZUMA INJ 150MG	38
<i>guanfacine hcl tab er 24hr 4 mg (base</i>		HERZUMA INJ 420MG	38
<i>equiv)</i>	96	HIBERIX SOL 10MCG	147
H		HISTEX PD DRO 0.938MG	161
HAEGARDA INJ 2000UNIT	138	HISTEX SYP 2.5MG/5	161
HAEGARDA INJ 3000UNIT	139	<i>hm all day allergy childr</i>	161
<i>hailey 1.5/30</i>	113	<i>hm allergy relief nasal s</i>	167
<i>hailey 24 fe</i>	113	<i>hm antacid extra strength</i>	126
<i>halobetasol propionate cream 0.05%</i>	172	<i>hm enema saline laxative</i>	131
<i>halobetasol propionate oint 0.05%</i>	172	<i>hm loratadine</i>	161
<i>haloette</i>	113	<i>hm nicotine polacrilex</i>	102
<i>haloperidol decanoate im soln 50 mg/ml</i>	80	HUMIRA INJ 10/0.1ML	141
<i>haloperidol decanoate im soln 100 mg/ml</i>	80	HUMIRA INJ 20/0.2ML	141
<i>haloperidol lactate inj 5 mg/ml</i>	81	HUMIRA INJ 40/0.4ML	141
<i>haloperidol lactate oral conc 2 mg/ml</i>	81	HUMIRA KIT 40MG/0.8	141
		HUMIRA PEN INJ 40/0.4ML	141

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
HUMIRA PEN INJ 40MG/0.8.....	141	hydrocortisone perianal cream 1%.....	174
HUMIRA PEN INJ 80/0.8ML	141	hydrocortisone perianal cream 2.5%	174
HUMIRA PEN KIT CD/UC/HS.....	141	hydrocortisone sodium succinate pf for inj	
HUMIRA PEN KIT PED UC.....	141	100 mg.....	119
HUMIRA PEN KIT PS/UV	141	hydrocortisone tab 5 mg.....	119
HUMULIN R INJ U-500	108	hydrocortisone tab 10 mg	119
hydralazine hcl inj 20 mg/ml	66	hydrocortisone tab 20 mg	119
hydralazine hcl tab 10 mg	66	hydrocortisone valerate cream 0.2%.....	173
hydralazine hcl tab 25 mg.....	66	hydromorphone hcl liqd 1 mg/ml.....	8
hydralazine hcl tab 50 mg.....	66	hydromorphone hcl tab 2 mg	8
hydralazine hcl tab 100 mg.....	66	hydromorphone hcl tab 4 mg.....	8
hydrochlorothiazide cap 12.5 mg	64	hydromorphone hcl tab 8 mg.....	8
hydrochlorothiazide tab 12.5 mg.....	64	hydroxocobalamin acetate inj 1000 mcg/ml	
hydrochlorothiazide tab 25 mg	64	(base equivalent).....	153
hydrochlorothiazide tab 50 mg.....	64	hydroxychloroquine sulfate tab 200 mg	144
hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-		hydroxyurea cap 500 mg	32
325 mg/15ml.....	7	hydroxyzine hcl im soln 25 mg/ml.....	161
hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg.7		hydroxyzine hcl im soln 50 mg/ml.....	161
hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-		hydroxyzine hcl syrup 10 mg/5ml.....	161
325 mg	8	hydroxyzine hcl tab 10 mg	161
hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg8		hydroxyzine hcl tab 25 mg.....	161
hydrocodone bitartrate tab er 24hr deter		hydroxyzine hcl tab 50 mg	161
20 mg	6	hydroxyzine pamoate cap 25 mg.....	162
hydrocodone bitartrate tab er 24hr deter		hydroxyzine pamoate cap 50 mg	162
30 mg	6		
hydrocodone bitartrate tab er 24hr deter			
40 mg	6		
hydrocodone bitartrate tab er 24hr deter			
60 mg	6		
hydrocodone bitartrate tab er 24hr deter			
80 mg	6		
hydrocodone bitartrate tab er 24hr deter			
100 mg.....	6		
hydrocodone bitartrate tab er 24hr deter			
120 mg	6		
hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg	8		
HYDROCORT CRE 1%	172		
hydrocortisone/aloe maxim	173		
hydrocortisone cream 0.5%.....	172		
hydrocortisone cream 1%.....	173		
hydrocortisone cream 2.5%.....	173		
hydrocortisone enema 100 mg/60ml	130		
hydrocortisone lotion 2.5%	173		
hydrocortisone maximum st	173		
hydrocortisone oint 1%	173		
hydrocortisone oint 2.5%	173		

I

ibandronate sodium tab 150 mg (base equivalent)	110
IBRANCE CAP 75MG.....	38
IBRANCE CAP 100MG.....	38
IBRANCE CAP 125MG	38
IBRANCE TAB 75MG	38
IBRANCE TAB 100MG	38
IBRANCE TAB 125MG.....	38
IBTROZI CAP 200MG	38
ibu	5
ibuprofen cap 200 mg.....	5
ibuprofen childrens.....	5
ibuprofen infants.....	5
ibuprofen junior strength	5
ibuprofen susp 100 mg/5ml	5
ibuprofen tab 200 mg	5
ibuprofen tab 400 mg	5
ibuprofen tab 600 mg	5
ibuprofen tab 800 mg	5

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>icatibant acetate subcutaneous soln pref syr</i>		INLYTA TAB 1MG	39
30 mg/3ml	139	INLYTA TAB 5MG	39
<i>iclevia</i>	113	INQOVI TAB 35-100MG	29
ICLUSIG TAB 10MG.....	38	INREBIC CAP 100MG	39
ICLUSIG TAB 15MG.....	39	INSULIN PEN NEEDLES\ BD-EMBECTA.....	108
ICLUSIG TAB 30MG.....	39	INSULIN SAFETY NEEDLES\ BD-EMBECTA.....	108
ICLUSIG TAB 45MG.....	39	INSULIN SYRINGES\ BD-EMBECTA	108
IDACIO 2-PEN INJ 40/0.8ML	141	INTELENCE TAB 25MG	15
IDACIO CROHN INJ DISEASE	141	INTRALIPID INJ 20%.....	152
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS.....	141	INTRALIPID INJ 30%.....	152
IDHIFA TAB 50MG	39	<i>introvale</i>	113
IDHIFA TAB 100MG.....	39	INVEGA HAFYE INJ 1092MG.....	81
<i>imatinib mesylate tab 100 mg (base</i>		INVEGA HAFYE INJ 1560MG.....	81
<i>equivalent)</i>	39	INVEGA SUST INJ 39/0.25	81
<i>imatinib mesylate tab 400 mg (base</i>		INVEGA SUST INJ 78/0.5ML	81
<i>equivalent)</i>	39	INVEGA SUST INJ 117/0.75	81
IMBRUVICA CAP 70MG	39	INVEGA SUST INJ 156MG/ML	81
IMBRUVICA CAP 140MG	39	INVEGA SUST INJ 234/1.5	81
IMBRUVICA SUS 70MG/ML	39	INVEGA TRINZ INJ 273MG	81
IMBRUVICA TAB 140MG	39	INVEGA TRINZ INJ 410MG	81
IMBRUVICA TAB 280MG	39	INVEGA TRINZ INJ 546MG.....	81
IMBRUVICA TAB 420MG	39	INVEGA TRINZ INJ 819MG.....	81
IMCIVREE INJ 10MG/ML	109	IPOL INJ INACTIVE	147
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i>		<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3)</i>	
250 mg	10	mg/3ml.....	159
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i>		<i>ipratropium bromide inhal soln 0.02%</i>	159
500 mg	10	<i>ipratropium bromide nasal soln 0.03%</i>	
<i>imipramine hcl tab 10 mg</i>	73	(21 mcg/spray).....	159
<i>imipramine hcl tab 25 mg</i>	73	<i>ipratropium bromide nasal soln 0.06%</i>	
<i>imipramine hcl tab 50 mg</i>	73	(42 mcg/spray)	159
<i>imiquimod cream 5%</i>	174	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-</i>	
IMKELDI SOL 80MG/ML.....	39	12.5 mg	54
IMOVAX RABIE INJ 2.5/ML	147	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-</i>	
IMPAVIDO CAP 50MG.....	10	12.5 mg	54
INBRIJA CAP 42MG.....	77	<i>irbesartan tab 75 mg</i>	55
<i>incassia</i>	113	<i>irbesartan tab 150 mg</i>	56
INCRELEX INJ 40MG/4ML	122	<i>irbesartan tab 300 mg</i>	56
INCRUSE ELPT INH 62.5MCG.....	159	<i>irinotecan hcl inj 40 mg/2ml (20 mg/ml)</i>	32
<i>indapamide tab 1.25 mg</i>	64	<i>irinotecan hcl inj 100 mg/5ml (20 mg/ml)</i>	32
<i>indapamide tab 2.5 mg</i>	64	<i>irinotecan hcl inj 300 mg/15ml (20 mg/ml)</i> ..	32
INFANRIX INJ	147	<i>irinotecan hcl inj 500 mg/25ml (20 mg/ml)</i> .	32
<i>infants ibuprofen</i>	5	ISENTRESS CHW 25MG.....	15
INFLIXIMAB INJ 100MG.....	141	ISENTRESS CHW 100MG	15
INFUVITE INJ	153	ISENTRESS HD TAB 600MG	15
INFUVITE INJ ADULT	153	ISENTRESS POW 100MG.....	15
INFUVITE INJ PEDIATRI.....	153	ISENTRESS TAB 400MG.....	15

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>isibloom</i>	113	JARDIANCE TAB 25MG.....	105
ISOLYTE-P INJ /D5W	149	<i>jasmiel</i>	113
ISOLYTE-S INJ PH 7.4.....	149	<i>javygtor</i>	122
<i>isoniazid syrup 50 mg/5ml</i>	18	JAYPIRCA TAB 50MG.....	40
<i>isoniazid tab 100 mg</i>	18	JAYPIRCA TAB 100MG.....	40
<i>isoniazid tab 300 mg</i>	18	JENTADUETO TAB 2.5-500	105
<i>isosorbide dinitrate tab 5 mg</i>	66	JENTADUETO TAB 2.5-850	105
<i>isosorbide dinitrate tab 10 mg</i>	66	JENTADUETO TAB 2.5-1000	105
<i>isosorbide dinitrate tab 20 mg</i>	66	JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	105
<i>isosorbide dinitrate tab 30 mg</i>	66	JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	105
<i>isosorbide mononitrate tab er 24hr 30 mg</i> ...66		<i>jinteli</i>	118
<i>isosorbide mononitrate tab er 24hr 60 mg</i> ...66		<i>jolessa</i>	113
<i>isosorbide mononitrate tab er 24hr 120 mg</i> .66		<i>juleber</i>	113
<i>isotretinoin cap 10 mg</i>	169	JULUCA TAB 50-25MG.....	17
<i>isotretinoin cap 20 mg</i>	169	<i>junel 1.5/30</i>	113
<i>isotretinoin cap 30 mg</i>	169	<i>junel 1/20</i>	113
<i>isotretinoin cap 40 mg</i>	169	<i>junel fe 1.5/30</i>	113
<i>isradipine cap 2.5 mg</i>	63	<i>junel fe 1/20</i>	113
<i>isradipine cap 5 mg</i>	63	<i>junel fe 24</i>	113
ITOVEBI TAB 3MG.....	39	JYLAMVO SOL 2MG/ML	144
ITOVEBI TAB 9MG.....	40	JYNNEOS INJ.....	147
<i>itraconazole cap 100 mg</i>	13		
<i>ivabradine hcl tab 5 mg (base equiv)</i>	66	K	
<i>ivabradine hcl tab 7.5 mg (base equiv)</i>	66	KADCYLA INJ 100MG	40
<i>ivermectin tab 3 mg</i>	10	KADCYLA INJ 160MG	40
<i>ivermectin tab 6 mg</i>	10	<i>kaitlib fe</i>	113
IWILFIN TAB 192MG	33	KALETRA SOL	17
IXIARO INJ	147	KALYDECO GRA 5.8MG.....	164
J		KALYDECO GRA 13.4MG	164
<i>jaimiess tab</i>	113	KALYDECO PAK 25MG	164
JAKAFI TAB 5MG	40	KALYDECO PAK 50MG	164
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>	137	<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>	149
JANUMET TAB 50-1000	105	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl</i> <i>0.2% inj</i>	149
JANUMET XR TAB 50-500MG.....	105	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl</i> <i>0.9% inj</i>	149
JANUMET XR TAB 50-1000	105	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl</i> <i>0.45% inj</i>	149
JANUMET XR TAB 100-1000.....	105	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	149
JANUVIA TAB 25MG.....	105	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	149
JANUVIA TAB 50MG	105		
JANUVIA TAB 100MG.....	105		
JARDIANCE TAB 10MG	105		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj.....</i>	149	L	
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj.....</i>	149	<i>labetalol hcl tab 100 mg</i>	60
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	149	<i>labetalol hcl tab 200 mg</i>	60
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	149	<i>labetalol hcl tab 300 mg</i>	60
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	149	<i>lacosamide iv inj 200 mg/20ml (10 mg/ml) ..</i>	89
<i>KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%.....</i>	149	<i>lacosamide oral.....</i>	89
<i>kelnor 1/35</i>	113	<i>lacosamide tab 50 mg.....</i>	89
<i>kelnor 1/50 tab</i>	113	<i>lacosamide tab 100 mg</i>	89
<i>KERENDIA TAB 10MG.....</i>	52	<i>lacosamide tab 150 mg</i>	89
<i>KERENDIA TAB 20MG</i>	53	<i>lacosamide tab 200 mg</i>	89
<i>KERENDIA TAB 40MG.....</i>	53	<i>lactated ringer's solution.....</i>	149
<i>KESIMPTA INJ 20/.4ML</i>	100	<i>lactic acid (ammonium lactate) cream 12% ..</i>	174
<i>ketoconazole cream 2%</i>	170	<i>lactic acid (ammonium lactate) lotion 12% ..</i>	174
<i>ketoconazole shampoo 2%</i>	170	<i>lactulose (encephalopathy) solution 10 gm/15ml</i>	131
<i>ketoconazole tab 200 mg</i>	13	<i>lactulose solution 10 gm/15ml.....</i>	131
<i>ketorolac tromethamine ophth soln 0.4% ..</i>	156	<i>lamivudine oral soln 10 mg/ml</i>	15
<i>ketorolac tromethamine ophth soln 0.5% ..</i>	156	<i>lamivudine tab 100 mg (hbv)</i>	19
<i>ketotifen fumarate ophth soln 0.035%</i>	156	<i>lamivudine tab 150 mg</i>	15
<i>KEYTRUDA INJ 100MG/4M.....</i>	40	<i>lamivudine tab 300 mg</i>	15
<i>KINRIX INJ</i>	147	<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	17
<i>kionex</i>	110	<i>lamotrigine tab 25 mg</i>	89
<i>KISQALI 200 DOSE.....</i>	40	<i>lamotrigine tab 100 mg</i>	89
<i>KISQALI 200 PAK FEMARA</i>	40	<i>lamotrigine tab 150 mg</i>	89
<i>KISQALI 400 DOSE.....</i>	40	<i>lamotrigine tab 200 mg.....</i>	89
<i>KISQALI 400 PAK FEMARA.....</i>	40	<i>lamotrigine tab chewable dispersible 5 mg ..</i>	89
<i>KISQALI 600 DOSE.....</i>	40	<i>lamotrigine tab chewable dispersible 25 mg.....</i>	90
<i>KISQALI 600 PAK FEMARA</i>	40	<i>lamotrigine tab er 24hr 25 mg.....</i>	90
<i>klayesta</i>	170	<i>lamotrigine tab er 24hr 50 mg.....</i>	90
<i>klor-con</i>	151	<i>lamotrigine tab er 24hr 100 mg.....</i>	90
<i>klor-con 8</i>	151	<i>lamotrigine tab er 24hr 200 mg</i>	90
<i>klor-con 10</i>	151	<i>lamotrigine tab er 24hr 250 mg</i>	90
<i>klor-con m10</i>	151	<i>lamotrigine tab er 24hr 300 mg</i>	90
<i>klor-con m15</i>	151	<i>lanreotide acetate extended release inj 120 mg/0.5ml</i>	122
<i>klor-con m20</i>	151	<i>lansoprazole cap delayed release 15 mg</i>	133
<i>KLOXXADO SPR 8MG</i>	102	<i>lansoprazole cap delayed release 30 mg ...</i>	133
<i>KOSELUGO CAP 10MG</i>	40	<i>lapatinib ditosylate tab 250 mg (base equiv)</i>	41
<i>KOSELUGO CAP 25MG</i>	41	<i>larin 1.5/30</i>	113
<i>kourzeq</i>	175	<i>larin 1/20</i>	113
<i>K-PHOS TAB</i>	152	<i>larin 24 fe</i>	113
<i>K-PHOS TAB NEUTRAL</i>	152	<i>larin fe 1.5/30</i>	113
<i>KRAZATI TAB 200MG</i>	41	<i>larin fe 1/20</i>	113
<i>kurvelo.....</i>	113	<i>latanoprost ophth soln 0.005%</i>	157

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>layolis fe chw</i>	113	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i>	
LAZCLUZE TAB 80MG.....	41	500 mg/100ml.....	90
LAZCLUZE TAB 240MG	41	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i>	
<i>leflunomide tab 10 mg</i>	144	1000 mg/100ml.....	90
<i>leflunomide tab 20 mg</i>	144	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i>	
<i>lenalidomide cap 5 mg</i>	31	1500 mg/100ml	90
<i>lenalidomide cap 10 mg</i>	31	<i>levetiracetam oral soln 100 mg/ml</i>	90
<i>lenalidomide cap 15 mg</i>	31	<i>levetiracetam tab 250 mg</i>	90
<i>lenalidomide cap 20 mg</i>	31	<i>levetiracetam tab 500 mg</i>	90
<i>lenalidomide cap 25 mg</i>	31	<i>levetiracetam tab 750 mg</i>	90
<i>lenalidomide caps 2.5 mg</i>	32	<i>levetiracetam tab 1000 mg</i>	90
LENVIMA CAP 4MG.....	41	<i>levetiracetam tab er 24hr 500 mg</i>	90
LENVIMA CAP 8 MG.....	41	<i>levetiracetam tab er 24hr 750 mg</i>	90
LENVIMA CAP 10 MG	41	LEVETIRACETA TAB 250MG	90
LENVIMA CAP 12MG	41	<i>levobunolol hcl ophth soln 0.5%</i>	157
LENVIMA CAP 14 MG	41	<i>levocarnitine oral soln 1 gm/10ml (10%)</i>	122
LENVIMA CAP 18 MG	41	<i>levocarnitine tab 330 mg</i>	122
LENVIMA CAP 20 MG	41	<i>levocetirizine dihydrochloride soln</i>	
LENVIMA CAP 24 MG	41	2.5 mg/5ml (0.5 mg/ml)	162
<i>lessina</i>	113	<i>levocetirizine dihydrochloride tab 5 mg</i>	162
<i>letrozole tab 2.5 mg</i>	30	<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	23
<i>leucovorin calcium for inj 50 mg</i>	50	<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i> ...	23
<i>leucovorin calcium for inj 100 mg</i>	50	<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	23
<i>leucovorin calcium for inj 200 mg</i>	50	<i>levofloxacin iv soln 25 mg/ml</i>	23
<i>leucovorin calcium for inj 350 mg</i>	50	<i>levofloxacin oral soln 25 mg/ml</i>	23
<i>leucovorin calcium for inj 500 mg</i>	50	<i>levofloxacin tab 250 mg</i>	23
<i>leucovorin calcium inj 500 mg/50ml</i>		<i>levofloxacin tab 500 mg</i>	23
(10 mg/ml)	50	<i>levofloxacin tab 750 mg</i>	23
<i>leucovorin calcium tab 5 mg</i>	50	levonest.....	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	114
<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	114
<i>levalbuterol hcl soln nebu 0.31 mg/3ml</i>		<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (continuous)</i>	
(base equiv)	163	tab 90-20 mcg	114
<i>levalbuterol hcl soln nebu 0.63 mg/3ml</i>		<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-</i>	
(base equiv)	163	20 mcg	114
<i>levalbuterol hcl soln nebu 1.25 mg/3ml</i>		<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab</i>	
(base equiv)	163	0.15 mg-30 mcg	114
<i>levalbuterol hcl soln nebu conc</i>		<i>levonorgestrel tab 1.5 mg</i>	114
1.25 mg/0.5ml (base equiv)	163	<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth</i>	
<i>levalbuterol tartrate inhal aerosol 45 mcg/</i>		<i>est tab 0.01mg(7)</i>	114
<i>act (base equiv)</i>	163	<i>levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) & eth</i>	
<i>levetiracetam inj 500 mg/5ml (100 mg/ml)</i> ..	90	<i>est tab 0.01mg(7)</i>	114

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>levora 0.15/30-28</i>	114	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	51
<i>levo-t</i>	124	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	51
<i>levothyroxine sodium tab 25 mcg</i>	124	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	51
<i>levothyroxine sodium tab 50 mcg</i>	124	<i>lisinopril tab 2.5 mg</i>	52
<i>levothyroxine sodium tab 75 mcg</i>	124	<i>lisinopril tab 5 mg</i>	52
<i>levothyroxine sodium tab 88 mcg</i>	124	<i>lisinopril tab 10 mg</i>	52
<i>levothyroxine sodium tab 100 mcg</i>	124	<i>lisinopril tab 20 mg</i>	52
<i>levothyroxine sodium tab 112 mcg</i>	124	<i>lisinopril tab 30 mg</i>	52
<i>levothyroxine sodium tab 125 mcg</i>	124	<i>lisinopril tab 40 mg</i>	52
<i>levothyroxine sodium tab 137 mcg</i>	124	<i>lithium carbonate cap 150 mg</i>	99
<i>levothyroxine sodium tab 150 mcg</i>	124	<i>lithium carbonate cap 300 mg</i>	99
<i>levothyroxine sodium tab 175 mcg</i>	124	<i>lithium carbonate cap 600 mg</i>	99
<i>levothyroxine sodium tab 200 mcg</i>	124	<i>lithium carbonate tab 300 mg</i>	99
<i>levothyroxine sodium tab 300 mcg</i>	124	<i>lithium carbonate tab er 300 mg</i>	99
<i>levoxyl</i>	124	<i>lithium carbonate tab er 450 mg</i>	99
<i>l-glutamine (sickle cell)</i>	139	<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	100
<i>lice killing maximum stre</i>	175	LIVTENCITY TAB 200MG	19
<i>lidocaine cream 4%</i>	174	<i>loestrin 1.5/30-21</i>	114
<i>lidocaine hcl local inj 0.5%</i>	3	<i>loestrin 1/20-21</i>	114
<i>lidocaine hcl local inj 1%</i>	3	<i>loestrin fe 1.5/30</i>	114
<i>lidocaine hcl local inj 2%</i>	3	<i>loestrin fe 1/20</i>	114
<i>lidocaine hcl local preservative free (pf) inj 0.5%</i>	3	<i>lojaimiess tab</i>	114
<i>lidocaine hcl local preservative free (pf) inj 1%</i>	3	LOKELMA PAK 5GM	110
<i>lidocaine hcl local preservative free (pf) inj 1.5%</i>	3	LOKELMA PAK 10GM	110
<i>lidocaine hcl soln 4%</i>	173	<i>lomaira tab 8mg</i>	109
<i>lidocaine hcl viscous soln 2%</i>	175	LONSURF TAB 15-6.14	29
<i>lidocaine oint 5%</i>	173	LONSURF TAB 20-8.19	29
<i>lidocaine patch 5%</i>	173	<i>loperamide hcl cap 2 mg</i>	132
<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>	173	<i>loperamide hcl soln 1 mg/7.5ml</i>	127
<i>lidocan</i>	174	<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	17
LILETTA IUD 52MG	114	<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 childrens</i>	162
<i>linezolid iv soln 600 mg/300ml (2 mg/ml)</i>	11	<i>loratadine rapidly-disintegrating tab 10 mg</i>	162
<i>linezolid tab 600 mg</i>	11	<i>loratadine tab 10 mg</i>	162
LINZESS CAP 72MCG.....	132	<i>lorazepam conc 2 mg/ml</i>	69
LINZESS CAP 145MCG.....	132	<i>lorazepam inj 2 mg/ml</i>	69
LINZESS CAP 290MCG.....	132	<i>lorazepam inj 4 mg/ml</i>	69
<i>liothyronine sodium tab 5 mcg</i>	124	<i>lorazepam intensol</i>	69
<i>liothyronine sodium tab 25 mcg</i>	124	<i>lorazepam tab 0.5 mg</i>	69
<i>liothyronine sodium tab 50 mcg</i>	125	<i>lorazepam tab 1 mg</i>	69
<i>liquid allergy relief</i>	162	<i>lorazepam tab 2 mg</i>	69

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
LORBRENA TAB 25MG.....	41	LYBALVI TAB 10-10MG	81
LORBRENA TAB 100MG.....	41	LYBALVI TAB 15-10MG.....	81
<i>loryna</i>	114	LYBALVI TAB 20-10MG.....	81
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide</i>		<i>lyleq</i>	114
<i>tab 50-12.5 mg</i>	54	<i>lyllana</i>	118
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide</i>		LYNPARZA TAB 100MG	42
<i>tab 100-12.5 mg</i>	54	LYNPARZA TAB 150MG.....	42
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide</i>		LYSODREN TAB 500MG	30
<i>tab 100-25 mg</i>	54	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	42
<i>losartan potassium tab 25 mg</i>	56	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	42
<i>losartan potassium tab 50 mg</i>	56	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	42
<i>losartan potassium tab 100 mg</i>	56	<i>lyza</i>	114
LOTEMAX OIN 0.5%.....	156		
<i>loteprednol etabonate ophth susp 0.2%</i> ...	156	M	
<i>lovastatin tab 10 mg</i>	58	MAG-AL LIQ.....	126
<i>lovastatin tab 20 mg</i>	58	<i>mag-al plus</i>	126
<i>lovastatin tab 40 mg</i>	58	<i>mag-al plus xs</i>	126
<i>low-ogestrel</i>	114	<i>magnesium oxide tab 400 mg</i>	126
<i>loxapine succinate cap 5 mg</i>	81	<i>magnesium oxide tab 420 mg</i>	126
<i>loxapine succinate cap 10 mg</i>	81	MAGNESIUM SU INJ 2GM/50ML.....	149
<i>loxapine succinate cap 25 mg</i>	81	MAGNESIUM SU INJ 4G/100ML	150
<i>loxapine succinate cap 50 mg</i>	81	MAGNESIUM SU INJ 20/500ML	150
<i>lubricant eye drops</i>	158	MAGNESIUM SU INJ 40G/1000	150
<i>lubricant eye nighttime</i>	158	MAGNESIUM SU INJ 50%	150
<i>lubrifresh p.m.</i>	158	MAGNESIUM SU INJ 80MG/ML	150
<i>luizza 1/20 tab</i>	114	<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1</i>	
<i>luizza tab 1.5/30</i>	114	<i>gm/100ml</i>	150
LUMAKRAS TAB 120MG	41	<i>magnesium sulfate inj 50%</i>	150
LUMAKRAS TAB 240MG	41	<i>magnesium sulfate iv soln 2 gm/50ml</i>	
LUMAKRAS TAB 320MG.....	41	<i>(40 mg/ml)</i>	150
LUMIGAN SOL 0.01% OP.....	157	<i>magnesium sulfate iv soln 4 gm/50ml</i>	
LUMIZYME INJ 50MG	122	<i>(80 mg/ml)</i>	150
LUPR DEP-PED INJ 3M 30MG	122	<i>magnesium sulfate iv soln 4 gm/100ml</i>	
LUPR DEP-PED INJ 7.5MG.....	122	<i>(40 mg/ml)</i>	150
LUPR DEP-PED INJ 11.25MG	122	<i>magnesium sulfate iv soln 20 gm/500ml</i>	
LUPR DEP-PED INJ 15MG.....	122	<i>(40 mg/ml)</i>	150
LUPRON DEPOT INJ 3.75MG	30	<i>magnesium sulfate iv soln 40 gm/1000ml</i>	
LUPRON DEPOT INJ 11.25MG	30	<i>(40 mg/ml)</i>	150
LUPRON DEPOT INJ 45MG.....	122	<i>malathion lotion 0.5%</i>	175
<i>lurasidone hcl tab 20 mg</i>	81	<i>manganese chloride inj 0.1 mg/ml</i>	153
<i>lurasidone hcl tab 40 mg</i>	81	<i>mapap</i>	3
<i>lurasidone hcl tab 60 mg</i>	81	<i>mapap childrens</i>	3
<i>lurasidone hcl tab 80 mg</i>	81	<i>maraviroc tab 150 mg</i>	15
<i>lurasidone hcl tab 120 mg</i>	81	<i>maraviroc tab 300 mg</i>	15
<i>luter</i>	114	<i>marlissa</i>	114
LYBALVI TAB 5-10MG	81	MARPLAN TAB 10MG.....	73

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
MATULANE CAP 50MG	33	mercaptopurine tab 50 mg.....	29
MAVYRET PAK 50-20MG	19	meropenem iv for soln 1 gm	11
MAVYRET TAB 100-40MG	19	meropenem iv for soln 2 gm.....	11
m-dryl.....	162	meropenem iv for soln 500 mg.....	11
meclizine hcl tab 12.5 mg.....	127	mesalamine cap dr 400 mg	130
meclizine hcl tab 25 mg	127	mesalamine cap er 24hr 0.375 gm.....	130
medroxyprogesterone acetate im susp		mesalamine enema 4 gm	130
150 mg/ml	114	mesalamine rectal enema 4 gm & cleanser	
medroxyprogesterone acetate im susp		wipe kit	130
prefilled syr 150 mg/ml.....	114	mesalamine suppos 1000 mg	130
medroxyprogesterone acetate tab 2.5 mg.	124	mesalamine tab delayed release 1.2 gm.....	130
medroxyprogesterone acetate tab 5 mg	124	mesna tab 400 mg	50
medroxyprogesterone acetate tab 10 mg ..	124	MESNEX TAB 400MG	50
mefloquine hcl tab 250 mg.....	14	metformin hcl tab 500 mg.....	105
megestrol acetate susp 40 mg/ml	124	metformin hcl tab 850 mg.....	105
megestrol acetate susp 625 mg/5ml.....	124	metformin hcl tab 1000 mg	105
megestrol acetate tab 20 mg	30	metformin hcl tab er 24hr 500 mg	105
megestrol acetate tab 40 mg	30	metformin hcl tab er 24hr 750 mg.....	105
MEKINIST SOL 0.05/ML	42	methadone hcl soln 5 mg/5ml	6
MEKINIST TAB 0.5MG	42	methadone hcl soln 10 mg/5ml	6
MEKINIST TAB 2MG	42	methadone hcl tab 5 mg	7
MEKTOVI TAB 15MG.....	42	methadone hcl tab 10 mg	7
meleya tab 0.35mg.....	114	methadone hydrochloride i	7
meloxicam tab 7.5 mg	5	methazolamide tab 25 mg.....	64
meloxicam tab 15 mg	5	methazolamide tab 50 mg.....	64
memantine hcl cap er 24hr 7 mg	70	methenamine hippurate tab 1 gm.....	11
memantine hcl cap er 24hr 14 mg	70	methimazole tab 5 mg	125
memantine hcl cap er 24hr 21 mg	70	methimazole tab 10 mg.....	125
memantine hcl cap er 24hr 28 mg.....	70	methocarbamol tab 500 mg	101
memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 14-		methocarbamol tab 750 mg.....	101
10 mg	70	methotrexate sodium for inj 1 gm	29
memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 21-		methotrexate sodium inj 50 mg/2ml	
10 mg	70	(25 mg/ml)	29
memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr		methotrexate sodium inj 250 mg/10ml	
28-10 mg	70	(25 mg/ml)	29
memantine hcl oral solution 2 mg/ml.....	70	methotrexate sodium inj pf 50 mg/2ml	
memantine hcl tab 5 mg	70	(25 mg/ml)	29
memantine hcl tab 10 mg	70	methotrexate sodium inj pf 250 mg/10ml	
memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg		(25 mg/ml)	29
titration pack.....	70	methotrexate sodium inj pf 1000 mg/40ml	
MENACTRA INJ	147	(25 mg/ml)	29
MENQUADFI INJ	147	methotrexate sodium tab 2.5 mg (base	
MENVEO INJ	147	equiv)	144
MENVEO SOL	147	methsuximide cap 300 mg	90
mercaptopurine susp 2000 mg/100ml		methylphenidate hcl soln 5 mg/5ml.....	96
(20 mg/ml)	29	methylphenidate hcl soln 10 mg/5ml	96

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>methylphenidate hcl tab 5 mg</i>	96	<i>metoprolol succinate tab er 24hr 200 mg</i>	
<i>methylphenidate hcl tab 10 mg</i>	96	<i>(tartrate equiv)</i>	60
<i>methylphenidate hcl tab 20 mg</i>	96	<i>metoprolol tartrate iv soln 5 mg/5ml</i>	60
<i>methylphenidate hcl tab er 10 mg</i>	96	<i>metoprolol tartrate tab 25 mg</i>	60
<i>methylphenidate hcl tab er 20 mg</i>	96	<i>metoprolol tartrate tab 50 mg</i>	60
<i>methylprednisolone acetate inj susp</i>		<i>metoprolol tartrate tab 100 mg</i>	60
<i>40 mg/ml</i>	119	<i>metronidazole cream 0.75%</i>	174
<i>methylprednisolone acetate inj susp</i>		<i>metronidazole gel 0.75%</i>	174
<i>80 mg/ml</i>	120	<i>metronidazole iv soln 500 mg/100ml</i>	11
<i>methylprednisolone sod succ for inj 40 mg</i>		<i>metronidazole lotion 0.75%</i>	174
<i>(base equiv)</i>	120	<i>metronidazole tab 250 mg</i>	11
<i>methylprednisolone sod succ for inj 125 mg</i>		<i>metronidazole tab 500 mg</i>	11
<i>(base equiv)</i>	120	<i>metronidazole vaginal gel 0.75%</i>	135
<i>methylprednisolone sod succ for inj</i>		<i>metyrosine cap 250 mg</i>	66
<i>1000 mg (base equiv)</i>	120	<i>mibelas 24 fe</i>	115
<i>methylprednisolone tab 4 mg</i>	120	<i>micafungin sodium for iv soln 50 mg</i>	13
<i>methylprednisolone tab 8 mg</i>	120	<i>micafungin sodium for iv soln 100 mg</i>	13
<i>methylprednisolone tab 16 mg</i>	120	<i>miconazole 3 combo pack</i>	135
<i>methylprednisolone tab 32 mg</i>	120	<i>miconazole 7</i>	135
<i>methylprednisolone tab therapy pack 4 mg</i>		<i>miconazole nitrate cream 2%</i>	170
<i>(21)</i>	120	<i>MICONAZOLE SOL 2%</i>	170
<i>methyltestosterone cap 10 mg</i>	104	<i>micotrin ac</i>	170
<i>metoclopramide hcl inj 5 mg/ml (base</i>		<i>microgestin 1.5/30</i>	115
<i>equivalent)</i>	127	<i>microgestin 1/20</i>	115
<i>metoclopramide hcl soln 5 mg/5ml</i>		<i>microgestin fe 1.5/30</i>	115
<i>(10 mg/10ml) (base equiv)</i>	127	<i>microgestin fe 1/20</i>	115
<i>metoclopramide hcl tab 5 mg (base</i>		<i>midodrine hcl tab 2.5 mg</i>	66
<i>equivalent)</i>	128	<i>midodrine hcl tab 5 mg</i>	66
<i>metoclopramide hcl tab 10 mg (base</i>		<i>midodrine hcl tab 10 mg</i>	66
<i>equivalent)</i>	128	<i>MIEBO DRO 1.3GM/ML</i>	158
<i>metolazone tab 2.5 mg</i>	64	<i>mifepristone tab 300 mg</i>	122
<i>metolazone tab 5 mg</i>	64	<i>mili</i>	115
<i>metolazone tab 10 mg</i>	64	<i>mimvey</i>	118
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-</i>		<i>minocycline hcl cap 50 mg</i>	26
<i>25 mg</i>	59	<i>minocycline hcl cap 75 mg</i>	26
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-</i>		<i>minocycline hcl cap 100 mg</i>	27
<i>25 mg</i>	59	<i>minoxidil tab 2.5 mg</i>	66
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-</i>		<i>minoxidil tab 10 mg</i>	66
<i>50 mg</i>	59	<i>mintox maximum strength</i>	126
<i>metoprolol succinate tab er 24hr 25 mg</i>		<i>mirtazapine orally disintegrating tab 15 mg</i> .	73
<i>(tartrate equiv)</i>	60	<i>mirtazapine orally disintegrating tab 30 mg</i>	74
<i>metoprolol succinate tab er 24hr 50 mg</i>		<i>mirtazapine orally disintegrating tab 45 mg</i>	74
<i>(tartrate equiv)</i>	60	<i>mirtazapine tab 7.5 mg</i>	74
<i>metoprolol succinate tab er 24hr 100 mg</i>		<i>mirtazapine tab 15 mg</i>	74
<i>(tartrate equiv)</i>	60	<i>mirtazapine tab 30 mg</i>	74
		<i>mirtazapine tab 45 mg</i>	74

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>misoprostol tab 100 mcg</i>	132	MOUNJARO INJ 15MG/0.5	106
<i>misoprostol tab 200 mcg</i>	132	MOVANTIK TAB 12.5MG.....	132
MITIGARE CAP 0.6MG	1	MOVANTIK TAB 25MG	132
M-M-R II INJ	147	<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium</i>	
M-NATAL PLUS TAB	151	<i>chloride 0.8% inj</i>	23
<i>modafinil tab 100 mg</i>	101	<i>moxifloxacin hcl ophth soln 0.5% (base</i>	
<i>modafinil tab 200 mg</i>	101	<i>equiv)</i>	155
MODEYSO CAP 125MG.....	33	<i>moxifloxacin hcl tab 400 mg (base equiv)</i>	23
<i>moexipril hcl tab 7.5 mg</i>	52	<i>m-pap</i>	3
<i>moexipril hcl tab 15 mg</i>	52	MRESVIA INJ 50MCG	147
<i>molindone hcl tab 5 mg</i>	82	MULTAQ TAB 400MG.....	56
<i>molindone hcl tab 10 mg</i>	82	<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	150
<i>molindone hcl tab 25 mg</i>	82	<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	150
<i>mometasone furoate cream 0.1%</i>	173	<i>multivitamin/fluoride</i>	153
<i>mometasone furoate oint 0.1%</i>	173	<i>multi-vitamin/fluoride dr</i>	153
<i>mometasone furoate solution 0.1% (lotion)</i> .	173	<i>multi-vitamin/fluoride/ir</i>	153
MONJUVI INJ 200MG.....	42	MULTIVITAMIN WITH FLUORID	153
<i>mono-lynyah</i>	115	<i>multi-vit/iron/fluoride</i>	153
<i>montelukast sodium chew tab 4 mg (base</i>		<i>mupirocin oint 2%</i>	169
<i>equiv)</i>	163	<i>my choice</i>	115
<i>montelukast sodium chew tab 5 mg (base</i>		<i>mycophenolate mofetil cap 250 mg</i>	146
<i>equiv)</i>	163	<i>mycophenolate mofetil for oral susp</i>	
<i>montelukast sodium oral granules packet</i>		<i>200 mg/ml</i>	146
<i>4 mg (base equiv)</i>	163	<i>mycophenolate mofetil tab 500 mg</i>	146
<i>montelukast sodium tab 10 mg (base</i>		<i>mycophenolate sodium tab dr 180 mg</i>	
<i>equiv)</i>	163	<i>(mycophenolic acid equiv)</i>	146
<i>morphine sulfate iv soln 2 mg/ml</i>	8	<i>mycophenolate sodium tab dr 360 mg</i>	
<i>morphine sulfate iv soln 4 mg/ml</i>	8	<i>(mycophenolic acid equiv)</i>	146
<i>morphine sulfate iv soln 8 mg/ml</i>	8	<i>mycozyl ac</i>	170
<i>morphine sulfate iv soln 10 mg/ml</i>	8	MYRBETRIQ SUS 8MG/ML	135
<i>morphine sulfate oral soln 10 mg/5ml</i>	8	MYRBETRIQ TAB 25MG	135
<i>morphine sulfate oral soln 20 mg/5ml</i>	8	MYRBETRIQ TAB 50MG.....	135
<i>morphine sulfate oral soln 100 mg/5ml</i>		<i>my way</i>	115
<i>(20 mg/ml)</i>	8		
<i>morphine sulfate tab 15 mg</i>	8	N	
<i>morphine sulfate tab 30 mg</i>	8	<i>nabumetone tab 500 mg</i>	5
<i>morphine sulfate tab er 15 mg</i>	7	<i>nabumetone tab 750 mg</i>	5
<i>morphine sulfate tab er 30 mg</i>	7	<i>nadolol tab 20 mg</i>	60
<i>morphine sulfate tab er 60 mg</i>	7	<i>nadolol tab 40 mg</i>	60
<i>morphine sulfate tab er 100 mg</i>	7	<i>nadolol tab 80 mg</i>	60
<i>morphine sulfate tab er 200 mg</i>	7	<i>nafcillin sodium for inj 1 gm</i>	25
MOUNJARO INJ 2.5/0.5	106	<i>nafcillin sodium for inj 2 gm</i>	25
MOUNJARO INJ 5MG/0.5.....	106	<i>nafcillin sodium for iv soln 10 gm</i>	25
MOUNJARO INJ 7.5/0.5.....	106	NAGLAZYME INJ 1MG/ML	122
MOUNJARO INJ 10MG/0.5	106	<i>nalbuphine hcl inj 10 mg/ml</i>	8
MOUNJARO INJ 12.5/0.5.....	106	<i>nalbuphine hcl inj 20 mg/ml</i>	8

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>naloxone hcl inj 0.4 mg/ml</i>	102	<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	155
<i>naloxone hcl inj 4 mg/10ml</i>	103	<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	158
<i>naloxone hcl nasal spray 4 mg/0.1ml</i>	103	<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp</i>	
<i>naloxone hcl soln cartridge 0.4 mg/ml</i>	103	<i>3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	159
<i>naloxone hcl soln prefilled syringe</i>		<i>neomycin sulfate tab 500 mg</i>	11
<i>0.4 mg/ml</i>	103	<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op</i>	
<i>naloxone hcl soln prefilled syringe</i>		<i>oin</i>	155
<i>2 mg/2ml</i>	103	<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	154
<i>naltrexone hcl tab 50 mg</i>	103	NEPHPLEX RX TAB	154
NAMZARIC CAP 7-10MG	70	NERLYNX TAB 40MG	42
NAMZARIC CAP 14-10MG	70	<i>nevirapine susp 50 mg/5ml</i>	15
NAMZARIC CAP 21-10MG	70	<i>nevirapine tab 200 mg</i>	15
NAMZARIC CAP 28-10MG	70	<i>nevirapine tab er 24hr 400 mg</i>	15
NAMZARIC CAP PACK	70	<i>new day</i>	115
<i>naproxen sodium tab 220 mg</i>	5	NEXLETOL TAB 180MG	59
<i>naproxen sodium tab 275 mg</i>	5	NEXLIZET TAB 180/10MG	59
<i>naproxen sodium tab 550 mg</i>	5	NEXPLANON IMP 68MG	115
<i>naproxen tab 250 mg</i>	5	<i>niacin tab er 500 mg (antihyperlipidemic)</i>	59
<i>naproxen tab 375 mg</i>	5	<i>niacin tab er 750 mg (antihyperlipidemic)</i>	59
<i>naproxen tab 500 mg</i>	5	<i>niacin tab er 1000 mg (antihyperlipidemic)</i>	59
<i>naproxen tab ec 375 mg</i>	5	<i>nicardipine hcl cap 20 mg</i>	63
<i>naratriptan hcl tab 1 mg (base equiv)</i>	98	<i>nicardipine hcl cap 30 mg</i>	63
<i>naratriptan hcl tab 2.5 mg (base equiv)</i>	98	<i>nicotine mini lozenge</i>	103
NASCOBAL SPR 500MCG	153	<i>nicotine polacrilex gum 2 mg</i>	103
NATACYN SUS 5% OP	155	<i>nicotine polacrilex gum 4 mg</i>	103
<i>nateglinide tab 60 mg</i>	106	<i>nicotine polacrilex lozenge 2 mg</i>	103
<i>nateglinide tab 120 mg</i>	106	<i>nicotine polacrilex lozenge 4 mg</i>	103
NAYZILAM SPR 5MG	90	<i>nicotine polacrilex mini</i>	103
<i>nebivolol hcl tab 2.5 mg (base equivalent)</i>	61	NICOTINE SYS KIT TRANSDER	103
<i>nebivolol hcl tab 5 mg (base equivalent)</i>	61	<i>nicotine td patch 24hr 7 mg/24hr</i>	103
<i>nebivolol hcl tab 10 mg (base equivalent)</i>	61	<i>nicotine td patch 24hr 14 mg/24hr</i>	103
<i>nebivolol hcl tab 20 mg (base equivalent)</i>	61	<i>nicotine td patch 24hr 21 mg/24hr</i>	103
necon 0.5/35-28	115	<i>nicotine transdermal syst</i>	103
<i>nefazodone hcl tab 50 mg</i>	74	NICOTROL INH	103
<i>nefazodone hcl tab 100 mg</i>	74	NICOTROL NS SPR 10MG/ML	103
<i>nefazodone hcl tab 150 mg</i>	74	<i>nifedipine tab er 24hr 30 mg</i>	63
<i>nefazodone hcl tab 200 mg</i>	74	<i>nifedipine tab er 24hr 60 mg</i>	63
<i>nefazodone hcl tab 250 mg</i>	74	<i>nifedipine tab er 24hr 90 mg</i>	63
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-</i>		<i>nifedipine tab er 24hr osmotic release</i>	
<i>400unt-10000unt op oin</i>	155	<i>30 mg</i>	63
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol</i>		<i>nifedipine tab er 24hr osmotic release</i>	
<i>1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	155	<i>60 mg</i>	63
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth</i>		<i>nifedipine tab er 24hr osmotic release</i>	
<i>oint 0.1%</i>	154	<i>90 mg</i>	63
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth</i>		nikki	115
<i>susp 0.1%</i>	155	<i>nilotinib hcl cap 50 mg (base equivalent)</i>	42

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>nilotinib hcl cap 150 mg (base equivalent)....</i>	42	<i>norethindrone tab 0.35 mg.....</i>	115
<i>nilotinib hcl cap 200 mg (base equivalent)...</i>	42	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	115
<i>nilutamide tab 150 mg</i>	31	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	115
<i>nimodipine cap 30 mg</i>	63	<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	115
<i>NINLARO CAP 2.3MG</i>	42	<i>norlyroc</i>	115
<i>NINLARO CAP 3MG</i>	42	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	115
<i>NINLARO CAP 4MG</i>	42	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	115
<i>nitazoxanide tab 500 mg</i>	11	<i>nortrel 1/35 (28).....</i>	116
<i>nitisinone cap 2 mg.....</i>	122	<i>nortrel 7/7/7.....</i>	116
<i>nitisinone cap 5 mg</i>	122	<i>nortriptyline hcl cap 10 mg</i>	74
<i>nitisinone cap 10 mg.....</i>	122	<i>nortriptyline hcl cap 25 mg.....</i>	74
<i>nitisinone cap 20 mg</i>	122	<i>nortriptyline hcl cap 50 mg</i>	74
<i>NITRO-BID OIN 2%.....</i>	66	<i>nortriptyline hcl cap 75 mg.....</i>	74
<i>nitrofurantoin macrocrystalline cap 50 mg ...</i>	11	<i>nortriptyline hcl cap 75 mg.....</i>	74
<i>nitrofurantoin macrocrystalline cap 100 mg .</i>	11	<i>nortriptyline hcl soln 10 mg/5ml</i>	74
<i>nitrofurantoin monohydrate macrocrystalline cap 100 mg</i>	11	<i>NORVIR POW 100MG.....</i>	15
<i>nitroglycerin oint 0.4%</i>	174	<i>NOVOLIN INJ 70/30</i>	108
<i>nitroglycerin sl tab 0.3 mg</i>	66	<i>NOVOLIN INJ 70/30 FP</i>	108
<i>nitroglycerin sl tab 0.4 mg</i>	67	<i>NOVOLIN N INJ 100 UNIT</i>	108
<i>nitroglycerin sl tab 0.6 mg</i>	67	<i>NOVOLIN N INJ U-100.....</i>	108
<i>nitroglycerin td patch 24hr 0.1 mg/hr.....</i>	67	<i>NOVOLIN R INJ 100 UNIT</i>	108
<i>nitroglycerin td patch 24hr 0.2 mg/hr.....</i>	67	<i>NOVOLIN R INJ U-100</i>	108
<i>nitroglycerin td patch 24hr 0.4 mg/hr.....</i>	67	<i>NOVOLOG INJ 100/ML</i>	108
<i>nitroglycerin td patch 24hr 0.6 mg/hr.....</i>	67	<i>NOVOLOG INJ FLEXPEN</i>	108
<i>nitroglycerin tl soln 0.4 mg/spray (400 mcg/spray)</i>	67	<i>NOVOLOG INJ PENFILL</i>	108
<i>NIVA-FOL TAB</i>	154	<i>NOVOLOG MIX INJ 70/30</i>	108
<i>nizatidine cap 150 mg.....</i>	130	<i>NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN.....</i>	108
<i>nizatidine cap 300 mg.....</i>	130	<i>NUBEQA TAB 300MG.....</i>	31
<i>nora-be.....</i>	115	<i>NUDEXTA CAP 20-10MG.....</i>	100
<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr</i>	115	<i>NULOJIX INJ 250MG</i>	146
<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab 1 mg-20 mcg (24)</i>	115	<i>NUPLAZID CAP 34MG</i>	82
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	115	<i>NUPLAZID TAB 10MG.....</i>	82
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg.....</i>	115	<i>NURTEC TAB 75MG ODT</i>	98
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg.....</i>	118	<i>NUTRILIPID EMU 20%.....</i>	152
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	118	<i>NUZYRA INJ 100MG.....</i>	27
<i>norethindrone acetate tab 5 mg</i>	124	<i>NUZYRA TAB 150MG.....</i>	27
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg</i>	115	<i>nyamyc</i>	170
		<i>nylia 1/35</i>	116
		<i>nylia 7/7/7</i>	116
		<i>nystatin cream 100000 unit/gm</i>	170
		<i>nystatin oint 100000 unit/gm</i>	170
		<i>nystatin susp 100000 unit/ml</i>	175
		<i>nystatin tab 500000 unit</i>	13
		<i>nystatin topical powder 100000 unit/gm ...</i>	170

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>nystop</i>	170	<i>olanzapine orally disintegrating tab 5 mg</i>	82
O		<i>olanzapine orally disintegrating tab 10 mg</i> ...	82
<i>ocella</i>	116	<i>olanzapine orally disintegrating tab 15 mg</i> ...	82
OCTAGAM INJ 1GM.....	145	<i>olanzapine orally disintegrating tab 20 mg</i> ..	82
OCTAGAM INJ 2.5GM.....	145	<i>olanzapine tab 2.5 mg</i>	82
OCTAGAM INJ 2GM/20ML	145	<i>olanzapine tab 5 mg</i>	82
OCTAGAM INJ 5GM	145	<i>olanzapine tab 7.5 mg</i>	82
OCTAGAM INJ 5GM/50ML.....	145	<i>olanzapine tab 10 mg</i>	82
OCTAGAM INJ 10/100ML	145	<i>olanzapine tab 15 mg</i>	82
OCTAGAM INJ 10GM	145	<i>olanzapine tab 20 mg</i>	82
OCTAGAM INJ 20/200ML.....	145	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i>	
OCTAGAM INJ 30/300ML.....	145	<i>tab 20-5-12.5 mg</i>	54
<i>octreotide acetate inj 50 mcg/ml</i>		<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i>	
<i>(0.05 mg/ml)</i>	122	<i>tab 40-5-12.5 mg</i>	54
<i>octreotide acetate inj 100 mcg/ml</i>		<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i>	
<i>(0.1 mg/ml)</i>	123	<i>tab 40-5-25 mg</i>	54
<i>octreotide acetate inj 200 mcg/ml</i>		<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i>	
<i>(0.2 mg/ml)</i>	123	<i>tab 40-10-12.5 mg</i>	55
<i>octreotide acetate inj 500 mcg/ml</i>		<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i>	
<i>(0.5 mg/ml)</i>	123	<i>tab 40-10-25 mg</i>	55
<i>octreotide acetate inj 1000 mcg/ml</i>		<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i>	
<i>(1 mg/ml)</i>	123	<i>tab 20-12.5 mg</i>	54
<i>octreotide acetate subcutaneous soln pref</i>		<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i>	
<i>syr 50 mcg/ml</i>	123	<i>tab 40-12.5 mg</i>	54
<i>octreotide acetate subcutaneous soln pref</i>		<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i>	
<i>syr 100 mcg/ml</i>	123	<i>tab 40-25 mg</i>	54
<i>octreotide acetate subcutaneous soln pref</i>		<i>olmesartan medoxomil tab 5 mg</i>	56
<i>syr 500 mcg/ml</i>	123	<i>olmesartan medoxomil tab 20 mg</i>	56
ODEFSEY TAB	17	<i>olmesartan medoxomil tab 40 mg</i>	56
ODOMZO CAP 200MG	42	<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	59
OFEV CAP 100MG	165	<i>omeprazole cap delayed release 10 mg</i>	133
OFEV CAP 150MG.....	165	<i>omeprazole cap delayed release 20 mg</i>	133
<i>ofloxacin ophth soln 0.3%</i>	155	<i>omeprazole cap delayed release 40 mg</i>	133
<i>ofloxacin otic soln 0.3%</i>	159	<i>omeprazole delayed release tab 20 mg</i>	134
OGIVRI INJ 150MG	43	<i>omeprazole magnesium cap dr 20.6 mg</i>	
OGIVRI INJ 420MG.....	43	<i>(20 mg base equiv)</i>	134
OGSIVEO TAB 50MG.....	43	OMNIPOD 5 DX KIT INT G7G6	108
OGSIVEO TAB 100MG	43	OMNIPOD 5 DX MIS POD G7G6	108
OGSIVEO TAB 150MG	43	OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO	108
OJEMDA SUS 25MG/ML	43	OMNIPOD 5 G7 MIS PODS	108
OJEMDA TAB 100MG.....	43	OMNIPOD 5 L2 KIT INTRO G6	108
OJJAARA TAB 100MG	43	OMNIPOD 5 L2 MIS PODS G6	108
OJJAARA TAB 150MG	43	OMNIPOD DASH KIT INTRO.....	108
OJJAARA TAB 200MG	43	OMNIPOD DASH MIS PODS.....	108
<i>olanzapine for im inj 10 mg</i>	82	OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY.....	108
		OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY	108

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	108	oxacillin sodium for iv soln 10 gm (base equivalent)	25
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY	108	oxaliplatin for iv inj 50 mg	28
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY	108	oxaliplatin for iv inj 100 mg.....	28
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY	108	oxaliplatin iv soln 50 mg/10ml.....	28
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY.....	108	oxaliplatin iv soln 100 mg/20ml	28
OMNIPOD MIS CLASSIC	109	oxaliplatin iv soln 200 mg/40ml.....	28
ondansetron hcl inj 4 mg/2ml (2 mg/ml)	128	oxcarbazepine susp 300 mg/5ml (60 mg/ml)	90
ondansetron hcl inj 40 mg/20ml (2 mg/ml) 128		oxcarbazepine tab 150 mg.....	90
ondansetron hcl inj soln pref syr 4 mg/2ml 128		oxcarbazepine tab 300 mg.....	90
ondansetron hcl oral soln 4 mg/5ml	128	oxcarbazepine tab 600 mg	90
ondansetron hcl tab 4 mg.....	128	oxybutynin chloride solution 5 mg/5ml	135
ondansetron hcl tab 8 mg.....	128	oxybutynin chloride tab 5 mg.....	135
ondansetron orally disintegrating tab 4 mg 128		oxybutynin chloride tab er 24hr 5 mg	135
ondansetron orally disintegrating tab 8 mg 128		oxybutynin chloride tab er 24hr 10 mg.....	135
ONTRUZANT INJ 150MG	43	oxybutynin chloride tab er 24hr 15 mg	135
ONTRUZANT INJ 420MG	43	oxycodone hcl conc 100 mg/5ml (20 mg/ml) 8	
ONUREG TAB 200MG	29	oxycodone hcl soln 5 mg/5ml.....	8
ONUREG TAB 300MG	29	oxycodone hcl tab 5 mg.....	8
opcicon one-step	116	oxycodone hcl tab 10 mg	8
OPIPZA MIS 2MG.....	82	oxycodone hcl tab 15 mg	8
OPIPZA MIS 5MG.....	82	oxycodone hcl tab 20 mg	8
OPIPZA MIS 10MG.....	82	oxycodone hcl tab 30 mg	8
OPSUMIT TAB 10MG	67	oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg	8
option 2	116	oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg 9	
ORGOVYX TAB 120MG	31	oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg	9
ORKAMBI GRA 75-94MG	165	oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg	9
ORKAMBI GRA 100-125	165	OXYCONTIN TAB 10MG ER	7
ORKAMBI GRA 150-188	165	OXYCONTIN TAB 15MG ER.....	7
ORKAMBI TAB 100-125	165	OXYCONTIN TAB 20MG ER.....	7
ORKAMBI TAB 200-125.....	165	OXYCONTIN TAB 30MG ER.....	7
orlistat cap 120 mg	109	OXYCONTIN TAB 40MG ER.....	7
orquidea tab 0.35mg.....	116	OXYCONTIN TAB 60MG ER.....	7
ORSERDU TAB 86MG.....	31	OXYCONTIN TAB 80MG ER.....	7
ORSERDU TAB 345MG.....	31	OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE)	106
oseltamivir phosphate cap 30 mg (base equiv)	19	OZEMPIC (1MG/DOSE).....	106
oseltamivir phosphate cap 45 mg (base equiv)	19	OZEMPIC (2MG/DOSE).....	106
oseltamivir phosphate cap 75 mg (base equiv)	19		
oseltamivir phosphate for susp 6 mg/ml (base equiv)	19	P	
oxacillin sodium for inj 1 gm (base equivalent)	25	pacerone	57
oxacillin sodium for inj 2 gm (base equivalent)	25	paclitaxel inj 100mg.....	33
		paclitaxel iv conc 30 mg/5ml (6 mg/ml).....	33

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>paclitaxel iv conc 100 mg/16.7ml (6 mg/ml)</i> ..34		PEGASYS INJ 180MCG/M	19
<i>paclitaxel iv conc 150 mg/25ml (6 mg/ml)</i> ...34		PEMAZYRE TAB 4.5MG	43
<i>paclitaxel iv conc 300 mg/50ml (6 mg/ml)</i> ..34		PEMAZYRE TAB 9MG.....	43
<i>pain & fever childrens</i>	3	PEMAZYRE TAB 13.5MG	43
<i>pain & fever infants</i>	3	<i>pemetrexed disodium for iv soln 100 mg</i>	
<i>paliperidone tab er 24hr 1.5 mg</i>	82	(base equiv)	29
<i>paliperidone tab er 24hr 3 mg</i>	82	<i>pemetrexed disodium for iv soln 500 mg</i>	
<i>paliperidone tab er 24hr 6 mg</i>	82	(base equiv)	29
<i>paliperidone tab er 24hr 9 mg</i>	82	<i>pemetrexed disodium for iv soln 750 mg</i>	
<i>pamidronate disodium iv soln 3 mg/ml</i> 110		(base equiv)	29
<i>pamidronate disodium iv soln 9 mg/ml</i> 110		<i>pemetrexed disodium for iv soln 1000 mg</i>	
PAMIDRONATE INJ 6MG/ML.....	110	(base equiv)	29
PANRETIN GEL 0.1%.....	174	PENBRAYA INJ.....	148
<i>pantoprazole sodium ec tab 20 mg (base</i>		<i>penicillamine tab 250 mg</i>	111
<i>equiv)</i>	134	<i>penicillin g potassium for inj 5000000 unit</i> ..25	
<i>pantoprazole sodium ec tab 40 mg (base</i>		<i>penicillin g potassium for inj 20000000 unit</i> 25	
<i>equiv)</i>	134	<i>penicillin g sodium for inj 5000000 unit</i>25	
<i>pantoprazole sodium for iv soln 40 mg (base</i>		<i>penicillin v potassium for soln 125 mg/5ml</i> ..26	
<i>equiv)</i>	134	<i>penicillin v potassium for soln 250 mg/5ml</i> .26	
PANZYGA SOL 1GM/10ML.....	145	<i>penicillin v potassium tab 250 mg</i>	26
PANZYGA SOL 2.5/25ML	145	<i>penicillin v potassium tab 500 mg</i>	26
PANZYGA SOL 5GM/50ML.....	145	PENMENVY INJ.....	148
PANZYGA SOL 10/100ML	145	PENTACEL INJ.....	148
PANZYGA SOL 20/200ML.....	145	<i>pentamidine isethionate inh</i>	11
PANZYGA SOL 30/300ML.....	145	<i>pentamidine isethionate inj</i>	11
<i>paricalcitol cap 1 mcg</i>	125	<i>pentoxifylline tab er 400 mg</i>	139
<i>paricalcitol cap 2 mcg</i>	125	<i>perampanel tab 2 mg</i>	90
<i>paricalcitol cap 4 mcg</i>	125	<i>perampanel tab 4 mg</i>	90
<i>paroxetine hcl oral susp 10 mg/5ml (base</i>		<i>perampanel tab 6 mg</i>	91
<i>equiv)</i>	74	<i>perampanel tab 8 mg</i>	91
<i>paroxetine hcl tab 10 mg</i>	74	<i>perampanel tab 10 mg</i>	91
<i>paroxetine hcl tab 20 mg</i>	74	<i>perampanel tab 12 mg</i>	91
<i>paroxetine hcl tab 30 mg</i>	74	<i>perindopril erbumine tab 2 mg</i>	52
<i>paroxetine hcl tab 40 mg</i>	74	<i>perindopril erbumine tab 4 mg</i>	52
PAXLOVID PAK.....	19	<i>perindopril erbumine tab 8 mg</i>	52
PAXLOVID TAB 150-100	19	<i>periogard</i>	175
PAXLOVID TAB 300-100	19	<i>permethrin cream 5%</i>	175
<i>pazopanib hcl tab 200 mg (base equiv)</i>43		<i>perphenazine tab 2 mg</i>	82
PEDIACLEARPD LIQ 0.625/ML	162	<i>perphenazine tab 4 mg</i>	82
PEDIARIX INJ 0.5ML	147	<i>perphenazine tab 8 mg</i>	82
PEDVAX HIB INJ.....	147	<i>perphenazine tab 16 mg</i>	83
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for</i>		<i>pfizerpen</i>	26
<i>soln 236 gm</i>	131	PHENDIMETRAZ CAP 105MG ER	109
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420</i>		<i>phendimetrazine tartrate tab 35 mg</i>	109
<i>gm</i>	131	<i>phenelzine sulfate tab 15 mg</i>	74
PEGASYS INJ.....	19	<i>phenobarbital elixir 20 mg/5ml</i>	91

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>phenobarbital sodium inj 65 mg/ml</i>	91	<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	26
<i>phenobarbital sodium inj 130 mg/ml</i>	91	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	26
<i>phenobarbital tab 15 mg</i>	91	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	26
<i>phenobarbital tab 16.2 mg</i>	91	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	26
<i>phenobarbital tab 30 mg</i>	91	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	26
<i>phenobarbital tab 32.4 mg</i>	91	PIQRAY 200MG TAB DOSE	43
<i>phenobarbital tab 60 mg</i>	91	PIQRAY 250MG TAB DOSE	43
<i>phenobarbital tab 64.8 mg</i>	91	PIQRAY 300MG TAB DOSE	43
<i>phenobarbital tab 97.2 mg</i>	91	<i>pirfenidone cap 267 mg</i>	165
<i>phenobarbital tab 100 mg</i>	92	<i>pirfenidone tab 267 mg</i>	165
<i>phentermine hcl cap 15 mg</i>	109	<i>pirfenidone tab 534 mg</i>	165
<i>phentermine hcl cap 30 mg</i>	109	<i>pirfenidone tab 801 mg</i>	165
<i>phentermine hcl cap 37.5 mg</i>	109	<i>piroxicam cap 10 mg</i>	5
<i>phentermine hcl tab 37.5 mg</i>	109	<i>piroxicam cap 20 mg</i>	5
<i>phenytek</i>	92	<i>plenamine</i>	152
<i>phenytoin chew tab 50 mg</i>	92	PLENVU SOL	131
<i>phenytoin sodium extended cap 100 mg</i>	92	<i>podofilox soln 0.5%</i>	174
<i>phenytoin sodium extended cap 200 mg</i>	92	<i>polycin ophth oint</i>	155
<i>phenytoin sodium extended cap 300 mg</i>	92	<i>polyethylene glycol 3350 oral packet 17 gm</i>	131
<i>phenytoin sodium inj 50 mg/ml</i>	92	<i>polymyxin b sulfate for inj 500000 unit</i>	11
<i>phenytoin susp 125 mg/5ml</i>	92	<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	155
PHESGO SOL	43	POLY-VI-FLOR CHW 0.5MG	154
<i>philith</i>	116	POLY-VI-FLOR CHW 0.25MG	154
<i>phospha 250 neutral</i>	153	POLY-VI-FLOR CHW 1MG	154
<i>phytonadione inj 1 mg/0.5ml (2 mg/ml)</i>	154	POLY-VI-FLOR CHW W/IRON	154
<i>phytonadione inj 10 mg/ml</i>	154	POLY-VI-FLOR SUS 0.25/ML	154
<i>phytonadione tab 5 mg</i>	154	POMALYST CAP 1MG	32
PIFELTRO TAB 100MG	15	POMALYST CAP 2MG	32
<i>pilocarpine hcl ophth soln 1%</i>	157	POMALYST CAP 3MG	32
<i>pilocarpine hcl ophth soln 2%</i>	157	POMALYST CAP 4MG	32
<i>pilocarpine hcl ophth soln 4%</i>	157	<i>portia-28</i>	116
<i>pilocarpine hcl tab 5 mg</i>	175	<i>posaconazole susp 40 mg/ml</i>	13
<i>pilocarpine hcl tab 7.5 mg</i>	175	<i>posaconazole tab delayed release 100 mg</i> ...	14
<i>pimecrolimus cream 1%</i>	174	<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	150
<i>pimozide tab 1 mg</i>	83	<i>potassium chloride cap er 8 meq</i>	151
<i>pimozide tab 2 mg</i>	83	<i>potassium chloride cap er 10 meq</i>	151
<i>pimtrea</i>	116	<i>potassium chloride inj 2 meq/ml</i>	150
<i>pindolol tab 5 mg</i>	61	<i>potassium chloride inj 10 meq/50ml</i>	150
<i>pindolol tab 10 mg</i>	61	<i>potassium chloride inj 10 meq/100ml</i>	150
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-500 mg</i>	106		
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg</i>	106		
<i>pioglitazone hcl tab 15 mg (base equiv)</i>	106		
<i>pioglitazone hcl tab 30 mg (base equiv)</i>	106		
<i>pioglitazone hcl tab 45 mg (base equiv)</i>	106		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>potassium chloride inj 20 meq/50ml</i>	150	<i>prednisolone sod phosphate oral soln</i>	
<i>potassium chloride inj 20 meq/100ml</i>	150	15 mg/5ml (base equiv)	120
<i>potassium chloride inj 40 meq/100ml</i>	150	<i>prednisolone soln 15 mg/5ml</i>	120
<i>potassium chloride microencapsulated crys</i>		PREDNISON E CON 5MG/ML	120
<i>er tab 10 meq</i>	151	<i>prednisone oral soln 5 mg/5ml</i>	120
<i>potassium chloride microencapsulated crys</i>		<i>prednisone tab 1 mg</i>	120
<i>er tab 15 meq</i>	151	<i>prednisone tab 2.5 mg</i>	120
<i>potassium chloride microencapsulated crys</i>		<i>prednisone tab 5 mg</i>	120
<i>er tab 20 meq</i>	151	<i>prednisone tab 10 mg</i>	120
<i>potassium chloride oral soln 10% (20</i>		<i>prednisone tab 20 mg</i>	120
<i>meq/15ml)</i>	151	<i>prednisone tab 50 mg</i>	120
<i>potassium chloride oral soln 20% (40</i>		<i>prednisone tab therapy pack 5 mg (21)</i>	120
<i>meq/15ml)</i>	151	<i>prednisone tab therapy pack 5 mg (48)</i>	120
<i>potassium chloride powder packet 20 meq</i>	151	<i>prednisone tab therapy pack 10 mg (21)</i>	120
<i>potassium chloride tab er 8 meq (600 mg)</i> .	151	<i>prednisone tab therapy pack 10 mg (48)</i>	121
<i>potassium chloride tab er 10 meq</i>	151	PRED SOD PHO SOL 1% OP	156
<i>potassium chloride tab er 20 meq</i>		<i>pregabalin cap 25 mg</i>	92
<i>(1500 mg)</i>	152	<i>pregabalin cap 50 mg</i>	92
<i>potassium citrate tab er 5 meq (540 mg)</i> ...	134	<i>pregabalin cap 75 mg</i>	92
<i>potassium citrate tab er 10 meq (1080 mg)</i>	134	<i>pregabalin cap 100 mg</i>	92
<i>potassium citrate tab er 15 meq (1620 mg)</i>	134	<i>pregabalin cap 150 mg</i>	92
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	150	<i>pregabalin cap 200 mg</i>	92
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	150	<i>pregabalin cap 225 mg</i>	92
POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	150	<i>pregabalin cap 300 mg</i>	92
<i>povidone-iodine soln 10%</i>	174	<i>pregabalin soln 20 mg/ml</i>	92
<i>pramipexole dihydrochloride tab 0.5 mg</i>	77	PREMASOL SOL 10%	152
<i>pramipexole dihydrochloride tab 0.25 mg</i> ...	77	PRENATAL TAB 27-1MG	152
<i>pramipexole dihydrochloride tab 0.75 mg</i> ...	77	PRENATAL TAB PLUS	152
<i>pramipexole dihydrochloride tab 0.125 mg</i> ..	77	<i>prevalite</i>	59
<i>pramipexole dihydrochloride tab 1.5 mg</i>	77	PREVYMIS TAB 240MG	19
<i>pramipexole dihydrochloride tab 1 mg</i>	77	PREVYMIS TAB 480MG	19
<i>prasugrel hcl tab 5 mg (base equiv)</i>	139	PREZCOBIX TAB 675/150	17
<i>prasugrel hcl tab 10 mg (base equiv)</i>	139	PREZCOBIX TAB 800-150	17
<i>pravastatin sodium tab 10 mg</i>	58	PREZISTA SUS 100MG/ML	15
<i>pravastatin sodium tab 20 mg</i>	58	PREZISTA TAB 75MG	15
<i>pravastatin sodium tab 40 mg</i>	58	PREZISTA TAB 150MG	16
<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</i>	
<i>prazosin hcl cap 1 mg</i>	53	<i>base)</i>	14
<i>prazosin hcl cap 2 mg</i>	53	PRIMAQUINE TAB 26.3MG	14
<i>prazosin hcl cap 5 mg</i>	53	<i>primidone tab 50 mg</i>	92
<i>prednisolone acetate ophth susp 1%</i>	156	<i>primidone tab 125 mg</i>	92
<i>prednisolone sodium phosphate oral soln</i>		<i>primidone tab 250 mg</i>	92
25 mg/5ml (base eq)	120	PRIORIX INJ	148
<i>prednisolone sod phosphate oral soln</i>		PRIVIGEN INJ 5 GRAMS	145
5 mg/5ml (base equiv)	120	PRIVIGEN INJ 10GRAMS	145

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
PRIVIGEN INJ 20GRAMS.....	145	<i>propranolol hcl tab 40 mg</i>	61
PRIVIGEN INJ 40GRAMS.....	145	<i>propranolol hcl tab 60 mg</i>	61
<i>probenecid tab 500 mg</i>	1	<i>propranolol hcl tab 80 mg</i>	61
<i>prochlorperazine edisylate inj 10 mg/2ml...</i>	128	<i>propylthiouracil tab 50 mg</i>	125
<i>prochlorperazine maleate tab 5 mg (base</i>		PROQUAD INJ	148
<i>equivalent)</i>	128	PROSOL INJ 20%	152
<i>prochlorperazine maleate tab 10 mg (base</i>		<i>protriptyline hcl tab 5 mg</i>	74
<i>equivalent)</i>	128	<i>protriptyline hcl tab 10 mg</i>	74
<i>prochlorperazine suppos 25 mg</i>	128	PULMOZYME SOL 1MG/ML	165
PROCRIT INJ 2000/ML.....	138	PURIXAN SUS 20MG/ML	29
PROCRIT INJ 3000/ML	138	<i>pyrazinamide tab 500 mg</i>	18
PROCRIT INJ 4000/ML	138	<i>pyridostigmine bromide tab 60 mg</i>	100
PROCRIT INJ 10000/ML.....	138	<i>pyridoxine hcl inj 100 mg/ml</i>	154
PROCRIT INJ 20000/ML	138	<i>pyrimethamine tab 25 mg</i>	11
PROCRIT INJ 40000/ML.....	138	PYZCHIVA INJ 45/0.5ML.....	141
<i>proctocort</i>	174	PYZCHIVA INJ 90MG/ML.....	142
<i>procto-med hc</i>	174	PYZCHIVA INJ 130/26ML	142
<i>proctosol hc</i>	174		
<i>proctozone-hc</i>	174	Q	
<i>progesterone cap 100 mg</i>	124	<i>qc enema</i>	131
<i>progesterone cap 200 mg</i>	124	QINLOCK TAB 50MG.....	44
PROGRAF GRA 0.2MG.....	146	QUADRACEL INJ 0.5ML	148
PROGRAF GRA 1MG.....	146	<i>quetiapine fumarate tab 25 mg</i>	83
PROLASTIN-C INJ 1000MG	165	<i>quetiapine fumarate tab 50 mg</i>	83
PROLIA INJ 60MG/ML.....	110	<i>quetiapine fumarate tab 100 mg</i>	83
<i>promethazine hcl inj 25 mg/ml</i>	128	<i>quetiapine fumarate tab 150 mg</i>	83
<i>promethazine hcl inj 50 mg/ml</i>	128	<i>quetiapine fumarate tab 200 mg</i>	83
<i>promethazine hcl oral soln 6.25 mg/5ml...</i>	128	<i>quetiapine fumarate tab 300 mg</i>	83
<i>promethazine hcl tab 12.5 mg</i>	128	<i>quetiapine fumarate tab 400 mg</i>	83
<i>promethazine hcl tab 25 mg</i>	129	<i>quetiapine fumarate tab er 24hr 50 mg</i>	83
<i>promethazine hcl tab 50 mg</i>	129	<i>quetiapine fumarate tab er 24hr 150 mg</i>	83
<i>propafenone hcl cap er 12hr 225 mg</i>	57	<i>quetiapine fumarate tab er 24hr 200 mg</i>	83
<i>propafenone hcl cap er 12hr 325 mg</i>	57	<i>quetiapine fumarate tab er 24hr 300 mg</i>	83
<i>propafenone hcl cap er 12hr 425 mg</i>	57	<i>quetiapine fumarate tab er 24hr 400 mg</i>	83
<i>propafenone hcl tab 150 mg</i>	57	QUFLORA FE CHW	154
<i>propafenone hcl tab 225 mg</i>	57	QUFLORA FE DRO 0.25-9.5.....	154
<i>propafenone hcl tab 300 mg</i>	57	QUFLORA PED CHW 0.5MG	154
<i>proparacaine hcl ophth soln 0.5%</i>	158	QUFLORA PED CHW 0.25MG	154
<i>propranolol hcl cap er 24hr 60 mg</i>	61	QUFLORA PED CHW 1MG	154
<i>propranolol hcl cap er 24hr 80 mg</i>	61	QUFLORA PED DRO 0.5MG/ML	154
<i>propranolol hcl cap er 24hr 120 mg</i>	61	QUFLORA PED DRO 0.25MG	154
<i>propranolol hcl cap er 24hr 160 mg</i>	61	<i>quinapril hcl tab 5 mg</i>	52
<i>propranolol hcl oral soln 20 mg/5ml</i>	61	<i>quinapril hcl tab 10 mg</i>	52
<i>propranolol hcl oral soln 40 mg/5ml</i>	61	<i>quinapril hcl tab 20 mg</i>	52
<i>propranolol hcl tab 10 mg</i>	61	<i>quinapril hcl tab 40 mg</i>	52
<i>propranolol hcl tab 20 mg</i>	61	<i>quinidine sulfate tab 200 mg</i>	57

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>quinidine sulfate tab 300 mg</i>	57	RETEVMO TAB 120MG	44
<i>quinine sulfate cap 324 mg</i>	14	RETEVMO TAB 160MG	44
QULIPTA TAB 10MG.....	98	REVUFORJ TAB 25MG	44
QULIPTA TAB 30MG.....	98	REVUFORJ TAB 110MG	44
QULIPTA TAB 60MG.....	98	REVUFORJ TAB 160MG	44
R		REXULTI TAB 0.5MG.....	83
RABAVERT INJ	148	REXULTI TAB 0.25MG	83
<i>rabeprazole sodium ec tab 20 mg</i>	134	REXULTI TAB 1MG.....	83
RALDESY SOL 10MG/ML.....	74	REXULTI TAB 2MG	83
<i>raloxifene hcl tab 60 mg</i>	123	REXULTI TAB 3MG	83
<i>ramipril cap 1.25 mg</i>	52	REXULTI TAB 4MG.....	83
<i>ramipril cap 2.5 mg</i>	52	REYATAZ POW 50MG	16
<i>ramipril cap 5 mg</i>	52	REZLIDHIA CAP 150MG	44
<i>ramipril cap 10 mg</i>	52	REZUROCK TAB 200MG.....	146
<i>ranolazine tab er 12hr 500 mg</i>	66	RHOPRESSA SOL 0.02%	157
<i>ranolazine tab er 12hr 1000 mg</i>	66	<i>ribavirin cap 200 mg</i>	19
<i>rasagiline mesylate tab 0.5 mg (base equiv)</i> 77		<i>ribavirin tab 200 mg</i>	19
<i>rasagiline mesylate tab 1 mg (base equiv)</i>	77	<i>rifabutin cap 150 mg</i>	18
<i>reclipsen</i>	116	<i>rifampin cap 150 mg</i>	18
RECOMBIVA HB INJ 5MCG/0.5.....	148	<i>rifampin cap 300 mg</i>	18
RECOMBIVA HB INJ 10MCG/ML.....	148	<i>rifampin for inj 600 mg</i>	18
RECOMBIVA-HB INJ 40MCG/ML	148	<i>riluzole tab 50 mg</i>	100
<i>refresh celluvisc</i>	158	<i>rimantadine hydrochloride tab 100 mg</i>	19
<i>refresh lacri-lube</i>	158	RINVOQ LQ SOL 1MG/ML.....	142
REFRESH LIQU DRO 1% OP	158	RINVOQ TAB 15MG ER	142
REFRESH PLUS DRO 0.5% OP	158	RINVOQ TAB 30MG ER	142
REFRESH TEAR DRO 0.5% OP	158	RINVOQ TAB 45MG ER	142
RELENZA MIS DISKHALE.....	19	<i>risedronate sodium tab 5 mg</i>	110
RELISTOR INJ 8/0.4ML.....	132	<i>risedronate sodium tab 35 mg</i>	110
RELISTOR INJ 12/0.6ML	132	<i>risedronate sodium tab 150 mg</i>	110
REMICADE INJ 100MG.....	142	<i>risedronate sodium tab delayed release</i> 35 mg.....	110
RENFLEXIS INJ 100MG	142	<i>risperidone microspheres for im extended</i> rel susp 12.5 mg.....	83
RENOVA CRE 0.02%	174	<i>risperidone microspheres for im extended</i> rel susp 25 mg	83
RENOVA PUMP CRE 0.02%	174	<i>risperidone microspheres for im extended</i> rel susp 37.5 mg	83
<i>repaglinide tab 0.5 mg</i>	106	<i>risperidone microspheres for im extended</i> rel susp 50 mg.....	83
<i>repaglinide tab 1 mg</i>	106	<i>risperidone orally disintegrating tab 0.5 mg</i> 84	
<i>repaglinide tab 2 mg</i>	106	<i>risperidone orally disintegrating tab</i> 0.25 mg	84
REPATHA INJ 140MG/ML.....	59	<i>risperidone orally disintegrating tab 1 mg</i>	84
REPATHA SURE INJ 140MG/ML	59	<i>risperidone orally disintegrating tab 2 mg</i>	84
RESTASIS EMU 0.05% OP	158	<i>risperidone orally disintegrating tab 3 mg</i>	84
RESTASIS MUL EMU 0.05% OP	158		
RETEVMO CAP 40MG.....	44		
RETEVMO CAP 80MG.....	44		
RETEVMO TAB 40MG	44		
RETEVMO TAB 80MG	44		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>risperidone orally disintegrating tab 4 mg</i>	84	<i>rosuvastatin calcium tab 20 mg</i>	58
<i>risperidone soln 1 mg/ml</i>	84	<i>rosuvastatin calcium tab 40 mg</i>	58
<i>risperidone tab 0.5 mg</i>	84	<i>rosyrah tab</i>	116
<i>risperidone tab 0.25 mg</i>	84	ROTARIX SUS	148
<i>risperidone tab 1 mg</i>	84	ROTATEQ SOL	148
<i>risperidone tab 2 mg</i>	84	<i>roweepra</i>	92
<i>risperidone tab 3 mg</i>	84	ROZLYTREK CAP 100MG.....	44
<i>risperidone tab 4 mg</i>	84	ROZLYTREK CAP 200MG	44
<i>ritonavir tab 100 mg</i>	16	ROZLYTREK PAK 50MG.....	44
<i>rivaroxaban for susp 1 mg/ml</i>	137	RUBRACA TAB 200MG	44
<i>rivaroxaban tab 2.5 mg</i>	137	RUBRACA TAB 250MG	45
<i>rivastigmine tartrate cap 1.5 mg (base equivalent)</i>	71	RUBRACA TAB 300MG	45
<i>rivastigmine tartrate cap 3 mg (base equivalent)</i>	71	<i>rufinamide susp 40 mg/ml</i>	92
<i>rivastigmine tartrate cap 4.5 mg (base equivalent)</i>	71	<i>rufinamide tab 200 mg</i>	92
<i>rivastigmine tartrate cap 6 mg (base equivalent)</i>	71	<i>rufinamide tab 400 mg</i>	92
<i>rivastigmine td patch 24hr 4.6 mg/24hr</i>	71	RUKOBIA TAB 600MG ER.....	16
<i>rivastigmine td patch 24hr 9.5 mg/24hr</i>	71	RYBELSUS TAB 3MG	106
<i>rivastigmine td patch 24hr 13.3 mg/24hr</i>	71	RYBELSUS TAB 7MG	106
<i>rivelsa</i>	116	RYBELSUS TAB 14MG.....	106
<i>rizatriptan benzoate oral disintegrating tab 5 mg (base eq)</i>	98	RYDAPT CAP 25MG	45
<i>rizatriptan benzoate oral disintegrating tab 10 mg (base eq)</i>	98	S	
<i>rizatriptan benzoate tab 5 mg (base equivalent)</i>	98	<i>sacubitril-valsartan tab 24-26 mg</i>	55
<i>rizatriptan benzoate tab 10 mg (base equivalent)</i>	98	<i>sacubitril-valsartan tab 49-51 mg</i>	55
ROCKLATAN DRO.....	157	<i>sacubitril-valsartan tab 97-103 mg</i>	55
<i>roflumilast tab 250 mcg</i>	165	<i>sajazir</i>	139
<i>roflumilast tab 500 mcg</i>	165	SANTYL OIN 250/GM	175
ROMVIMZA CAP 14MG	44	<i>sapropterin dihydrochloride powder packet 100 mg</i>	123
ROMVIMZA CAP 20MG	44	<i>sapropterin dihydrochloride powder packet 500 mg</i>	123
ROMVIMZA CAP 30MG	44	<i>sapropterin dihydrochloride tab 100 mg</i>	123
<i>ropinirole hydrochloride tab 0.5 mg</i>	77	SAXENDA INJ 18MG/3ML	109
<i>ropinirole hydrochloride tab 0.25 mg</i>	77	SCSEMBLIX TAB 20MG.....	45
<i>ropinirole hydrochloride tab 1 mg</i>	77	SCSEMBLIX TAB 40MG.....	45
<i>ropinirole hydrochloride tab 2 mg</i>	77	SCSEMBLIX TAB 100MG	45
<i>ropinirole hydrochloride tab 3 mg</i>	77	<i>scopolamine td patch 72hr 1 mg/3days</i>	129
<i>ropinirole hydrochloride tab 4 mg</i>	77	SECUADO DIS 3.8MG.....	84
<i>ropinirole hydrochloride tab 5 mg</i>	77	SECUADO DIS 5.7MG	84
<i>rosuvastatin calcium tab 5 mg</i>	58	SECUADO DIS 7.6MG	84
<i>rosuvastatin calcium tab 10 mg</i>	58	<i>selegiline hcl cap 5 mg</i>	77
		<i>selegiline hcl tab 5 mg</i>	77
		<i>selenium sulfide lotion 2.5%</i>	170
		SELZENTRY SOL 20MG/ML.....	16
		SEREVENT DIS AER 50MCG	163

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>sertraline hcl oral concentrate for solution</i>		<i>sm antifungal clotrimazol</i>	170
20 mg/ml.....	74	<i>sm antifungal miconazole</i>	170
<i>sertraline hcl tab 25 mg</i>	74	<i>sm antifungal tolnaftate</i>	170
<i>sertraline hcl tab 50 mg</i>	74	<i>sm arthritis pain relieve</i>	3
<i>sertraline hcl tab 100 mg</i>	74	<i>sm aspirin adult low stre</i>	3
<i>setlakin</i>	116	<i>sm aspirin low dose</i>	3
<i>sharobel</i>	116	<i>sm childrens ibuprofen</i>	5
SHINGRIX INJ 50/0.5ML	148	<i>sm clotrimazole vaginal</i>	136
SIGNIFOR INJ 0.3MG/ML.....	123	<i>sm enema</i>	131
SIGNIFOR INJ 0.6MG/ML.....	123	<i>sm fexofenadine hydrochlo</i>	162
SIGNIFOR INJ 0.9MG/ML.....	123	<i>sm gentle laxative</i>	131
SIKLOS TAB 100MG.....	139	<i>sm hydrocortisone</i>	173
SIKLOS TAB 1000MG	139	<i>sm hydrocortisone maximum</i>	173
<i>sildenafil citrate tab 20 mg</i>	68	<i>sm hydrocortisone plus</i>	173
<i>silver sulfadiazine cream 1%</i>	169	<i>sm ibuprofen</i>	5
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	157	<i>sm ibuprofen ib childrens</i>	5
<i>simliya</i>	116	<i>sm infants ibuprofen</i>	5
<i>simpesse</i>	116	<i>sm lansoprazole</i>	134
<i>simvastatin tab 5 mg</i>	58	<i>sm lice killing maximum s</i>	175
<i>simvastatin tab 10 mg</i>	58	<i>sm lice treatment</i>	175
<i>simvastatin tab 20 mg</i>	58	<i>sm loratadine</i>	162
<i>simvastatin tab 40 mg</i>	58	<i>sm miconazole 3</i>	136
<i>simvastatin tab 80 mg</i>	58	<i>sm miconazole 7</i>	136
<i>sirolimus oral soln 1 mg/ml</i>	146	<i>sm naproxen sodium</i>	5
<i>sirolimus tab 0.5 mg</i>	146	<i>sm nicotine</i>	103
<i>sirolimus tab 1 mg</i>	146	<i>sm nicotine polacrilex</i>	103
<i>sirolimus tab 2 mg</i>	146	<i>sm nicotine transdermal s</i>	103
SIRTURO TAB 20MG	18	<i>sm omeprazole</i>	134
SIRTURO TAB 100MG.....	18	<i>smooth antacid extra stre</i>	126
SKYRIZI INJ 150MG/ML.....	142	<i>sm pain & fever childrens</i>	3
SKYRIZI INJ 180/1.2.....	142	<i>sm pain & fever infants</i>	3
SKYRIZI INJ 360/2.4	142	<i>sm pain reliever</i>	3
SKYRIZI PEN INJ 150MG/ML	142	<i>sm pain reliever extra st</i>	3
SKYRIZI SOL 60MG/ML.....	142	<i>sm povidone-iodine</i>	175
<i>sm 3-day vaginal</i>	135	<i>sm stomach relief</i>	127
<i>sm 8 hour pain relief</i>	3	<i>sm stool softener</i>	131
<i>sm acid reducer</i>	130	<i>sm tioconazole-1</i>	136
<i>sm acid reducer maximum s</i>	130	<i>sm triple antibiotic orig</i>	169
<i>sm all day allergy</i>	162	<i>sodium bicarbonate tab 325 mg</i>	126
<i>sm allergy childrens</i>	162	<i>sodium bicarbonate tab 650 mg</i>	126
<i>sm allergy relief</i>	162	<i>sodium chloride inj 2.5 meq/ml (14.6%)</i>	151
<i>sm allergy relief childre</i>	162	<i>sodium chloride irrigation soln 0.9%</i>	175
<i>sm allergy relief nasal s</i>	167	<i>sodium chloride iv soln 0.9%</i>	151
<i>sm antacid</i>	126	<i>sodium chloride iv soln 0.45%</i>	151
<i>sm antacid extra strength</i>	126	<i>sodium chloride iv soln 3%</i>	151
<i>sm anti-diarrheal</i>	127	<i>sodium chloride iv soln 5%</i>	151

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>sodium fluoride chew\; tab\; 1.1 (0.5 f) mg/ml</i>		<i>sps</i>	111
<i>soln</i>	152	<i>sps rectal</i>	111
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/</i>		<i>sronyx</i>	116
<i>teaspoonful</i>	123	<i>ssd</i>	169
<i>sodium phenylbutyrate tab 500 mg</i>	123	STELARA INJ 5MG/ML.....	142
<i>sodium phosphates - enema</i>	132	STELARA INJ 45/0.5ML	142
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	111	STELARA INJ 90MG/ML	142
SOD OXYBATE SOL 500MG/ML	102	STIVARGA TAB 40MG	45
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-</i>		<i>stomach relief</i>	127
<i>1.6 gm/177ml</i>	131	<i>stomach relief extra stre</i>	127
<i>solifenacin succinate tab 5 mg</i>	135	<i>stomach relief ultra</i>	127
<i>solifenacin succinate tab 10 mg</i>	135	<i>stool softener</i>	132
SOLQUA INJ 100/33.....	109	<i>streptomycin sulfate for inj 1 gm</i>	11
SOLTAMOX SOL 10MG/5ML	31	STRIBILD TAB	17
SOLU-CORTEF INJ 100MG.....	121	STROVITE ONE TAB.....	154
SOLU-CORTEF INJ 250MG	121	<i>subvenite</i>	93
SOLU-CORTEF INJ 500MG.....	121	<i>sucrafate tab 1 gm</i>	132
SOLU-CORTEF INJ 1000MG	121	<i>sulfacetamide sodium lotion 10% (acne)</i>	169
SOMATULINE INJ 60/0.2ML	123	<i>sulfacetamide sodium ophth oint 10%</i>	155
SOMATULINE INJ 90/0.3ML	123	<i>sulfacetamide sodium ophth soln 10%</i>	156
SOMATULINE INJ 120/5ML	123	<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth</i>	
SOMAVERT INJ 10MG.....	123	<i>soln 10-0.23(0.25)%</i>	155
SOMAVERT INJ 15MG	123	<i>sulfadiazine tab 500 mg</i>	11
SOMAVERT INJ 20MG	123	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-</i>	
SOMAVERT INJ 25MG	123	<i>80 mg/5ml</i>	11
SOMAVERT INJ 30MG	123	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-</i>	
<i>sorafenib tosylate tab 200 mg (base</i>		<i>40 mg/5ml</i>	11
<i>equivalent)</i>	45	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-</i>	
<i>sotalol hcl (afib/afl) tab 80 mg</i>	57	<i>80 mg</i>	11
<i>sotalol hcl (afib/afl) tab 120 mg</i>	57	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-</i>	
<i>sotalol hcl (afib/afl) tab 160 mg</i>	57	<i>160 mg</i>	11
<i>sotalol hcl tab 80 mg</i>	57	SULFAMYLON CRE 85MG/GM.....	169
<i>sotalol hcl tab 120 mg</i>	57	<i>sulfasalazine tab 500 mg</i>	130
<i>sotalol hcl tab 160 mg</i>	57	<i>sulfasalazine tab delayed release 500 mg</i> .	130
<i>sotalol hcl tab 240 mg</i>	57	<i>sulindac tab 150 mg</i>	5
SOTYKTU TAB 6MG	142	<i>sulindac tab 200 mg</i>	5
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab</i>		<i>sumatriptan nasal spray 5 mg/act</i>	98
<i>25-25 mg</i>	64	<i>sumatriptan nasal spray 20 mg/act</i>	98
<i>spironolactone tab 25 mg</i>	53	<i>sumatriptan succinate inj 6 mg/0.5ml</i>	98
<i>spironolactone tab 50 mg</i>	53	<i>sumatriptan succinate solution auto-injector</i>	
<i>spironolactone tab 100 mg</i>	53	<i>4 mg/0.5ml</i>	98
<i>sprintec 28</i>	116	<i>sumatriptan succinate solution auto-injector</i>	
SPRITAM TAB 250MG	92	<i>6 mg/0.5ml</i>	98
SPRITAM TAB 500MG.....	92	<i>sumatriptan succinate solution cartridge</i>	
SPRITAM TAB 750MG	92	<i>4 mg/0.5ml</i>	98
SPRITAM TAB 1000MG	93		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>sumatriptan succinate solution cartridge</i>		TABRECTA TAB 150MG	45
6 mg/0.5ml	98	TABRECTA TAB 200MG	45
<i>sumatriptan succinate tab 25 mg</i>	98	<i>tacrolimus cap 0.5 mg</i>	146
<i>sumatriptan succinate tab 50 mg</i>	99	<i>tacrolimus cap 1 mg</i>	147
<i>sumatriptan succinate tab 100 mg</i>	99	<i>tacrolimus cap 5 mg</i>	147
<i>sunitinib malate cap 12.5 mg (base</i>		<i>tacrolimus oint 0.1%</i>	175
<i>equivalent)</i>	45	<i>tacrolimus oint 0.03%</i>	175
<i>sunitinib malate cap 25 mg (base</i>		<i>tadalafil tab 5 mg</i>	134
<i>equivalent)</i>	45	<i>tadalafil tab 20 mg (pah)</i>	68
<i>sunitinib malate cap 37.5 mg (base</i>		TAFINLAR CAP 50MG	45
<i>equivalent)</i>	45	TAFINLAR CAP 75MG	45
<i>sunitinib malate cap 50 mg (base</i>		TAFINLAR TAB 10MG	45
<i>equivalent)</i>	45	TAGRISSO TAB 40MG	45
SUNLENCA TAB 300MG	16	TAGRISSO TAB 80MG	46
<i>syeda</i>	116	TALZENNA CAP 0.1MG	46
SYMDEKO TAB 50-75MG	165	TALZENNA CAP 0.5MG	46
SYMDEKO TAB 100-150	165	TALZENNA CAP 0.25MG	46
SYMPAZAN MIS 5MG	93	TALZENNA CAP 0.35MG	46
SYMPAZAN MIS 10MG	93	TALZENNA CAP 0.75MG	46
SYMPAZAN MIS 20MG	93	TALZENNA CAP 1MG	46
SYMTUZA TAB	17	<i>tamoxifen citrate tab 10 mg (base</i>	
SYNAREL SOL 2MG/ML	124	<i>equivalent)</i>	31
SYNJARDY TAB 5-500MG	106	<i>tamoxifen citrate tab 20 mg (base</i>	
SYNJARDY TAB 5-1000MG	106	<i>equivalent)</i>	31
SYNJARDY TAB 12.5-500	106	<i>tamsulosin hcl cap 0.4 mg</i>	134
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	106	<i>tarina 24 fe</i>	116
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	106	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	116
SYNJARDY XR TAB 10-1000	106	TASIGNA CAP 50MG	46
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000	106	TASIGNA CAP 150MG	46
SYNJARDY XR TAB 25-1000	107	TASIGNA CAP 200MG	46
SYNTHROID TAB 25MCG	125	<i>tasimelteon capsule 20 mg</i>	97
SYNTHROID TAB 50MCG	125	TAVNEOS CAP 10MG	139
SYNTHROID TAB 75MCG	125	<i>tazarotene cream 0.1%</i>	171
SYNTHROID TAB 88MCG	125	<i>tazarotene cream 0.05%</i>	171
SYNTHROID TAB 100MCG	125	<i>tazicef</i>	22
SYNTHROID TAB 112MCG	125	TAZORAC CRE 0.05%	171
SYNTHROID TAB 125MCG	125	TAZVERIK TAB 200MG	46
SYNTHROID TAB 137MCG	125	TECENTRIQ INJ 840/14	46
SYNTHROID TAB 150MCG	125	TECENTRIQ INJ 1200/20	46
SYNTHROID TAB 175MCG	125	TECENTRIQ INJ HYBREZA	46
SYNTHROID TAB 200MCG	125	TEFLARO INJ 400MG	22
SYNTHROID TAB 300MCG	125	TEFLARO INJ 600MG	22
<i>systane nighttime</i>	158	<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i>	55
T		<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i>	55
TABLOID TAB 40MG	29	<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i>	55
		<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i>	55

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	55	<i>theophylline soln 80 mg/15ml</i>	166
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	55	<i>theophylline tab er 12hr 100 mg</i>	166
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-25 mg</i>	55	<i>theophylline tab er 12hr 200 mg</i>	166
<i>telmisartan tab 20 mg</i>	56	<i>theophylline tab er 12hr 300 mg</i>	166
<i>telmisartan tab 40 mg</i>	56	<i>theophylline tab er 12hr 450 mg</i>	166
<i>telmisartan tab 80 mg</i>	56	<i>theophylline tab er 24hr 400 mg</i>	166
<i>temazepam cap 7.5 mg</i>	97	<i>theophylline tab er 24hr 600 mg</i>	166
<i>temazepam cap 15 mg</i>	97	<i>thiamine hcl inj 100 mg/ml</i>	154
<i>temazepam cap 30 mg</i>	97	<i>thioridazine hcl tab 10 mg</i>	84
<i>TENIVAC INJ 5-2LF</i>	148	<i>thioridazine hcl tab 25 mg</i>	84
<i>tenofovir disoproxil fumarate tab 300 mg</i>	16	<i>thioridazine hcl tab 50 mg</i>	84
<i>tension headache</i>	3	<i>thioridazine hcl tab 100 mg</i>	84
<i>TEPMETKO TAB 225MG</i>	46	<i>thiothixene cap 1 mg</i>	84
<i>terazosin hcl cap 1 mg (base equivalent)</i>	53	<i>thiothixene cap 2 mg</i>	84
<i>terazosin hcl cap 2 mg (base equivalent)</i>	53	<i>thiothixene cap 5 mg</i>	84
<i>terazosin hcl cap 5 mg (base equivalent)</i>	53	<i>thiothixene cap 10 mg</i>	84
<i>terazosin hcl cap 10 mg (base equivalent)</i>	53	<i>tiadylt er</i>	63
<i>terbinafine hcl tab 250 mg</i>	14	<i>tiagabine hcl tab 2 mg</i>	93
<i>terbutaline sulfate tab 2.5 mg</i>	163	<i>tiagabine hcl tab 4 mg</i>	93
<i>terbutaline sulfate tab 5 mg</i>	163	<i>tiagabine hcl tab 12 mg</i>	93
<i>terconazole vaginal cream 0.4%</i>	136	<i>tiagabine hcl tab 16 mg</i>	93
<i>terconazole vaginal cream 0.8%</i>	136	<i>TIBSOVO TAB 250MG</i>	46
<i>terconazole vaginal suppos 80 mg</i>	136	<i>ticagrelor tab 60 mg</i>	139
<i>TERIPARATIDE INJ 560/2.24</i>	110	<i>ticagrelor tab 90 mg</i>	139
<i>testosterone cypionate im inj in oil 100 mg/ml</i>	104	<i>TICOVAC INJ</i>	148
<i>testosterone cypionate im inj in oil 200 mg/ml</i>	104	<i>tigecycline for iv soln 50 mg</i>	27
<i>testosterone enanthate im inj in oil 200 mg/ml</i>	104	<i>tilia fe</i>	116
<i>testosterone pump</i>	104	<i>timolol maleate ophth gel forming soln 0.5%</i>	157
<i>testosterone td gel 12.5 mg/act (1%)</i>	104	<i>timolol maleate ophth gel forming soln 0.25%</i>	157
<i>testosterone td gel 25 mg/2.5gm (1%)</i>	104	<i>timolol maleate ophth soln 0.5%</i>	157
<i>testosterone td gel 50 mg/5gm (1%)</i>	104	<i>timolol maleate ophth soln 0.25%</i>	157
<i>tetrabenazine tab 12.5 mg</i>	100	<i>timolol maleate tab 5 mg</i>	61
<i>tetrabenazine tab 25 mg</i>	100	<i>timolol maleate tab 10 mg</i>	61
<i>tetracycline hcl cap 250 mg</i>	27	<i>timolol maleate tab 20 mg</i>	61
<i>tetracycline hcl cap 500 mg</i>	27	<i>tinidazole tab 250 mg</i>	12
<i>THALOMID CAP 50MG</i>	32	<i>tinidazole tab 500 mg</i>	12
<i>THALOMID CAP 100MG</i>	32	<i>tioconazole 1</i>	136
<i>THALOMID CAP 150MG</i>	32	<i>TIVICAY PD TAB 5MG</i>	16
<i>THALOMID CAP 200MG</i>	32	<i>TIVICAY TAB 10MG</i>	16
<i>theophylline elixir 80 mg/15ml</i>	165	<i>TIVICAY TAB 25MG</i>	16
		<i>TIVICAY TAB 50MG</i>	16
		<i>tizanidine hcl tab 2 mg (base equivalent)</i>	101
		<i>tizanidine hcl tab 4 mg (base equivalent)</i>	101
		<i>tm-clotrimazole</i>	170

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
TOBI PODHALR CAP 28MG	12	<i>tranexamic acid iv soln 1000 mg/10ml</i>	
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	155	(100 mg/ml)	139
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-</i>		<i>tranexamic acid tab 650 mg</i>	139
0.1%	155	<i>tranylcypromine sulfate tab 10 mg</i>	74
<i>tobramycin nebu soln 300 mg/5ml</i>	12	TRAVASOL INJ 10%.....	152
<i>tobramycin ophth soln 0.3%</i>	156	TRAZIMERA INJ 150MG	47
<i>tobramycin sulfate inj 1.2 gm/30ml</i>		TRAZIMERA INJ 420MG.....	47
(40 mg/ml) (base equiv).....	12	<i>trazodone hcl tab 50 mg</i>	75
<i>tobramycin sulfate inj 2 gm/50ml</i>		<i>trazodone hcl tab 100 mg</i>	75
(40 mg/ml) (base equiv).....	12	<i>trazodone hcl tab 150 mg</i>	75
<i>tobramycin sulfate inj 10 mg/ml (base</i>		TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG .	159
equivalent)	12	TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	159
<i>tobramycin sulfate inj 80 mg/2ml</i>		TREMFYA INJ 100MG/ML	142, 143
(40 mg/ml) (base equiv).....	12	TREMFYA INJ 200/2ML	143
<i>tolnaftate cream 1%</i>	170	TREMFYA INJ 200/20ML	143
<i>tolterodine tartrate cap er 24hr 2 mg</i>	135	<i>treprostinil inj soln 20 mg/20ml (1 mg/ml)</i> ...	68
<i>tolterodine tartrate cap er 24hr 4 mg</i>	135	<i>treprostinil inj soln 50 mg/20ml (2.5 mg/ml)</i>	68
<i>tolterodine tartrate tab 1 mg</i>	135	<i>treprostinil inj soln 100 mg/20ml (5 mg/ml)</i> .	68
<i>tolterodine tartrate tab 2 mg</i>	135	<i>treprostinil inj soln 200 mg/20ml</i>	
<i>topiramate oral soln 25 mg/ml</i>	93	(10 mg/ml)	68
<i>topiramate sprinkle cap 15 mg</i>	93	TRESIBA FLEX INJ 100UNIT	109
<i>topiramate sprinkle cap 25 mg</i>	93	TRESIBA FLEX INJ 200UNIT	109
<i>topiramate sprinkle cap 50 mg</i>	93	TRESIBA INJ 100UNIT	109
<i>topiramate tab 25 mg</i>	93	<i>tretinoin cap 10 mg</i>	33
<i>topiramate tab 50 mg</i>	93	<i>tretinoin cream 0.1%</i>	169
<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</i>		<i>tretinoin gel 0.01%</i>	169
equivalent)	31	<i>tretinoin gel 0.025%</i>	169
<i>torpenz tab 2.5mg</i>	46	<i>triamcinolone acetonide cream 0.1%</i>	173
<i>torpenz tab 5mg</i>	46	<i>triamcinolone acetonide cream 0.5%</i>	173
<i>torpenz tab 7.5mg</i>	47	<i>triamcinolone acetonide cream 0.025%</i>	173
<i>torpenz tab 10mg</i>	47	<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1%</i>	175
<i>torsemide tab 5 mg</i>	64	<i>triamcinolone acetonide lotion 0.1%</i>	173
<i>torsemide tab 10 mg</i>	64	<i>triamcinolone acetonide lotion 0.025%</i>	173
<i>torsemide tab 20 mg</i>	64	<i>triamcinolone acetonide oint 0.1%</i>	173
<i>torsemide tab 100 mg</i>	64	<i>triamcinolone acetonide oint 0.5%</i>	173
TOUJEO MAX INJ 300/ML.....	109	<i>triamcinolone acetonide oint 0.025%</i>	173
TOUJEO SOLO INJ 300/ML	109	<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-</i>	
TPN ELECTROL INJ	151	25 mg.....	65
TRADJENTA TAB 5MG.....	107	<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-</i>	
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	9	25 mg.....	65
<i>tramadol hcl tab 50 mg</i>	9	<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-</i>	
<i>trandolapril tab 1 mg</i>	52	50 mg	65
<i>trandolapril tab 2 mg</i>	52	<i>tri-buffered aspirin</i>	3
<i>trandolapril tab 4 mg</i>	52	<i>tridacaine dis 5% patch</i>	174

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>triderm</i>	173	<i>tri-vylibra</i>	117
<i>trientine hcl cap 250 mg</i>	111	<i>tri-vylibra lo</i>	117
<i>tri-estarylla</i>	116	TROGARZO INJ 150MG/ML	16
<i>trifluoperazine hcl tab 1 mg (base equivalent)</i>	84	TROPHAMINE INJ 10%	152
<i>trifluoperazine hcl tab 2 mg (base equivalent)</i>	85	<i>trospium chloride tab 20 mg</i>	135
<i>trifluoperazine hcl tab 5 mg (base equivalent)</i>	85	TRULICITY INJ 0.75/0.5	107
<i>trifluoperazine hcl tab 10 mg (base equivalent)</i>	85	TRULICITY INJ 1.5/0.5	107
<i>trifluridine ophth soln 1%</i>	156	TRULICITY INJ 3/0.5	107
<i>trihexyphenidyl hcl oral soln 0.4 mg/ml</i>	78	TRULICITY INJ 4.5/0.5	107
<i>trihexyphenidyl hcl tab 2 mg</i>	78	TRUMENBA INJ.....	148
<i>trihexyphenidyl hcl tab 5 mg</i>	78	TRUQAP PAK 160MG	47
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG	107	TRUQAP PAK 200MG.....	47
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG	107	TRUQAP TAB 160MG.....	47
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG	107	TRUQAP TAB 200MG	47
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG	107	TRUXIMA INJ 100/10ML	47
TRIKAFTA PAK 59.5MG	166	TRUXIMA INJ 500/50ML.....	47
TRIKAFTA PAK 75MG.....	166	TUKYSA TAB 50MG.....	47
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	166	TUKYSA TAB 150MG	47
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	166	TURALIO CAP 125MG.....	47
<i>tri-legest fe</i>	116	<i>turqoz</i>	117
<i>tri-lynyah</i>	116	<i>twice-daily clindamycin phosphate (topical)</i>	169
<i>tri-lo-estarylla</i>	116	TWINRIX INJ.....	148
<i>tri-lo-marzia</i>	116	TYBOST TAB 150MG	16
<i>tri-lo-mili</i>	116	<i>tydemy tab</i>	117
<i>tri-lo-sprintec</i>	116	TYENNE INJ 80MG/4ML	143
<i>trimethoprim tab 100 mg</i>	12	TYENNE INJ 162/0.9	143
<i>tri-mili</i>	116	TYENNE INJ 162MG	143
<i>trimipramine maleate cap 25 mg</i>	75	TYENNE INJ 200/10ML	143
<i>trimipramine maleate cap 50 mg</i>	75	TYENNE INJ 400/20ML.....	143
<i>trimipramine maleate cap 100 mg</i>	75	TYPHIM VI INJ.....	148
TRINTELLIX TAB 5MG	75	U	
TRINTELLIX TAB 10MG.....	75	UBRELVY TAB 50MG.....	99
TRINTELLIX TAB 20MG.....	75	UBRELVY TAB 100MG	99
<i>tri-nymyo tab</i>	116	<i>unithroid</i>	125
<i>triphrocaps</i>	154	UPTRAVI PACK TAB 200/800	68
<i>triple antibiotic</i>	169	UPTRAVI TAB 200MCG.....	68
<i>triprolidine hcl drops 0.938 mg/ml</i>	162	UPTRAVI TAB 400MCG	68
<i>tri-sprintec</i>	116	UPTRAVI TAB 600MCG	68
TRIUMEQ PD TAB	17	UPTRAVI TAB 800MCG	68
TRIUMEQ TAB	17	UPTRAVI TAB 1000MCG.....	68
<i>tri-vite/fluoride</i>	154	UPTRAVI TAB 1200MCG	68
		UPTRAVI TAB 1400MCG	68
		UPTRAVI TAB 1600MCG	68
		<i>ursodiol cap 300 mg</i>	132

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
ursodiol tab 250 mg	132	vancomycin hcl for iv soln 5 gm (base equivalent)	12
ursodiol tab 500 mg	133	vancomycin hcl for iv soln 10 gm (base equivalent)	12
V		vancomycin hcl for iv soln 500 mg (base equivalent)	12
valacyclovir hcl tab 1 gm	19	vancomycin hcl for iv soln 750 mg (base equivalent)	12
valacyclovir hcl tab 500 mg.....	19	VANCOMYCIN INJ 1 GM	12
VALCHLOR GEL 0.016%	175	VANCOMYCIN INJ 500MG	12
valganciclovir hcl for soln 50 mg/ml (base equiv)	19	VANCOMYCIN INJ 750MG.....	12
valganciclovir hcl tab 450 mg (base equivalent)	20	VANFLYTA TAB 17.7MG	47
valproate sodium inj 100 mg/ml.....	93	VANFLYTA TAB 26.5MG.....	47
valproate sodium oral soln 250 mg/5ml (base equiv)	93	VAQTA INJ 25/0.5ML	148
valproic acid cap 250 mg	93	VAQTA INJ 50UNT/ML.....	148
valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg	55	varenicline tartrate tab 0.5 mg (base equiv)	103
valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg	55	varenicline tartrate tab 1 mg (base equiv)...	103
valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg.....	55	varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack	103
valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg	55	VARIVAX INJ.....	148
valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg.....	55	VASCEPA CAP 0.5GM	59
valsartan tab 40 mg.....	56	VASCEPA CAP 1GM	59
valsartan tab 80 mg.....	56	VAXCHORA SUS	148
valsartan tab 160 mg	56	velivet	117
valsartan tab 320 mg.....	56	VELSIPITY TAB 2MG.....	143
VALTOCO SPR 5MG	93	VENCLEXTA TAB 10MG	47
VALTOCO SPR 10MG.....	93	VENCLEXTA TAB 50MG.....	47
VALTOCO SPR 15MG	93	VENCLEXTA TAB 100MG	47
VALTOCO SPR 20MG	93	VENCLEXTA TAB START PK	47
valtya 1/35 tab	117	venlafaxine hcl cap er 24hr 37.5 mg (base equivalent)	75
valtya 1/50 tab	117	venlafaxine hcl cap er 24hr 75 mg (base equivalent)	75
vancomycin hcl cap 125 mg (base equivalent)	12	venlafaxine hcl cap er 24hr 150 mg (base equivalent)	75
vancomycin hcl cap 250 mg (base equivalent)	12	venlafaxine hcl tab 25 mg (base equivalent) 75	
vancomycin hcl for iv soln 1.5 gm (base equivalent)	12	venlafaxine hcl tab 37.5 mg (base equivalent)	75
vancomycin hcl for iv soln 1.25 gm (base equivalent)	12	venlafaxine hcl tab 50 mg (base equivalent) 75	
vancomycin hcl for iv soln 1 gm (base equivalent)	12	venlafaxine hcl tab 75 mg (base equivalent) 75	
		venlafaxine hcl tab 100 mg (base equivalent)	75
		VENTOLIN HFA AER	163
		VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK)....	163
		VEOZAH TAB 45MG	124

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>verapamil hcl cap er 24hr 100 mg</i>	63	VITAL-D RX TAB	154
<i>verapamil hcl cap er 24hr 120 mg</i>	63	VITRAKVI CAP 25MG	48
<i>verapamil hcl cap er 24hr 180 mg</i>	63	VITRAKVI CAP 100MG	48
<i>verapamil hcl cap er 24hr 200 mg</i>	63	VITRAKVI SOL 20MG/ML.....	48
<i>verapamil hcl cap er 24hr 240 mg</i>	63	VIVIMUSTA INJ 100/4ML.....	28
<i>verapamil hcl cap er 24hr 300 mg</i>	63	VIVITROL INJ 380MG.....	103
<i>verapamil hcl cap er 24hr 360 mg</i>	63	VIVOTIF CAP EC.....	148
<i>verapamil hcl iv soln 2.5 mg/ml</i>	63	VIZIMPRO TAB 15MG.....	48
<i>verapamil hcl tab 40 mg</i>	63	VIZIMPRO TAB 30MG.....	48
<i>verapamil hcl tab 80 mg</i>	63	VIZIMPRO TAB 45MG.....	48
<i>verapamil hcl tab 120 mg</i>	63	VONJO CAP 100MG	48
<i>verapamil hcl tab er 120 mg</i>	63	VORANIGO TAB 10MG	48
<i>verapamil hcl tab er 180 mg</i>	63	VORANIGO TAB 40MG	48
<i>verapamil hcl tab er 240 mg</i>	63	<i>voriconazole for inj 200 mg</i>	14
VERQUVO TAB 2.5MG.....	66	<i>voriconazole for susp 40 mg/ml</i>	14
VERQUVO TAB 5MG.....	66	<i>voriconazole tab 50 mg</i>	14
VERQUVO TAB 10MG	66	<i>voriconazole tab 200 mg</i>	14
VERSACLOZ SUS 50MG/ML	85	VOSEVI TAB	20
VERZENIO TAB 50MG	48	VOWST CAP	133
VERZENIO TAB 100MG	48	VRAYLAR CAP 1.5MG.....	85
VERZENIO TAB 150MG.....	48	VRAYLAR CAP 3MG	85
VERZENIO TAB 200MG.....	48	VRAYLAR CAP 4.5MG.....	85
<i>vestura</i>	117	VRAYLAR CAP 6MG	85
<i>vienna</i>	117	<i>vyfemla</i>	117
<i>vigabatrin powd pack 500 mg</i>	93	<i>vylibra</i>	117
<i>vigabatrin tab 500 mg</i>	94	VYZULTA SOL 0.024%	157
<i>vigadrone</i>	94		
VIGAFYDE SOL 100MG/ML.....	94	W	
<i>vigpoder</i>	94	<i>warfarin sodium tab 1 mg</i>	137
<i>vilazodone hcl tab 10 mg</i>	75	<i>warfarin sodium tab 2.5 mg</i>	137
<i>vilazodone hcl tab 20 mg</i>	75	<i>warfarin sodium tab 2 mg</i>	137
<i>vilazodone hcl tab 40 mg</i>	75	<i>warfarin sodium tab 3 mg</i>	137
VIMKUNYA INJ 40/0.8ML	148	<i>warfarin sodium tab 4 mg</i>	137
<i>vincristine sulfate iv soln 1 mg/ml</i>	34	<i>warfarin sodium tab 5 mg</i>	137
<i>vinorelbine tartrate inj 10 mg/ml (base</i> <i>equiv)</i>	34	<i>warfarin sodium tab 6 mg</i>	137
<i>vinorelbine tartrate inj 50 mg/5ml</i> <i>(10 mg/ml) (base equiv)</i>	34	<i>warfarin sodium tab 7.5 mg</i>	137
<i>viorele</i>	117	<i>warfarin sodium tab 10 mg</i>	137
VIRACEPT TAB 250MG	16	<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	175
VIRACEPT TAB 625MG	16	WEGOVY INJ 0.5MG	109
VIREAD POW 40MG/GM.....	16	WEGOVY INJ 0.25MG.....	109
VIREAD TAB 150MG	16	WEGOVY INJ 1.7MG	109
VIREAD TAB 200MG.....	16	WEGOVY INJ 1MG	109
VIREAD TAB 250MG.....	16	WEGOVY INJ 2.4MG	109
<i>virt-caps</i>	154	WELIREG TAB 40MG.....	33
		<i>wera</i>	117
		<i>wescaps</i>	154

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
WESTAB PLUS TAB 27-1MG.....	152	XIIDRA DRO 5%	158
<i>wixela inhub</i>	168	XOFLUZA TAB 40MG.....	20
<i>wymzya fe</i>	117	XOFLUZA TAB 80MG.....	20
WYOST INJ 120/1.7	110	XOLAIR INJ 75/0.5	166
X		XOLAIR INJ 150MG/ML	166
XALKORI CAP 20MG.....	48	XOLAIR INJ 300/2ML.....	166
XALKORI CAP 50MG.....	48	XOLAIR SOL 150MG	166
XALKORI CAP 150MG	48	XOSPATA TAB 40MG.....	49
XALKORI CAP 200MG	48	XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY)	49
XALKORI CAP 250MG.....	48	XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY).....	49
<i>xarah fe tab</i>	117	XPOVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY)	49
XARELTO STAR TAB 15/20MG	137	XPOVIO PAK (60 MG TWICE WEEKLY).....	49
XARELTO SUS 1MG/ML	137	XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY)	49
XARELTO TAB 2.5MG	137	XPOVIO PAK (80 MG TWICE WEEKLY).....	49
XARELTO TAB 10MG.....	137	XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY)	49
XARELTO TAB 15MG.....	138	XTANDI CAP 40MG.....	31
XARELTO TAB 20MG.....	138	XTANDI TAB 40MG.....	31
XATMEP SOL 2.5MG/ML.....	144	XTANDI TAB 80MG.....	31
XCOPRI PAK 12.5-25.....	94	<i>xulane</i>	117
XCOPRI PAK 50-100MG	94	XULTOPHY INJ 100/3.6.....	109
XCOPRI PAK 100-150	94	Y	
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE) 94		YESINTEK INJ 45/0.5ML	143
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	94	YESINTEK INJ 90MG/ML	143
XCOPRI TAB 25MG.....	94	YESINTEK INJ 130/26ML	143
XCOPRI TAB 50MG.....	94	YF-VAX INJ	148
XCOPRI TAB 100MG.....	94	YONSA TAB 125MG	31
XCOPRI TAB 150MG	94	YUTREPIA CAP 26.5MCG	68
XCOPRI TAB 200MG	94	YUTREPIA CAP 53MCG	68
XDEMVY DRO 0.25%	156	YUTREPIA CAP 79.5MCG	68
XELJANZ SOL 1MG/ML.....	143	YUTREPIA CAP 106MCG	69
XELJANZ TAB 5MG	143	<i>yuvafem</i>	118
XELJANZ TAB 10MG.....	143	Z	
XELJANZ XR TAB 11MG	143	ZADITOR DRO 0.035%OP	157
XELJANZ XR TAB 22MG	143	<i>zafemy</i>	117
<i>xelria fe chw 0.4mg-35</i>	117	<i>zafirlukast tab 10 mg</i>	163
XENICAL CAP 120MG.....	109	<i>zafirlukast tab 20 mg</i>	163
XERMELO TAB 250MG.....	133	<i>zaleplon cap 5 mg</i>	97
XGEVA INJ	110	<i>zaleplon cap 10 mg</i>	97
XHANCE MIS 93MCG.....	167	ZARXIO INJ 300/0.5	138
XIFAXAN TAB 550MG	133	ZARXIO INJ 480/0.8	138
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	107	ZEGALOGUE INJ 0.6/0.6	121
XIGDUO XR TAB 5-500MG.....	107	ZEJULA TAB 100MG.....	49
XIGDUO XR TAB 5-1000MG	107	ZEJULA TAB 200MG	49
XIGDUO XR TAB 10-500MG	107	ZEJULA TAB 300MG	49
XIGDUO XR TAB 10-1000	107		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
ZELBORAF TAB 240MG	49	ZYKADIA TAB 150MG.....	50
zelvysia pow 100mg	124	ZYLET SUS 0.5-0.3%	155
zelvysia pow 500mg	124	ZYPREXA RELP INJ 210MG.....	85
ZEMAIRA INJ 1000MG.....	166	ZYPREXA RELP INJ 300MG.....	85
ZEMAIRA INJ 4000MG.....	166	ZYPREXA RELP INJ 405MG.....	85
ZEMAIRA INJ 5000MG.....	166		
zenatane.....	169		
ZENPEP CAP 3000UNIT	133		
ZENPEP CAP 5000UNIT	133		
ZENPEP CAP 10000UNT	133		
ZENPEP CAP 15000UNT.....	133		
ZENPEP CAP 20000UNT.....	133		
ZENPEP CAP 25000UNT	133		
ZENPEP CAP 40000UNT.....	133		
ZENPEP CAP 60000UNT.....	133		
ZERViate DRO 0.24%	157		
zidovudine cap 100 mg	16		
zidovudine syrup 10 mg/ml.....	16		
zidovudine tab 300 mg	16		
ziprasidone hcl cap 20 mg.....	85		
ziprasidone hcl cap 40 mg	85		
ziprasidone hcl cap 60 mg	85		
ziprasidone hcl cap 80 mg	85		
ziprasidone mesylate for inj 20 mg (base equivalent)	85		
ZIRABEV INJ 100/4ML	49		
ZIRABEV INJ 400/16ML.....	49		
ZIRGAN GEL 0.15%	156		
zoledronic acid inj conc for iv infusion 4 mg/5ml	110		
zoledronic acid iv soln 5 mg/100ml.....	110		
ZOLINZA CAP 100MG	49		
zolpidem tartrate tab 5 mg	97		
zolpidem tartrate tab 10 mg	97		
ZONISADE SUS 100MG/5.....	94		
zonisamide cap 25 mg	94		
zonisamide cap 50 mg	94		
zonisamide cap 100 mg	94		
zovia 1/35	117		
ZTALMY SUS 50MG/ML.....	94		
zumandimine.....	117		
ZURZUVAE CAP 20MG.....	75		
ZURZUVAE CAP 25MG.....	75		
ZURZUVAE CAP 30MG.....	75		
ZYDELIG TAB 100MG	49		
ZYDELIG TAB 150MG	49		

Multi-Language Insert
Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-855-676-5772 (TTY: 711)**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

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

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

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

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-855-676-5772 (TTY: 711)** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-855-676-5772 (TTY: 711)**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

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

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-855-676-5772 (TTY: 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-855-676-5772 (TTY: 711)**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

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

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-855-676-5772 (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 **1-855-676-5772 (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 ouwa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-855-676-5772 (TTY: 711)**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

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

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-855-676-5772 (TTY: 711)** にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Hawaiian: He kōkua māhele 'ōlelo kā mākou i mea e pane 'ia ai kāu mau nīnau e pili ana i kā mākou papahana olakino a lā'au lapa'au paha. I mea e loa'a ai ke kōkua māhele 'ōlelo, e kelepona mai iā mākou ma **1-855-676-5772 (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)

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



©2025 Aetna Inc.
373-2219-01-01 (SP)
Actualizado el 12/01/2025