

# Lista de medicamentos cubiertos/ Formulario 2022

## Aetna Better Health Premier Plan MMAI

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

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



# Aetna Better Health Premier Plan (MMAI) | 2022 Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)

## Introducción

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

## Índice

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



B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento? .....	X
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción? .....	X
B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción? .....	XI
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos? .....	XI
B14. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)? .....	XI
B15. ¿Cubre Aetna Better Health Premier Plan (MMAI) los productos que no sean medicamentos de venta libre (OTC)? .....	XI
B16. ¿Cuál es mi copago? .....	XII
B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos? .....	XII
C. Resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> .....	XIII
C1. Medicamentos agrupados por afección médica .....	1
D. Índice de medicamentos cubiertos .....	109



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

## A. Descargos de responsabilidad

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

- ❖ Aetna Better Health Premier Plan MMAI es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Illinois para brindar los beneficios de los dos programas a sus inscritos.
- ❖ ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Llame al **1-866-600-2139 (TTY: 711)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana. The call is free.

- ❖ Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o audio. Llame al **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- ❖ Si desea realizar o 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 **1-866-600-2139 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.



## B. Preguntas frecuentes

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

---

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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



IV

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

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

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

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

- aparezca en el mercado un medicamento nuevo y más económico que es igual de eficaz que el medicamento que actualmente figura en la Lista de medicamentos; **o**
- nos enteramos de que el medicamento no es seguro; **o**
- se retire un medicamento del mercado.

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

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

---

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

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

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



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

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

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

Cuando estos cambios tengan lugar, haremos lo siguiente:

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

Esto le dará tiempo para consultar con su médico o la persona autorizada a dar recetas.

Pueden ayudarlo a decidir lo siguiente:

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

---

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

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



VI

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

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

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos adicionales o limitaciones consultando las tablas en las páginas 2 a 108. También puede obtener más información en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Illinois**. Hemos publicado documentos en Internet que explican las restricciones de tratamiento escalonado y autorización previa. También puede pedirnos que le enviemos una copia.

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

---

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

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





---

## **B6. ¿Qué sucede si Aetna Better Health Premier Plan (MMAI) modifica sus normas sobre la cobertura de algunos medicamentos? Por ejemplo, autorizaciones previas (aprobación), limitaciones de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado.**

En algunos casos, le notificaremos con antelación si incorporamos aprobaciones 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 encuentro un medicamento en la Lista de medicamentos?**

Hay dos formas para encontrar un medicamento:

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

Para buscar por **orden alfabético**, vaya a la sección del Índice de medicamentos cubiertos en la página 109. El Índice proporciona un listado alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos se encuentran en el Índice. Consulte el Índice y busque su medicamento. Junto al medicamento, verá el número de página en el que puede encontrar la información de cobertura.

Para buscar **por afección médica**, busque la sección titulada “Lista de medicamentos agrupados por afección médica” en la página 2. Los medicamentos en esta sección están agrupados en categorías dependiendo del tipo de afecciones médicas que estén acostumbrados a tratar. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría “Cardiovascular”. Allí encontrará los medicamentos que sirven para tratar las afecciones cardíacas.

---

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

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

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



VIII

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

---

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

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

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

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

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

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

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

### **Miembros actuales con un cambio en el nivel de atención**

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

---

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



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

Nota: Las formas de dosificación oral sólida de marca, como en el caso de los comprimidos o las cápsulas, se limitan a surtidos de 14 días con excepciones, según lo exigido por las normas de la Parte D de Medicare. Para obtener un suministro temporal de un medicamento, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

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

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

---

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

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

También puede solicitarnos que cambiemos las normas para su medicamento.

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

---

## **B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?**

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



X **Si tiene preguntas**, llame a Aetna Better Health Premier Plan (MMAI) al **1-866-600-2139**

**(TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

**Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Illinois](https://www.aetna.com/illinois)**.

---

## **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 que autorizó la receta puede proporcionar su declaración de apoyo llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-600-2139 (TTY 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, o nos la puede enviar por fax al **1-855-365-8109**.

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

---

## **B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?**

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

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

---

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

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

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

---

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

Aetna Better Health Premier Plan (MMAI) cubre algunos productos que no son medicamentos OTC cuando su proveedor los indica como medicamentos con receta.

Algunos ejemplos de productos de venta libre que no sean medicamentos son los hisopos de alcohol y las gasas.

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



---

## **B16. ¿Cuál es mi copago?**

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

---

## **B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?**

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

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

Ningún nivel tiene copago.



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

La siguiente Lista de medicamentos cubiertos le proporciona información sobre los medicamentos cubiertos por Aetna Better Health Premier Plan (MMAI). Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página 109. En el índice se encuentran todos los medicamentos cubiertos por Aetna Better Health Premier Plan (MMAI) por orden alfabético.

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

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

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

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

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

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

## C1. Medicamentos agrupados por 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 o limitaciones 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	<p>B/D = es posible que este medicamento esté cubierto por la Parte B o D de Medicare, según las circunstancias.</p> <p>Para tomar la determinación, se deberá enviar información que incluya la descripción del uso y la situación en que se administra el medicamento.</p>	<p>LA = Acceso limitado. Este medicamento con receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame al Departamento de Servicios para miembros al <b>1-866-600-2139</b>, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al TTY 711.</p>
NDS = Suministro no extendido		

\* - Productos OTC o medicamentos que no son de la Parte D y están cubiertos por Medicaid

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

**LA** - Acceso limitado    **NDS** - Suministro no extendido

N.º de identificación del formulario: 00022043 v19

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

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp pain &amp; fever children</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pain relief</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pain relief extra str</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense aspirin</i> CHEW 81mg; TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense aspirin adult I</i> CHEW 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense migraine formul</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense pain &amp; fever ch</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense pain &amp; fever in</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense pain relief</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense pain relief ext</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>m-pap</i> LIQD 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>mapap childrens</i> CHEW 80mg	\$0(3)	NM; *
<i>migraine formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pain &amp; fever childrens</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>pain &amp; fever infants</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>pain relief extra strengt</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>pain reliever plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pharbetol</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>pharbetol extra strength</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc aspirin</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc aspirin low dose</i> CHEW 81mg; TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc chewable aspirin low d</i> CHEW 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc enteric aspirin</i> TBEC 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc headache relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc non-aspirin childrens</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc non-aspirin extra stre</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc pain relief</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc pain relief childrens</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>qc pain relief extra stre</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>tri-buffered aspirin</i>	\$0(3)	NM; *
<b>NSAIDS - DRUGS TO TREAT PAIN AND INFLAMMATION</b>		
<i>all day pain relief</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>all day relief</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>celecoxib</i> CAPS 50mg	\$0(1)	QL (240 caps / 30 days)
<i>celecoxib</i> CAPS 100mg	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days)
<i>celecoxib</i> CAPS 200mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>celecoxib</i> CAPS 400mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>diclofenac potassium</i> TABS 50mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>diclofenac sodium</i> TB24 100mg; TBEC 25mg, 50mg, 75mg	\$0(1)	
<i>diflunisal</i> TABS 500mg	\$0(1)	
<i>ec-naproxen</i> TBEC 375mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>ec-naproxen</i> TBEC 500mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>etodolac</i> CAPS 200mg, 300mg; TABS 400mg, 500mg; TB24 400mg, 500mg, 600mg	\$0(1)	
<i>flurbiprofen</i> TABS 100mg	\$0(1)	
<i>gnp ibuprofen</i> TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp naproxen</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense ibuprofen</i> TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense naproxen sodium</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>ibu</i> TABS 600mg, 800mg	\$0(1)	
<i>ibu-200</i> TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml; TABS 400mg, 600mg, 800mg	\$0(1)	
<i>ibuprofen</i> TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>meloxicam</i> TABS 7.5mg, 15mg	\$0(1)	
<i>nabumetone</i> TABS 500mg, 750mg	\$0(1)	
<i>naproxen</i> TABS 250mg, 375mg, 500mg	\$0(1)	
<i>naproxen</i> TBEC 375mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>naproxen</i> TBEC 500mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>naproxen sodium</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>naproxen sodium</i> TABS 275mg, 550mg	\$0(1)	
<i>piroxicam</i> CAPS 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>qc ibuprofen</i> TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc ibuprofen ib</i> TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc naproxen sodium</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>sulindac</i> TABS 150mg, 200mg	\$0(1)	
<b>OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING</b>		
<i>buprenorphine</i> PTWK 5mcg/hr, 7.5mcg/hr, 10mcg/hr, 15mcg/hr, 20mcg/hr	\$0(1)	QL (4 patches / 28 days), PA
<i>fentanyl</i> PT72 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr, 100mcg/hr	\$0(1)	QL (10 patches / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 80mg, 100mg, 120mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA
HYSINGLA ER T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg, 100mg, 120mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>methadone hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 10mg/5ml	\$0(1)	QL (450 mL / 30 days), PA
<i>methadone hcl</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>methadone hydrochloride i</i> CONC 10mg/ml	\$0(1)	QL (90 mL / 30 days), PA
<i>morphine sulfate</i> TBCR 15mg, 30mg, 60mg, 100mg, 200mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
OXYCONTIN T12A 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<b>OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING</b>		
<i>acetaminophen w/ codeine soln</i> 120-12 mg/5ml	\$0(1)	QL (2700 mL / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-15 mg	\$0(1)	QL (400 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-30 mg	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-60 mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>butorphanol tartrate</i> SOLN 1mg/ml, 2mg/ml	\$0(2)	
<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 5-325mg</i>	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 10-325mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>fentanyl citrate</i> LPOP 200mcg	\$0(1)	QL (120 lozenges / 30 days), PA
<i>fentanyl citrate</i> LPOP 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1200mcg, 1600mcg	\$0(2)	NDS, QL (120 lozenges / 30 days), PA
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml</i>	\$0(1)	QL (2700 mL / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i>	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	\$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
<i>hydromorphone hcl</i> LIQD 1mg/ml	\$0(1)	QL (600 mL / 30 days)
<i>hydromorphone hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> SOLN 1mg/ml, 4mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml	\$0(2)	B/D
MORPHINE SULFATE SOLN 2mg/ml, 4mg/ml, 5mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml	\$0(2)	B/D
<i>morphine sulfate</i> SOLN 10mg/5ml, 20mg/5ml	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> SOLN 20mg/ml	\$0(1)	QL (180 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> TABS 15mg, 30mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>nalbuphine hcl</i> SOLN 10mg/ml, 20mg/ml	\$0(2)	
<i>oxycodone hcl</i> CAPS 5mg	\$0(1)	QL (180 caps / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> CONC 100mg/5ml	\$0(1)	QL (180 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>oxycodone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg</i>	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i>	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>tramadol hcl</i> TABS 50mg	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<b>ANESTHETICS - DRUGS FOR NUMBING</b>		
<b>LOCAL ANESTHETICS</b>		
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> SOLN .5%, 1%, 1.5%, 2%	\$0(1)	B/D
<b>ANTI-INFECTIVES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS</b>		
<b>ANTI-INFECTIVES - MISCELLANEOUS</b>		
<i>albendazole</i> TABS 200mg	\$0(2)	NDS
<i>amikacin sulfate</i> SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml	\$0(1)	
<i>atovaquone</i> SUSP 750mg/5ml	\$0(1)	
<i>aztreonam</i> SOLR 1gm, 2gm	\$0(1)	
CAYSTON SOLR 75mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>clindamycin hcl</i> CAPS 75mg, 150mg, 300mg	\$0(1)	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> SOLR 75mg/5ml	\$0(1)	
<i>clindamycin phosphate</i> SOLN 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml, 9000mg/60ml	\$0(1)	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 300 mg/50ml	\$0(1)	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 600 mg/50ml	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i>	\$0(1)	
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	\$0(2)	
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	\$0(2)	
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	\$0(2)	
<i>colistimethate sodium SOLR 150mg</i>	\$0(1)	
<i>dapsone TABS 25mg, 100mg</i>	\$0(1)	
DAPTOMYCIN SOLR 350mg	\$0(2)	NDS
<i>daptomycin SOLR 350mg, 500mg</i>	\$0(2)	NDS
EMVERM CHEW 100mg	\$0(2)	NDS, QL (12 tabs / year)
<i>ertapenem sodium SOLR 1gm</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin sulfate SOLN 10mg/ml, 40mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i>	\$0(1)	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i>	\$0(1)	
<i>ivermectin TABS 3mg</i>	\$0(1)	PA
<i>linezolid SOLN 600mg/300ml</i>	\$0(1)	
<i>linezolid SUSR 100mg/5ml</i>	\$0(2)	NDS, QL (1800 mL / 30 days)
<i>linezolid TABS 600mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>linezolid in sodium chloride iv soln 600 mg/300ml-0.9%</i>	\$0(1)	
<i>meropenem SOLR 1gm, 500mg</i>	\$0(1)	
<i>methenamine hippurate TABS 1gm</i>	\$0(1)	
<i>metronidazole SOLN 500mg/100ml; TABS 250mg, 500mg</i>	\$0(1)	
<i>neomycin sulfate TABS 500mg</i>	\$0(1)	
<i>nitazoxanide TABS 500mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (6 tabs / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> CAPS 50mg, 100mg	\$0(2)	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> CAPS 100mg	\$0(2)	
<i>paromomycin sulfate</i> CAPS 250mg	\$0(1)	
<i>pentamidine isethionate inh</i> SOLR 300mg	\$0(1)	B/D
<i>pentamidine isethionate inj</i> SOLR 300mg	\$0(1)	
<i>pin-away</i> SUSP 144mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>praziquantel</i> TABS 600mg	\$0(1)	
<i>reeses pinworm medicine</i> SUSP 144mg/ml	\$0(3)	NM; *
SIVEXTRO SOLR 200mg; TABS 200mg	\$0(2)	NDS
<i>streptomycin sulfate</i> SOLR 1gm	\$0(1)	
<i>sulfadiazine</i> TABS 500mg	\$0(2)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln</i> 400-80 mg/5ml	\$0(1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp</i> 200-40 mg/5ml	\$0(1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 400-80 mg	\$0(1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab</i> 800-160 mg	\$0(1)	
SYNERCID INJ 500MG	\$0(2)	NDS
<i>tobramycin</i> NEBU 300mg/5ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>tobramycin sulfate</i> SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml	\$0(1)	
TRIMETHOPRIM TABS 100mg	\$0(1)	
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 125mg	\$0(1)	QL (80 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 250mg	\$0(1)	QL (160 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl</i> SOLR 1gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg	\$0(1)	
VANCOMYCIN INJ 1 GM	\$0(2)	
VANCOMYCIN INJ 500MG	\$0(2)	
VANCOMYCIN INJ 750MG	\$0(2)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>ANTIFUNGALS - DRUGS TO TREAT FUNGAL INFECTIONS</b>		
ABELCET SUSP 5mg/ml	\$0(2)	B/D
AMBISOME SUSR 50mg	\$0(2)	NDS, B/D
<i>amphotericin b</i> SOLR 50mg	\$0(1)	B/D
<i>amphotericin b liposome</i> SUSR 50mg	\$0(2)	NDS, B/D
<i>caspofungin acetate</i> SOLR 50mg, 70mg	\$0(1)	
<i>fluconazole</i> SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	\$0(1)	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 200 mg/100ml	\$0(1)	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 400 mg/200ml	\$0(1)	
<i>flucytosine</i> CAPS 250mg, 500mg	\$0(2)	NDS, PA
<i>griseofulvin microsize</i> SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	\$0(1)	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> TABS 125mg, 250mg	\$0(1)	
<i>itraconazole</i> CAPS 100mg	\$0(1)	PA
<i>ketoconazole</i> TABS 200mg	\$0(1)	PA
<i>miconazole sodium</i> SOLR 50mg, 100mg	\$0(2)	NDS
NOXAFIL SUSP 40mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (630 mL / 30 days), PA
<i>nystatin</i> TABS 500000unit	\$0(1)	
<i>posaconazole</i> TBEC 100mg	\$0(2)	NDS, QL (93 tabs / 30 days), PA
<i>terbinafine hcl</i> TABS 250mg	\$0(1)	QL (90 tabs / year)
<i>voriconazole</i> SOLR 200mg; SUSR 40mg/ml	\$0(2)	NDS, PA
<i>voriconazole</i> TABS 50mg	\$0(1)	QL (480 tabs / 30 days), PA
<i>voriconazole</i> TABS 200mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days), PA
<b>ANTIMALARIALS - DRUGS TO TREAT MALARIA</b>		
<i>atovaquone-proguanil hcl tab</i> 62.5-25 mg	\$0(1)	
<i>atovaquone-proguanil hcl tab</i> 250-100 mg	\$0(1)	
<i>chloroquine phosphate</i> TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COARTEM TAB 20-120MG	\$0(2)	
<i>mefloquine hcl</i> TABS 250mg	\$0(1)	
<i>primaquine phosphate</i> TABS 26.3mg	\$0(1)	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg	\$0(2)	
<i>quinine sulfate</i> CAPS 324mg	\$0(1)	PA
<b>ANTIRETROVIRAL AGENTS - DRUGS TO SUPPRESS HIV/AIDS INFECTION</b>		
<i>abacavir sulfate</i> SOLN 20mg/ml; TABS 300mg	\$0(1)	NM
APTIVUS CAPS 250mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>atazanavir sulfate</i> CAPS 150mg, 200mg, 300mg	\$0(1)	NM
EDURANT TABS 25mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>efavirenz</i> CAPS 50mg, 200mg; TABS 600mg	\$0(1)	NM
<i>emtricitabine</i> CAPS 200mg	\$0(1)	NM
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	\$0(2)	NM
<i>etravirine</i> TABS 100mg, 200mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>fosamprenavir calcium</i> TABS 700mg	\$0(2)	NDS, NM
FUZEON SOLR 90mg	\$0(2)	NDS, NM
INTELENCE TABS 25mg	\$0(2)	NM
INVIRASE TABS 500mg	\$0(2)	NDS, NM
ISENTRESS CHEW 25mg; PACK 100mg	\$0(2)	NM
ISENTRESS CHEW 100mg; TABS 400mg	\$0(2)	NDS, NM
ISENTRESS HD TABS 600mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>lamivudine</i> SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	\$0(1)	NM
LEXIVA SUSP 50mg/ml	\$0(2)	NM
<i>maraviroc</i> TABS 150mg, 300mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>nevirapine</i> SUSP 50mg/5ml; TABS 200mg; TB24 100mg, 400mg	\$0(1)	NM
NORVIR PACK 100mg; SOLN 80mg/ml	\$0(2)	NM
PIFELTRO TABS 100mg	\$0(2)	NDS, NM
PREZISTA SUSP 100mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (400 mL / 30 days), NM

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PREZISTA TABS 75mg	\$0(2)	QL (480 tabs / 30 days), NM
PREZISTA TABS 150mg	\$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM
PREZISTA TABS 600mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM
PREZISTA TABS 800mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
REYATAZ PACK 50mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>ritonavir</i> TABS 100mg	\$0(1)	NM
RUKOBIA TB12 600mg	\$0(2)	NDS, NM
SELZENTRY SOLN 20mg/ml; TABS 75mg, 150mg, 300mg	\$0(2)	NDS, NM
SELZENTRY TABS 25mg	\$0(2)	NM
<i>stavudine</i> CAPS 15mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(1)	NM
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> TABS 300mg	\$0(1)	NM
TIVICAY TABS 10mg	\$0(2)	NM
TIVICAY TABS 25mg, 50mg	\$0(2)	NDS, NM
TIVICAY PD TBSO 5mg	\$0(2)	NM
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	\$0(2)	NDS, NM, LA
TYBOST TABS 150mg	\$0(2)	NM
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	\$0(2)	NDS, NM
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>zidovudine</i> CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml; TABS 300mg	\$0(1)	NM
<b>ANTIRETROVIRAL COMBINATION AGENTS - DRUGS TO SUPPRESS HIV/AIDS INFECTION</b>		
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	\$0(1)	NM
<i>abacavir sulfate-lamivudine-zidovudine tab 300-150-300 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	\$0(2)	NDS, NM
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	\$0(2)	NDS, NM

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CIMDUO TAB 300-300	\$0(2)	NDS, NM
COMPLERA TAB	\$0(2)	NDS, NM
DELSTRIGO TAB	\$0(2)	NDS, NM
DESCOVY TAB 120-15MG	\$0(2)	NDS, NM
DESCOVY TAB 200/25MG	\$0(2)	NDS, NM
DOVATO TAB 50-300MG	\$0(2)	NDS, NM
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
EVOTAZ TAB 300-150	\$0(2)	NDS, NM
GENVOYA TAB	\$0(2)	NDS, NM
JULUCA TAB 50-25MG	\$0(2)	NDS, NM
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	\$0(1)	NM
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	\$0(1)	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	\$0(1)	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	\$0(2)	NDS, NM
ODEFSEY TAB	\$0(2)	NDS, NM
PREZCOBIX TAB 800-150	\$0(2)	NDS, NM
STRIBILD TAB	\$0(2)	NDS, NM
SYMTUZA TAB	\$0(2)	NDS, NM
TEMIXYS TAB 300-300	\$0(2)	NDS, NM
TRIUMEQ PD TAB	\$0(2)	NDS, NM

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRIUMEQ TAB	\$0(2)	NDS, NM
TRIZIVIR TAB	\$0(2)	NDS, NM
<b>ANTITUBERCULAR AGENTS - DRUGS TO TREAT TUBERCULOSIS</b>		
<i>cycloserine</i> CAPS 250mg	\$0(2)	NDS
<i>ethambutol hcl</i> TABS 100mg, 400mg	\$0(1)	
<i>isoniazid</i> SYRP 50mg/5ml; TABS 100mg, 300mg	\$0(1)	
PASER PACK 4gm	\$0(2)	
PRIFTIN TABS 150mg	\$0(2)	
<i>pyrazinamide</i> TABS 500mg	\$0(1)	
<i>rifabutin</i> CAPS 150mg	\$0(1)	
<i>rifampin</i> CAPS 150mg, 300mg; SOLR 600mg	\$0(1)	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
TRECTOR TABS 250mg	\$0(2)	
<b>ANTIVIRALS - DRUGS TO TREAT VIRAL INFECTIONS</b>		
<i>acyclovir</i> CAPS 200mg; SUSP 200mg/5ml; TABS 400mg, 800mg	\$0(1)	
<i>acyclovir sodium</i> SOLN 50mg/ml	\$0(1)	B/D
<i>adefovir dipivoxil</i> TABS 10mg	\$0(2)	NDS, NM
BARACLUDGE SOLN .05mg/ml	\$0(2)	NDS, NM
<i>entecavir</i> TABS .5mg, 1mg	\$0(1)	NM
EPCLUSA PAK 150-37.5	\$0(2)	NDS, NM, PA
EPCLUSA PAK 200-50MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
EPCLUSA TAB 200-50MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
EPCLUSA TAB 400-100	\$0(2)	NDS, NM, PA
EPIVIR HBV SOLN 5mg/ml	\$0(2)	NM
<i>famciclovir</i> TABS 125mg, 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>ganciclovir sodium</i> SOLR 500mg	\$0(1)	B/D
HARVONI PAK 33.75-150MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
HARVONI PAK 45-200MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
HARVONI TAB 45-200MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
HARVONI TAB 90-400MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>lamivudine (hbv)</i> TABS 100mg	\$0(1)	NM

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MAVYRET PAK 50-20MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
MAVYRET TAB 100-40MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 30mg	\$0(1)	QL (168 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 45mg, 75mg	\$0(1)	QL (84 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> SUSR 6mg/ml	\$0(1)	QL (1080 mL / year)
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; SOSY 180mcg/0.5ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days), PA
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister	\$0(2)	QL (6 inhalers / year)
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	\$0(1)	NM
<i>rimantadine hydrochloride</i> TABS 100mg	\$0(1)	
<i>valacyclovir hcl</i> TABS 1gm, 500mg	\$0(1)	
<i>valganciclovir hcl</i> SOLR 50mg/ml	\$0(2)	NDS
<i>valganciclovir hcl</i> TABS 450mg	\$0(1)	
VEMLIDY TABS 25mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
VOSEVI TAB	\$0(2)	NDS, NM, PA
XOFLUZA TBPK 40mg	\$0(2)	QL (2 tabs / 180 days)
XOFLUZA TBPK 80mg	\$0(2)	QL (1 tab / 180 days)
<b>CEPHALOSPORINS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS</b>		
<i>cefaclor</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml, 375mg/5ml	\$0(1)	
CEFACLOR ER TB12 500mg	\$0(2)	
<i>cefadroxil</i> CAPS 500mg; SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	\$0(1)	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	\$0(2)	
<i>cefazolin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 500mg	\$0(1)	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	\$0(2)	
<i>cefdinir</i> CAPS 300mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	\$0(1)	
<i>cefepime hcl</i> SOLR 1gm, 2gm	\$0(1)	
<i>cefixime</i> SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cefoxitin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	\$0(1)	
<i>cefpodoxime proxetil</i> SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml; TABS 100mg, 200mg	\$0(1)	
<i>cefprozil</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>ceftazidime</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	\$0(1)	
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM	\$0(2)	
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM	\$0(2)	
<i>ceftriaxone sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>cefuroxime axetil</i> TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>cefuroxime sodium</i> SOLR 1.5gm, 750mg	\$0(1)	
<i>cephalexin</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	\$0(1)	
<i>tazicef</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	\$0(1)	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	\$0(2)	NDS
<b>ERYTHROMYCINS/MACROLIDES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS</b>		
<i>azithromycin</i> PACK 1gm; SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 600mg	\$0(1)	
<i>clarithromycin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg; TB24 500mg	\$0(1)	
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	\$0(2)	NDS
e.e.s. 400 TABS 400mg	\$0(1)	
<i>ery-tab</i> TBEC 250mg, 333mg, 500mg	\$0(1)	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	\$0(2)	NDS
<i>erythrocin stearate</i> TABS 250mg	\$0(1)	
<i>erythromycin base</i> CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	\$0(1)	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> TABS 400mg	\$0(1)	
<i>erythromycin lactobionate</i> SOLR 500mg	\$0(2)	NDS

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>FLUOROQUINOLONAS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS</b>		
CIPRO SUSR 500mg/5ml	\$0(2)	
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	\$0(1)	
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	\$0(1)	
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 100mg, 250mg, 500mg, 750mg	\$0(1)	
<i>levofloxacin</i> SOLN 25mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg	\$0(1)	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	\$0(1)	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	\$0(1)	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	\$0(1)	
<i>moxifloxacin hcl</i> TABS 400mg	\$0(1)	
<b>PENICILLINS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS</b>		
<i>amoxicillin</i> CAPS 250mg, 500mg; CHEW 125mg, 250mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg	\$0(1)	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate chew tab 200-28.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate chew tab 400-57 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab 250-125 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab 500-125 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab 875-125 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ampicillin</i> CAPS 500mg	\$0(1)	
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for inj</i> 1.5 (1-0.5) gm	\$0(1)	
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for inj</i> 3 (2-1) gm	\$0(1)	
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for iv soln</i> 1.5 (1-0.5) gm	\$0(1)	
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for iv soln</i> 3 (2-1) gm	\$0(1)	
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for iv soln</i> 15 (10-5) gm	\$0(1)	
<i>ampicillin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg	\$0(1)	
BICILLIN L-A SUSP 2400000unit/4ml; SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml	\$0(2)	
<i>dicloxacillin sodium</i> CAPS 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>nafcillin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm	\$0(1)	
<i>nafcillin sodium</i> SOLR 10gm	\$0(2)	NDS
<i>oxacillin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	\$0(1)	
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	\$0(2)	
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	\$0(2)	
<i>penicillin g potassium</i> SOLR 5000000unit, 20000000unit	\$0(1)	
PENICILLIN G PROCAINE SUSP 600000unit/ml	\$0(2)	
<i>penicillin g sodium</i> SOLR 5000000unit	\$0(1)	
<i>penicillin v potassium</i> SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>pfizerpen</i> SOLR 5000000unit, 20000000unit	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj</i> 3.375 gm (3-0.375 gm)	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 2.25 gm (2-0.25 gm)	\$0(1)	

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



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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml	\$0(1)	B/D
<i>oxaliplatin</i> SOLR 50mg, 100mg	\$0(2)	NDS, B/D
<i>paraplatin</i> SOLN 1000mg/100ml	\$0(1)	B/D
<b>ANTIBIOTICS</b>		
<i>adriamycin</i> SOLN 2mg/ml	\$0(1)	B/D
<i>doxorubicin hcl</i> SOLN 2mg/ml	\$0(1)	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> INJ 2mg/ml	\$0(2)	NDS, B/D
<i>epirubicin hcl</i> SOLN 50mg/25ml, 200mg/100ml	\$0(1)	B/D
<b>ANTIMETABOLITES</b>		
ALIMTA SOLR 100mg, 500mg	\$0(2)	NDS, B/D
<i>azacitidine</i> SUSR 100mg	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>cytarabine</i> SOLN 20mg/ml	\$0(1)	B/D
<i>fluorouracil</i> SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	\$0(1)	B/D
<i>gemcitabine hcl</i> SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml; SOLR 1gm, 2gm, 200mg	\$0(1)	B/D
INQOVI TAB 35-100MG	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
LONSURF TAB 15-6.14	\$0(2)	NDS, NM, PA
LONSURF TAB 20-8.19	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>mercaptopurine</i> TABS 50mg	\$0(1)	
<i>methotrexate sodium</i> SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	\$0(1)	B/D
ONUREG TABS 200mg, 300mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>pemetrexed disodium</i> SOLR 100mg, 500mg, 750mg, 1000mg	\$0(2)	NDS, B/D
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	\$0(2)	NDS, NM
TABLOID TABS 40mg	\$0(2)	
<b>HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS</b>		
<i>abiraterone acetate</i> TABS 250mg, 500mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>anastrozole</i> TABS 1mg	\$0(1)	
<i>bicalutamide</i> TABS 50mg	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EMCYT CAPS 140mg	\$0(2)	NDS
ERLEADA TABS 60mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
EULEXIN CAPS 125mg	\$0(2)	NDS
<i>exemestane</i> TABS 25mg	\$0(1)	
<i>flutamide</i> CAPS 125mg	\$0(1)	
<i>fulvestrant</i> SOSY 250mg/5ml	\$0(2)	NDS, B/D
<i>letrozole</i> TABS 2.5mg	\$0(1)	
<i>leuprolide acetate</i> KIT 1mg/0.2ml	\$0(1)	NM, PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
LYSODREN TABS 500mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>megestrol acetate</i> TABS 20mg, 40mg	\$0(2)	
<i>nilutamide</i> TABS 150mg	\$0(2)	NDS
NUBEQA TABS 300mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ORGOVYX TABS 120mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	\$0(2)	NDS
<i>tamoxifen citrate</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>toremifene citrate</i> TABS 60mg	\$0(2)	NDS
TRELSTAR MIXJECT SUSR 3.75mg, 11.25mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
XTANDI CAPS 40mg; TABS 40mg, 80mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<b>IMMUNOMODULATORS</b>		
<i>lenalidomide</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	\$0(2)	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, LA, PA
<i>lenalidomide</i> CAPS 20mg, 25mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
POMALYST CAPS 1mg, 2mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 21 days), NM, LA, PA
POMALYST CAPS 3mg, 4mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
REVLIMID CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	\$0(2)	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, LA, PA
REVLIMID CAPS 20mg, 25mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
THALOMID CAPS 50mg, 100mg	\$0(2)	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, PA
THALOMID CAPS 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA
<b>MISCELLANEOUS</b>		
BESREMI SOSY 500mcg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>bexarotene</i> CAPS 75mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>hydroxyurea</i> CAPS 500mg	\$0(1)	
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	\$0(1)	B/D
KISQALI 200 PAK FEMARA	\$0(2)	NDS, QL (49 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 400 PAK FEMARA	\$0(2)	NDS, QL (70 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 PAK FEMARA	\$0(2)	NDS, QL (91 tabs / 28 days), NM, PA
MATULANE CAPS 50mg	\$0(2)	NDS, NM, LA
SYNRIBO SOLR 3.5mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> CAPS 10mg	\$0(2)	NDS
WELIREG TABS 40mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<b>MITOTIC INHIBITORS</b>		
ABRAXANE INJ 100MG	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>docetaxel</i> CONC 20mg/ml	\$0(1)	B/D
<i>docetaxel</i> CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	\$0(2)	NDS, B/D
DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	\$0(2)	NDS, B/D
<i>etoposide</i> SOLN 100mg/5ml, 500mg/25ml	\$0(1)	B/D
<i>paclitaxel</i> CONC 30mg/5ml, 100mg/16.7ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	\$0(1)	B/D
PACLITAXEL INJ 100MG	\$0(2)	NDS, B/D, NM

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg</i>	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>toposar</i> SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml	\$0(1)	B/D
<i>vincristine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	\$0(1)	B/D
<i>vinorelbine tartrate</i> SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	\$0(1)	B/D
<b>MOLECULAR TARGET AGENTS</b>		
AFINITOR TABS 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
AFINITOR DISPERZ TBSO 2mg	\$0(2)	NDS, QL (150 tabs / 30 days), NM, PA
AFINITOR DISPERZ TBSO 3mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
AFINITOR DISPERZ TBSO 5mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
ALECENSA CAPS 150mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ALUNBRIG TABS 30mg, 90mg, 180mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ALUNBRIG PAK	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
AVASTIN SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
BALVERSA TABS 3mg, 4mg, 5mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
BORTEZOMIB SOLR 1mg, 2.5mg, 3.5mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>bortezomib</i> SOLR 3.5mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
BOSULIF TABS 100mg, 400mg, 500mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
BRAFTOVI CAPS 75mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
BRUKINSA CAPS 80mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
CALQUENCE CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
CALQUENCE TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
CAPRELSA TABS 100mg, 300mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COMETRIQ KIT 100MG	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
COMETRIQ KIT 140MG	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
COTELLIC TABS 20mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
DAURISMO TABS 25mg, 100mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ERIVEDGE CAPS 150mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 100mg, 150mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 2mg	\$0(2)	NDS, QL (150 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 3mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 5mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
EXKIVITY CAPS 40mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
GAVRETO CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	\$0(2)	NDS, NM, PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg	\$0(2)	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, LA, PA
ICLUSIG TABS 10mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ICLUSIG TABS 15mg, 30mg, 45mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
IDHIFA TABS 50mg, 100mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 400mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA CAPS 70mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
IMBRUVICA CAPS 140mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
IMBRUVICA SUSP 70mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (216 mL / 27 days), NM, LA, PA
IMBRUVICA TABS 140mg, 280mg, 420mg, 560mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
INLYTA TABS 1mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
INLYTA TABS 5mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
INREBIC CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
IRESSA TABS 250mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	\$0(2)	NDS, B/D, NM
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg	\$0(2)	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 400 DOSE TBPK 200mg	\$0(2)	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 DOSE TBPK 200mg	\$0(2)	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, PA
<i>lapatinib ditosylate</i> TABS 250mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA CAP 14 MG	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA CAP 18 MG	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA CAP 24 MG	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
LORBRENA TABS 25mg, 100mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
LUMAKRAS TABS 120mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
MEKINIST TABS .5mg, 2mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
MEKTOVI TABS 15mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
MONJUVI SOLR 200mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
MVASI SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
NERLYNX TABS 40mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
NEXAVAR TABS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg	\$0(2)	NDS, QL (3 caps / 28 days), NM, PA
ODOMZO CAPS 200mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
OGIVRI SOLR 150mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
OGIVRI INJ 420MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
PHESGO SOL	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200mg	\$0(2)	NDS, NM, PA

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PIQRAY 250MG TAB DOSE	\$0(2)	NDS, NM, PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPk 150mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
QINLOCK TABS 50mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
RETEVMO CAPS 40mg, 80mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
RIABNI SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
RITUXAN SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
RITUXAN INJ HYCELA	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ROZLYTREK CAPS 100mg, 200mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
RUXIENCE SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
RYDAPT CAPS 25mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
SCEMBLIX TABS 20mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
SCEMBLIX TABS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (300 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sorafenib tosylate</i> TABS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
SPRYCEL TABS 20mg, 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
STIVARGA TABS 40mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>sunitinib malate</i> CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
TABRECTA TABS 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
TAGRISSO TABS 40mg, 80mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TALZENNA CAPS .5mg, .75mg, 1mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
TALZENNA CAPS .25mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
TASIGNA CAPS 50mg, 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, NM, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TAZVERIK TABS 200mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
TEPMETKO TABS 225mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
TIBSOVO TABS 250mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
TRUSELTIQ 50 MG DAILY DOSE CPPK 25mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
TRUSELTIQ 75 MG DAILY DOSE CPPK 25mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
TRUSELTIQ 100 MG DAILY DOSE CPPK 100mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
TRUSELTIQ 125 MG DAILY DOSE	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
TURALIO CAPS 200mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
VELCADE SOLR 3.5mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
VENCLEXTA TABS 10mg	\$0(2)	QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VENCLEXTA TABS 50mg	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VENCLEXTA TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
VENCLEXTA TAB START PK	\$0(2)	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VITRAKVI CAPS 25mg, 100mg; SOLN 20mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
VONJO CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
VOTRIENT TABS 200mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
XALKORI CAPS 200mg, 250mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XOSPATA TABS 40mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg, 40mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg, 40mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg, 60mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg, 40mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg, 50mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ZEJULA CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
ZELBORAF TABS 240mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
ZOLINZA CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ZYKADIA TABS 150mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<b>PROTECTIVE AGENTS</b>		
<i>leucovorin calcium</i> SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	\$0(1)	B/D
<i>leucovorin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 25mg	\$0(1)	
MESNEX TABS 400mg	\$0(2)	NDS
<b>CARDIOVASCULAR - DRUGS TO TREAT HEART AND CIRCULATION CONDITIONS</b>		
<b>ACE INHIBITOR COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE</b>		
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i> 2.5-10 mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i> 5-10 mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Costo del medicamento (Nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<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 &amp; hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>	\$0(1)	
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>enalapril maleate &amp; hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>enalapril maleate &amp; hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>fosinopril sodium &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>fosinopril sodium &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	\$0(1)	

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 5-160-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 5-160-25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 10-160-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 10-160-25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 10-320-25 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 TAB 24-26MG	\$0(2)	
ENTRESTO TAB 49-51MG	\$0(2)	
ENTRESTO TAB 97-103MG	\$0(2)	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)

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

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

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

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

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



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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ezetimibe</i> TABS 10mg	\$0(1)	
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> TBCR 500mg, 750mg, 1000mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
PRALUENT SOAJ 75mg/ml, 150mg/ml	\$0(2)	NM, PA
<i>prevalite</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	\$0(1)	
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	\$0(2)	
<b>BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS</b>		
<i>atenolol &amp; chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>atenolol &amp; chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	\$0(1)	
<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	\$0(1)	
<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	\$0(1)	
<b>BETA-BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS</b>		
<i>acebutolol hcl</i> CAPS 200mg, 400mg	\$0(1)	
<i>atenolol</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>betaxolol hcl</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>bisoprolol fumarate</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>carvedilol</i> TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg	\$0(1)	

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nimodipine</i> CAPS 30mg	\$0(1)	
NYMALIZE SOLN 6mg/ml	\$0(2)	NDS
<i>taztia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	\$0(1)	
<i>tiadylt er</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	\$0(1)	
<i>verapamil hcl</i> CP24 100mg, 120mg, 180mg, 200mg, 240mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml; TABS 40mg, 80mg, 120mg; TBCR 120mg, 180mg, 240mg	\$0(1)	
<b>DIURETICS - DRUGS TO TREAT HEART CONDITIONS</b>		
<i>acetazolamide</i> CP12 500mg; TABS 125mg, 250mg	\$0(1)	
<i>amiloride &amp; hydrochlorothiazide tab</i> 5-50 mg	\$0(1)	
<i>amiloride hcl</i> TABS 5mg	\$0(1)	
<i>bumetanide</i> SOLN .25mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg	\$0(1)	
<i>chlorthalidone</i> TABS 25mg, 50mg	\$0(1)	
<i>furosemide</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/5ml; TABS 20mg, 40mg, 80mg	\$0(1)	
<i>furosemide inj</i> SOLN 10mg/ml	\$0(1)	
<i>hydrochlorothiazide</i> CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	\$0(1)	
<i>indapamide</i> TABS 1.25mg, 2.5mg	\$0(1)	
<i>methazolamide</i> TABS 25mg, 50mg	\$0(1)	
<i>metolazone</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>spironolactone &amp; hydrochlorothiazide tab</i> 25-25 mg	\$0(1)	
<i>toremide</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	\$0(1)	
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide cap</i> 37.5-25 mg	\$0(1)	
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide tab</i> 37.5-25 mg	\$0(1)	

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION - DRUGS TO TREAT PULMONARY HYPERTENSION</b>		
ADEMPAS TABS .5mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 2.5mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>ambrisentan</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>bosentan</i> TABS 62.5mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>bosentan</i> TABS 125mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
OPSUMIT TABS 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
VENTAVIS SOLN 10mcg/ml, 20mcg/ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
<b>CENTRAL NERVOUS SYSTEM - DRUGS TO TREAT NERVOUS SYSTEM DISORDERS</b>		
<b>ANTI-ANXIETY - DRUGS TO TREAT ANXIETY</b>		
<i>alprazolam</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	\$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl</i> TABS 5mg, 7.5mg, 10mg, 15mg, 30mg	\$0(1)	
<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml	\$0(1)	QL (150 mL / 30 days)
<i>lorazepam</i> SOLN 2mg/ml, 4mg/ml	\$0(1)	
<i>lorazepam</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	\$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
<i>lorazepam intensol</i> CONC 2mg/ml	\$0(1)	QL (150 mL / 30 days)
<b>ANTICONVULSANTS - DRUGS TO TREAT SEIZURES</b>		
APTIOM TABS 200mg, 400mg, 600mg, 800mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
BRIVIACT SOLN 10mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA
BRIVIACT SOLN 50mg/5ml	\$0(2)	PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BRIVIACT TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>carbamazepine</i> CHEW 100mg; CP12 100mg, 200mg, 300mg; SUSP 100mg/5ml; TABS 200mg; TB12 100mg, 200mg, 400mg	\$0(1)	
CELONTIN CAPS 300mg	\$0(2)	
<i>clobazam</i> SUSP 2.5mg/ml	\$0(1)	QL (480 mL / 30 days), PA
<i>clobazam</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>clonazepam</i> TABS 2mg; TBDP 2mg	\$0(1)	QL (300 tabs / 30 days)
<i>clonazepam</i> TABS .5mg, 1mg; TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days), PA; PA if 65 years and older
DIACOMIT CAPS 250mg	\$0(2)	NDS, QL (360 caps / 30 days), NM, LA, PA
DIACOMIT CAPS 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA
DIACOMIT PACK 250mg	\$0(2)	NDS, QL (360 packets / 30 days), NM, LA, PA
DIACOMIT PACK 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
<i>diazepam</i> CONC 5mg/ml	\$0(1)	QL (240 mL / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>diazepam</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(1)	QL (1200 mL / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>diazepam</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>diazepam (anticonvulsant)</i> GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	\$0(1)	
DILANTIN CAPS 30mg, 100mg	\$0(2)	
DILANTIN INFATABS CHEW 50mg	\$0(2)	
DILANTIN-125 SUSP 125mg/5ml	\$0(2)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>divalproex sodium</i> CSDR 125mg; TB24 250mg, 500mg; TBEC 125mg, 250mg, 500mg	\$0(1)	
EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (600 mL / 30 days), NM, LA, PA
<i>epitol</i> TABS 200mg	\$0(1)	
EPRONTIA SOLN 25mg/ml	\$0(2)	
<i>ethosuximide</i> CAPS 250mg; SOLN 250mg/5ml	\$0(1)	
<i>felbamate</i> SUSP 600mg/5ml	\$0(2)	NDS
<i>felbamate</i> TABS 400mg, 600mg	\$0(1)	
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (360 mL / 30 days), NM, LA, PA
FYCOMPA SUSP .5mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (720 mL / 30 days), PA
FYCOMPA TABS 2mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA
FYCOMPA TABS 4mg, 6mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
FYCOMPA TABS 8mg, 10mg, 12mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>gabapentin</i> CAPS 100mg	\$0(1)	QL (1080 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> CAPS 300mg	\$0(1)	QL (360 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> CAPS 400mg	\$0(1)	QL (270 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> SOLN 250mg/5ml	\$0(1)	QL (2160 mL / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 600mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 800mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> SOLN 10mg/ml	\$0(1)	QL (1200 mL / 30 days)
<i>lacosamide</i> SOLN 200mg/20ml	\$0(2)	NDS
<i>lacosamide</i> TABS 50mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> TABS 100mg, 150mg, 200mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>lamotrigine</i> CHEW 5mg, 25mg; TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg; TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg	\$0(1)	

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levetiracetam</i> SOLN 100mg/ml, 500mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	\$0(1)	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 500 mg/100ml	\$0(1)	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1000 mg/100ml	\$0(1)	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1500 mg/100ml	\$0(1)	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	\$0(2)	
<i>oxcarbazepine</i> SUSP 300mg/5ml; TABS 150mg, 300mg, 600mg	\$0(1)	
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml; TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
PHENYTEK CAPS 200mg, 300mg	\$0(2)	
<i>phenytoin</i> CHEW 50mg; SUSP 125mg/5ml	\$0(1)	
<i>phenytoin sodium</i> SOLN 50mg/ml	\$0(1)	
<i>phenytoin sodium extended</i> CAPS 100mg, 200mg, 300mg	\$0(1)	
<i>pregabalin</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin</i> CAPS 200mg	\$0(1)	QL (90 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin</i> CAPS 225mg, 300mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin</i> SOLN 20mg/ml	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>primidone</i> TABS 50mg, 250mg	\$0(1)	
<i>roweepra</i> TABS 500mg	\$0(1)	
<i>rufinamide</i> SUSP 40mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (2300 mL / 28 days), PA
<i>rufinamide</i> TABS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (480 tabs / 30 days), PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>rufinamide</i> TABS 400mg	\$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), PA
SPRITAM TB3D 250mg	\$0(2)	QL (360 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 500mg	\$0(2)	QL (180 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 750mg	\$0(2)	QL (120 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 1000mg	\$0(2)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>subvenite</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	\$0(1)	
SYMPAZAN FILM 5mg	\$0(2)	QL (60 films / 30 days), PA
SYMPAZAN FILM 10mg, 20mg	\$0(2)	NDS, QL (60 films / 30 days), PA
<i>tiagabine hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	\$0(1)	
<i>topiramate</i> CPSP 15mg, 25mg; TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	\$0(1)	
<i>valproate sodium</i> SOLN 100mg/ml, 250mg/5ml	\$0(1)	
<i>valproic acid</i> CAPS 250mg	\$0(1)	
VALTOCO LIQD 5mg/0.1ml, 10mg/0.1ml; LQPK 7.5mg/0.1ml, 10mg/0.1ml	\$0(2)	
<i>vigabatrin</i> PACK 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
<i>vigabatrin</i> TABS 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>vigadrone</i> PACK 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
VIMPAT SOLN 10mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (1200 mL / 30 days)
VIMPAT SOLN 200mg/20ml	\$0(2)	NDS
XCOPRI TABS 50mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days)
XCOPRI TABS 100mg, 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
XCOPRI PAK 12.5-25	\$0(2)	QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 50-100MG	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 100-150	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
ZONISADE SUSP 100mg/5ml	\$0(2)	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>zonisamide</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
ZTALMY SUSP 50mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (1100 mL / 30 days), NM, LA, PA
<b>ANTIDEMENTIA - DRUGS TO TREAT DEMENTIA AND MEMORY LOSS</b>		
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 5mg; TBDP 5mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 10mg; TBDP 10mg	\$0(1)	
<i>galantamine hydrobromide</i> CP24 8mg, 16mg, 24mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i> SOLN 4mg/ml	\$0(1)	
<i>galantamine hydrobromide</i> TABS 4mg, 8mg, 12mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>memantine hcl</i> CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml; TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	PA; PA if < 30 yrs
<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg &amp; 21 x 10 mg titration pack</i>	\$0(2)	PA; PA if < 30 yrs
NAMZARIC CAP 7-10MG	\$0(2)	
NAMZARIC CAP 14-10MG	\$0(2)	
NAMZARIC CAP 21-10MG	\$0(2)	
NAMZARIC CAP 28-10MG	\$0(2)	
NAMZARIC CAP PACK	\$0(2)	
<i>rivastigmine</i> PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr	\$0(1)	QL (30 patches / 30 days)
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 1.5mg, 3mg	\$0(1)	QL (90 caps / 30 days)
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 4.5mg, 6mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<b>ANTIDEPRESSANTS - DRUGS TO TREAT DEPRESSION</b>		
<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	\$0(2)	
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	\$0(2)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg; TB12 100mg, 150mg, 200mg; TB24 150mg, 300mg	\$0(1)	
<i>citalopram hydrobromide</i> SOLN 10mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	
<i>clomipramine hcl</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg	\$0(2)	PA
<i>desipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	\$0(2)	
<i>desvenlafaxine succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg; CONC 10mg/ml	\$0(2)	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20mg, 30mg, 40mg, 60mg	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>duloxetine hcl</i> CPEP 20mg, 30mg, 60mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr	\$0(2)	NDS, QL (30 patches / 30 days), PA
<i>escitalopram oxalate</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 5mg, 10mg, 20mg	\$0(1)	
FETZIMA CP24 20mg, 40mg	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days), PA
FETZIMA CP24 80mg, 120mg	\$0(2)	QL (30 caps / 30 days), PA
FETZIMA CAP TITRATIO	\$0(2)	PA
<i>fluoxetine hcl</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg; SOLN 20mg/5ml	\$0(1)	
<i>imipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg	\$0(2)	
MARPLAN TABS 10mg	\$0(2)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>mirtazapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 30mg, 45mg; TBDP 15mg, 30mg, 45mg	\$0(1)	
<i>nefazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	\$0(1)	
<i>nortriptyline hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg; SOLN 10mg/5ml	\$0(2)	
<i>paroxetine hcl</i> SUSP 10mg/5ml	\$0(2)	QL (900 mL / 30 days), PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>paroxetine hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(2)	
PAXIL SUSP 10mg/5ml	\$0(2)	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>phenelzine sulfate</i> TABS 15mg	\$0(1)	
<i>protriptyline hcl</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	
<i>sertraline hcl</i> CONC 20mg/ml; TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>tranylcypromine sulfate</i> TABS 10mg	\$0(1)	
<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	\$0(1)	
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 25mg	\$0(2)	QL (240 caps / 30 days)
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 50mg	\$0(2)	QL (120 caps / 30 days)
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days)
TRINTELLIX TABS 5mg	\$0(2)	QL (120 tabs / 30 days)
TRINTELLIX TABS 10mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
TRINTELLIX TABS 20mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>venlafaxine hcl</i> CP24 37.5mg, 75mg, 150mg; TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	\$0(1)	
VIIBRYD TABS 10mg, 20mg, 40mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
VIIBRYD KIT STARTER	\$0(2)	
<i>vilazodone hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<b>ANTIPARKINSONIAN AGENTS - DRUGS TO TREAT PARKINSONS DISEASE</b>		
<i>amantadine hcl</i> CAPS 100mg	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days)
<i>amantadine hcl</i> SOLN 50mg/5ml; TABS 100mg	\$0(1)	
<i>benztropine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	\$0(1)	
<i>benztropine mesylate</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>bromocriptine mesylate</i> CAPS 5mg; TABS 2.5mg	\$0(1)	
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i> 10-100mg	\$0(1)	
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i> 25-100mg	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa &amp; levodopa tab 10-100 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa &amp; levodopa tab 25-100 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa &amp; levodopa tab 25-250 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa &amp; levodopa tab er 25-100 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa &amp; 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)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>entacapone TABS 200mg</i>	\$0(1)	
KYNMOBI FILM 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	\$0(2)	NDS, QL (150 films / 30 days), NM, PA
NEUPRO PT24 1mg/24hr, 2mg/24hr, 3mg/24hr, 4mg/24hr, 6mg/24hr, 8mg/24hr	\$0(2)	
<i>pramipexole dihydrochloride TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg</i>	\$0(1)	
<i>rasagiline mesylate TABS 1mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>rasagiline mesylate TABS .5mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>ropinirole hydrochloride TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg</i>	\$0(1)	
<i>selegiline hcl CAPS 5mg; TABS 5mg</i>	\$0(1)	
<i>trihexyphenidyl hcl SOLN .4mg/ml; TABS 2mg, 5mg</i>	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>ANTIPSYCHOTICS - DRUGS TO TREAT PSYCHOSES</b>		
ABILIFY MAINTENA PRSY 300mg, 400mg	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ABILIFY MAINTENA SRER 300mg, 400mg	\$0(2)	NDS, QL (1 injection / 28 days)
<i>aripiprazole</i> SOLN 1mg/ml	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days)
<i>aripiprazole</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>aripiprazole</i> TBDP 10mg, 15mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 56 days)
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	\$0(2)	NDS
<i>asenapine maleate</i> SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), PA
CAPLYTA CAPS 42mg	\$0(2)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>chlorpromazine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	\$0(1)	
CHLORPROMAZINE HYDROCHLOR CONC 30mg/ml, 100mg/ml	\$0(2)	
<i>clozapine</i> TABS 25mg, 50mg	\$0(1)	
<i>clozapine</i> TABS 100mg	\$0(1)	QL (270 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TABS 200mg	\$0(1)	QL (135 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg	\$0(1)	PA
<i>clozapine</i> TBDP 100mg	\$0(1)	QL (270 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 150mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 200mg	\$0(2)	NDS, QL (135 tabs / 30 days), PA
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
FANAPT PAK	\$0(2)	PA
<i>fluphenazine decanoate</i> SOLN 25mg/ml	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluphenazine hcl</i> CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>haloperidol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>haloperidol decanoate</i> SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	\$0(1)	
<i>haloperidol lactate</i> CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	\$0(1)	
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml	\$0(2)	QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.88ml, 410mg/1.32ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.63ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 90 days)
LATUDA TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
LATUDA TABS 80mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	\$0(1)	
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	\$0(1)	
NUPLAZID CAPS 34mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
NUPLAZID TABS 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>olanzapine</i> SOLR 10mg	\$0(1)	QL (3 vials / 1 day)
<i>olanzapine</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg; TBDP 10mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 20mg; TBDP 5mg, 15mg, 20mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg, 3mg, 9mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>paliperidone</i> TB24 6mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	\$0(1)	
PERSERIS PRSY 90mg, 120mg	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 30 days)

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	\$0(1)	
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 300mg, 400mg	\$0(1)	
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 50mg, 300mg, 400mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 150mg, 200mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
REXULTI TABS 3mg, 4mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
RISPERDAL CONSTA SRER 12.5mg, 25mg	\$0(2)	QL (2 injections / 28 days)
RISPERDAL CONSTA SRER 37.5mg, 50mg	\$0(2)	NDS, QL (2 injections / 28 days)
<i>risperidone</i> SOLN 1mg/ml	\$0(1)	QL (240 mL / 30 days)
<i>risperidone</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	\$0(1)	
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr	\$0(2)	QL (30 patches / 30 days)
<i>thioridazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>thiothixene</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>trifluoperazine hcl</i> TABS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
VERSACLOZ SUSP 50mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA
VRAYLAR CAPS 1.5mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days)
VRAYLAR CAPS 3mg, 4.5mg, 6mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days)
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	\$0(2)	
<i>ziprasidone hcl</i> CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>ziprasidone mesylate</i> SOLR 20mg	\$0(1)	QL (6 injections / 3 days)
ZYPREXA RELPREVV SUSR 210mg	\$0(2)	QL (2 vials / 28 days), NM, PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 300mg	\$0(2)	NDS, QL (2 vials / 28 days), NM, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZYPREXA RELPREVV SUSR 405mg	\$0(2)	NDS, QL (1 vial / 28 days), NM, PA
<b>ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER - DRUGS TO TREAT ADHD</b>		
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>atomoxetine hcl CAPS 10mg, 18mg, 25mg</i>	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 40mg</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 60mg, 80mg, 100mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 2.5mg, 5mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days), PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dexmethylphenidate hcl</i> TABS 10mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> TB24 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>metadate er</i> TBCR 20mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(1)	QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN 10mg/5ml	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 20mg; TBCR 10mg, 20mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
<b>HYPNOTICS - DRUGS TO TREAT INSOMNIA</b>		
BELSOMRA TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl (sleep)</i> TABS 3mg, 6mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>eszopiclone</i> TABS 1mg, 2mg, 3mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
HETLIOZ CAPS 20mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
<i>temazepam</i> CAPS 7.5mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>temazepam</i> CAPS 15mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>temazepam</i> CAPS 30mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>zaleplon</i> CAPS 5mg, 10mg	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>zolpidem tartrate</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<b>MIGRAINE - DRUGS TO TREAT SEVERE HEADACHES</b>		
AIMOVIG SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml	\$0(2)	QL (1 pen / 30 days), NM, PA
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	\$0(2)	NDS
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 4mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (8 mL / 30 days), PA
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	\$0(1)	QL (40 tabs / 28 days), PA
<i>naratriptan hcl</i> TABS 1mg, 2.5mg	\$0(1)	QL (12 tabs / 30 days)
NURTEC TBDP 75mg	\$0(2)	NDS, QL (16 tabs / 30 days), PA
<i>rizatriptan benzoate</i> TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (18 tabs / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 5mg/act	\$0(1)	QL (24 units / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 20mg/act	\$0(1)	QL (12 units / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml	\$0(1)	QL (18 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 6mg/0.5ml; SOCT 6mg/0.5ml; SOLN 6mg/0.5ml	\$0(1)	QL (12 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	QL (12 tabs / 30 days)
UBRELVY TABS 50mg, 100mg	\$0(2)	NDS, QL (16 tabs / 30 days), PA
<i>zolmitriptan</i> TABS 2.5mg, 5mg; TBDP 2.5mg, 5mg	\$0(1)	QL (12 tabs / 30 days)
<b>MISCELLANEOUS</b>		
AUSTEDO TABS 6mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
INGREZZA CAPS 40mg, 60mg, 80mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INGREZZA CAP 40-80MG	\$0(2)	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, LA, PA
LITHIUM SOLN 8meq/5ml	\$0(2)	
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg; TABS 300mg; TBCR 300mg, 450mg	\$0(1)	
NUEDEXTA CAP 20-10MG	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin (once-daily)</i> TB24 82.5mg, 165mg, 330mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>pyridostigmine bromide</i> TABS 60mg	\$0(1)	
<i>riluzole</i> TABS 50mg	\$0(1)	
<i>tetrabenazine</i> TABS 12.5mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>tetrabenazine</i> TABS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
<b>MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - DRUGS TO TREAT MULTIPLE SCLEROSIS</b>		
BETASERON KIT .3mg	\$0(2)	NDS, QL (14 syringes / 28 days), NM, PA
<i>dalfampridine</i> TB12 10mg	\$0(1)	NM, PA
GILENYA CAPS .5mg	\$0(2)	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 20mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 40mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
<i>glatopa</i> SOSY 20mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
<i>glatopa</i> SOSY 40mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
KESIMPTA SOAJ 20mg/0.4ml	\$0(2)	NDS, QL (16 pens / year), NM, LA, PA
<b>MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS - DRUGS TO TREAT MUSCLE SPASMS</b>		
<i>baclofen</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>carisoprodol</i> TABS 350mg	\$0(2)	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cyclobenzaprine hcl</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>dantrolene sodium</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>methocarbamol</i> TABS 500mg, 750mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>tizanidine hcl</i> TABS 2mg, 4mg	\$0(1)	
<i>vanadom</i> TABS 350mg	\$0(2)	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<b>NARCOLEPSY/CATAPLEXY - DRUGS FOR SLEEP DISORDERS</b>		
<i>armodafinil</i> TABS 50mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>armodafinil</i> TABS 150mg, 200mg, 250mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
XYREM SOLN 500mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (540 mL / 30 days), NM, LA, PA
<b>PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC</b>		
<i>acamprosate calcium</i> TBEC 333mg	\$0(1)	
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL 2mg, 8mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 2-0.5 mg (base equiv)	\$0(1)	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 4-1 mg (base equiv)	\$0(1)	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 8-2 mg (base equiv)	\$0(1)	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 12-3 mg (base equiv)	\$0(1)	QL (60 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i> 2-0.5 mg (base equiv)	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i> 8-2 mg (base equiv)	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> TB12 150mg	\$0(1)	
CHANTIX TAB 0.5& 1MG	\$0(2)	PA
<i>disulfiram</i> TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>gnp nicotine gum</i> GUM 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nicotine mini lozenge</i> LOZG 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nicotine polacrilex</i> GUM 2mg, 4mg; LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp nicotine polacrilex m</i> LOZG 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nicotine transdermal</i> PT24 7mg/24hr, 14mg/24hr	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense nicotine</i> LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense nicotine gum</i> GUM 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense nicotine polacr</i> GUM 2mg, 4mg; LOZG 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>naloxone hcl</i> LIQD 4mg/0.1ml; SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY 2mg/2ml	\$0(1)	
<i>naltrexone hcl</i> TABS 50mg	\$0(1)	
<i>nicotine</i> PT24 7mg/24hr, 14mg/24hr, 21mg/24hr	\$0(3)	NM; *
<i>nicotine mini lozenge</i> LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>nicotine polacrilex</i> GUM 2mg, 4mg; LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
NICOTINE SYS KIT TRANSDER	\$0(3)	NM; *
<i>nicotine transdermal syst</i> PT24 7mg/24hr, 14mg/24hr, 21mg/24hr	\$0(3)	NM; *
NICOTROL INHALER INHA 10mg	\$0(2)	
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	\$0(2)	
<i>varenicline tartrate</i> TABS .5mg, 1mg	\$0(1)	QL (56 tabs / 28 days), PA
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg &amp; 42 x 1 mg start pack</i>	\$0(1)	PA
VIVITROL SUSR 380mg	\$0(2)	NDS, NM
<b>ENDOCRINE AND METABOLIC - DRUGS TO TREAT DIABETES AND REGULATE HORMONES</b>		
<b>ANDROGENS - DRUGS TO REGULATE MALE HORMONES</b>		
ANDRODERM PT24 2mg/24hr, 4mg/24hr	\$0(2)	QL (30 patches / 30 days), PA
<i>oxandrolone</i> TABS 2.5mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>oxandrolone</i> TABS 10mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>testosterone</i> GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm	\$0(1)	QL (300 gm / 30 days), PA
<i>testosterone cypionate</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	\$0(1)	PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>testosterone enanthate</i> SOLN 200mg/ml	\$0(1)	PA
<b>ANTIDIABETICS</b>		
<i>acarbose</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
BYDUREON BCISE AUIJ 2mg/0.85ml	\$0(2)	QL (4 pens / 28 days)
BYETTA SOPN 5mcg/0.02ml, 10mcg/0.04ml	\$0(2)	QL (1 pen / 30 days)
FARXIGA TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>glimepiride</i> TABS 1mg, 2mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glimepiride</i> TABS 4mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TABS 5mg	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TABS 10mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TB24 2.5mg, 5mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TB24 10mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl</i> TB24 2.5mg, 5mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl</i> TB24 10mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-500MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-500MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 100-1000	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
JARDIANCE TABS 10mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JARDIANCE TABS 25mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-500	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-850	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 500mg	\$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metformin hcl</i> TABS 850mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 1000mg	\$0(1)	QL (75 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TB24 500mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
<i>metformin hcl</i> TB24 750mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
<i>nateglinide</i> TABS 60mg, 120mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml	\$0(2)	QL (1 pen / 28 days)
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml	\$0(2)	QL (2 pens / 28 days)
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 4mg/3ml	\$0(2)	QL (1 pen / 28 days)
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8MG/3ML	\$0(2)	QL (1 pen / 28 days)
<i>pioglitazone hcl</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>repaglinide</i> TABS 2mg	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>repaglinide</i> TABS .5mg, 1mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 14mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 5-500MG	\$0(2)	QL (120 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 12.5-500	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 10-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 25-1000	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
TRADJENTA TABS 5mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRULICITY SOPN .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml	\$0(2)	QL (4 pens / 28 days)
VICTOZA SOPN 18mg/3ml	\$0(2)	QL (3 pens / 30 days)
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)
<b>ANTIDIABETICS, INSULINS</b>		
BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml	\$0(2)	
BD ALCOHOL SWABS	\$0(2)	
FIASP FLEX INJ TOUCH	\$0(2)	
FIASP INJ 100/ML	\$0(2)	
FIASP PENFIL INJ U-100	\$0(2)	
GAUZE PADS 2" X 2"	\$0(2)	
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml	\$0(2)	NDS, B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml	\$0(2)	NDS
INSULIN SAFETY NEEDLES	\$0(2)	
INSULIN SYRINGES: BD/ULTIMED/ ALLISON/TRIVIDIA/MHC	\$0(2)	
LEVEMIR SOLN 100unit/ml	\$0(2)	
LEVEMIR FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml	\$0(2)	
NOVOLIN INJ 70/30	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN INJ 70/30 FP	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLOG SOLN 100unit/ml	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ 70/30	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	\$0(2)	(brand RELION not covered)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml	\$0(2)	(brand RELION not covered)
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO	\$0(2)	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD DASH KIT INTRO	\$0(2)	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD DASH MIS PODS	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD MIS CLASSIC	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD PDM KIT CLASSIC	\$0(2)	QL (1 kit / year), PA
PEN NEEDLES: NOVO/BD/ULTIMED/ OWEN/TRIVIDIA	\$0(2)	
SOLIQUA INJ 100/33	\$0(2)	QL (10 pens / 30 days)
TRESIBA SOLN 100unit/ml	\$0(2)	
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml	\$0(2)	
V-GO 20 KIT	\$0(2)	QL (1 kit / 30 days), PA
V-GO 30 KIT	\$0(2)	QL (1 kit / 30 days), PA
V-GO 40 KIT	\$0(2)	QL (1 kit / 30 days), PA
XULTOPHY INJ 100/3.6	\$0(2)	QL (5 pens / 30 days)
<b>CALCIUM REGULATORS</b>		
<i>alendronate sodium</i> SOLN 70mg/75ml; TABS 10mg, 35mg, 70mg	\$0(1)	
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/ act	\$0(1)	B/D
FORTEO SOPN 600mcg/2.4ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg	\$0(1)	B/D
NATPARA CART 25mcg, 50mcg, 75mcg, 100mcg	\$0(2)	NDS, NM, PA
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	\$0(2)	B/D
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml; SOLR 30mg, 90mg	\$0(1)	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml	\$0(2)	QL (1 syringe / 180 days), NM
<i>risedronate sodium</i> TABS 5mg, 35mg, 150mg; TBEC 35mg	\$0(1)	
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	\$0(2)	NDS, NM, PA

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>camrese</i>	\$0(1)	
<i>camrese lo</i>	\$0(1)	
<i>chateal</i>	\$0(1)	
<i>cryselle-28</i>	\$0(1)	
<i>cyred eq</i>	\$0(1)	
<i>dasetta 1/35</i>	\$0(1)	
<i>dasetta 7/7/7</i>	\$0(1)	
<i>daysee</i>	\$0(1)	
<i>deblitane TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>desogest-eth estrad &amp; eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>	\$0(1)	
<i>desogestrel &amp; ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	\$0(1)	
<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.03-0.451 mg</i>	\$0(1)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	\$0(1)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	\$0(1)	
<i>elinest</i>	\$0(1)	
<i>ELLA TABS 30mg</i>	\$0(2)	
<i>eluryng</i>	\$0(1)	
<i>emoquette</i>	\$0(1)	
<i>enpresse-28</i>	\$0(1)	
<i>enskyce</i>	\$0(1)	
<i>errin TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>estarylla</i>	\$0(1)	
<i>ethynodiol diacetate &amp; ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>	\$0(1)	
<i>ethynodiol diacetate &amp; ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	\$0(1)	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.120-0.015 mg/24hr</i>	\$0(1)	
<i>falmina</i>	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>femynor</i>	\$0(1)	
<i>finzala</i>	\$0(1)	
<i>hailey 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>hailey 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>heather TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>iclevia</i>	\$0(1)	
<i>incassia TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>introvale</i>	\$0(1)	
<i>isibloom</i>	\$0(1)	
<i>jasmiel</i>	\$0(1)	
<i>jolessa</i>	\$0(1)	
<i>juleber</i>	\$0(1)	
<i>junel 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>junel 1/20</i>	\$0(1)	
<i>junel fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>junel fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>junel fe 24</i>	\$0(1)	
<i>kaitlib fe</i>	\$0(1)	
<i>kariva</i>	\$0(1)	
<i>kelnor 1/35</i>	\$0(1)	
<i>kelnor 1/50</i>	\$0(1)	
<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>larissia</i>	\$0(1)	
<i>layolis fe</i>	\$0(1)	
<i>leena</i>	\$0(1)	
<i>lessina</i>	\$0(1)	
<i>levonest</i>	\$0(1)	
<i>levonor-eth est tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg &amp;eth est 0.01 mg</i>	\$0(1)	

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mono-linyah</i>	\$0(1)	
<i>my choice</i> TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>my way</i> TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>necon</i> 0.5/35-28	\$0(1)	
<i>new day</i> TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>nikki</i>	\$0(1)	
<i>nora-be</i> TABS .35mg	\$0(1)	
<i>norethindrone &amp; ethinyl estradiol-fe chew tab</i> 0.4 mg-35 mcg	\$0(1)	
<i>norethindrone &amp; ethinyl estradiol-fe chew tab</i> 0.8 mg-25 mcg	\$0(1)	
<i>norethindrone (contraceptive)</i> TABS .35mg	\$0(1)	
<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab</i> 1-20/1-30/1-35 mg-mcg	\$0(1)	
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol tab</i> 1 mg-20 mcg	\$0(1)	
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol tab</i> 1.5 mg-30 mcg	\$0(1)	
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol-fe tab</i> 1 mg-20 mcg	\$0(1)	
<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab</i> 1 mg-20 mcg (24)	\$0(1)	
<i>norgestimate &amp; ethinyl estradiol tab</i> 0.25 mg-35 mcg	\$0(1)	
<i>norgestimate-eth estrad tab</i> 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg	\$0(1)	
<i>norgestimate-eth estrad tab</i> 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg	\$0(1)	
<i>norlyroc</i> TABS .35mg	\$0(1)	
<i>nortrel</i> 0.5/35 (28)	\$0(1)	
<i>nortrel</i> 1/35 (21)	\$0(1)	
<i>nortrel</i> 1/35 (28)	\$0(1)	
<i>nortrel</i> 7/7/7	\$0(1)	
<i>nylia</i> 1/35	\$0(1)	

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nylia 7/7/7</i>	\$0(1)	
<i>nymyo</i>	\$0(1)	
<i>ocella</i>	\$0(1)	
<i>opcicon one-step TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>option 2 TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>orsythia</i>	\$0(1)	
<i>philith</i>	\$0(1)	
<i>pimtrea</i>	\$0(1)	
<i>pirmella 1/35</i>	\$0(1)	
<i>portia-28</i>	\$0(1)	
<i>reclipsen</i>	\$0(1)	
<i>rivelsa</i>	\$0(1)	
<i>setlakin</i>	\$0(1)	
<i>sharobel TABS .35mg</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-linyah</i>	\$0(1)	
<i>tri-lo-estarylla</i>	\$0(1)	
<i>tri-lo-marzia</i>	\$0(1)	
<i>tri-lo-mili</i>	\$0(1)	
<i>tri-lo-sprintec</i>	\$0(1)	
<i>tri-mili</i>	\$0(1)	
<i>tri-nymyo</i>	\$0(1)	
<i>tri-sprintec</i>	\$0(1)	
<i>tri-vylibra</i>	\$0(1)	
<i>tri-vylibra lo</i>	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>trivora-28</i>	\$0(1)	
<i>tydemy</i>	\$0(1)	
<i>velivet</i>	\$0(1)	
<i>vestura</i>	\$0(1)	
<i>vienva</i>	\$0(1)	
<i>viorele</i>	\$0(1)	
<i>vyfemla</i>	\$0(1)	
<i>vylibra</i>	\$0(1)	
<i>wera</i>	\$0(1)	
<i>wymzya fe</i>	\$0(1)	
<i>xulane</i>	\$0(1)	
<i>zafemy</i>	\$0(1)	
<i>zovia 1/35</i>	\$0(1)	
<i>zumandimine</i>	\$0(1)	
<b>ENDOMETRIOSIS</b>		
<i>danazol CAPS 50mg, 100mg, 200mg</i>	\$0(1)	
SYNAREL SOLN 2mg/ml	\$0(2)	NDS
<b>ESTROGENS - DRUGS TO REGULATE FEMALE HORMONES</b>		
<i>amabelz</i>	\$0(2)	
DELESTROGEN OIL 10mg/ml	\$0(2)	
<i>dotti PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr</i>	\$0(2)	
<i>estradiol PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr; PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr; TABS .5mg, 1mg, 2mg</i>	\$0(2)	
<i>estradiol &amp; norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	\$0(2)	
<i>estradiol &amp; norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	\$0(2)	
<i>estradiol vaginal CREA .1mg/gm; TABS 10mcg</i>	\$0(1)	
<i>estradiol valerate OIL 20mg/ml, 40mg/ml</i>	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	\$0(2)	
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	\$0(2)	
<i>jinteli</i>	\$0(2)	
<i>lyllana PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr</i>	\$0(2)	
<i>mimvey</i>	\$0(2)	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	\$0(2)	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	\$0(2)	
<i>yuvafem TABS 10mcg</i>	\$0(1)	
<b>GLUCOCORTICOIDS - DRUGS TO TREAT INFLAMMATORY RESPONSE</b>		
<i>dexamethasone ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg</i>	\$0(1)	
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml	\$0(2)	
<i>dexamethasone sodium phosphate SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml</i>	\$0(1)	
<i>fludrocortisone acetate TABS .1mg</i>	\$0(1)	
<i>hydrocortisone TABS 5mg, 10mg, 20mg</i>	\$0(1)	
<i>methylprednisolone TABS 4mg, 8mg, 16mg, 32mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>methylprednisolone TBPK 4mg</i>	\$0(1)	
<i>methylprednisolone acetate SUSP 40mg/ml, 80mg/ml</i>	\$0(1)	B/D
<i>methylprednisolone sod succ SOLR 40mg, 125mg, 1000mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>prednisolone SOLN 15mg/5ml</i>	\$0(1)	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate SOLN 5mg/5ml, 15mg/5ml, 25mg/5ml</i>	\$0(1)	B/D
<i>prednisone SOLN 5mg/5ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>prednisone TBPK 5mg, 10mg</i>	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	\$0(2)	B/D
SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg	\$0(2)	
<b>GLUCOSE ELEVATING AGENTS - DRUGS TO TREAT LOW BLOOD SUGAR</b>		
<i>diazoxide</i> SUSP 50mg/ml	\$0(2)	NDS
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	\$0(2)	
GVOKE KIT SOLN 1mg/0.2ml	\$0(2)	
GVOKE PFS SOSY .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	\$0(2)	
<b>MISCELLANEOUS</b>		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>betaine powder for oral solution</i>	\$0(2)	NDS, NM, LA
<i>cabergoline</i> TABS .5mg	\$0(1)	
CARBAGLU TBSO 200mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>carglumic acid</i> TBSO 200mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
CERDELGA CAPS 84mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
CEREZYME SOLR 400unit	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 30mg	\$0(1)	B/D, QL (120 tabs / 30 days), NM
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 60mg	\$0(2)	NDS, B/D, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 90mg	\$0(2)	NDS, B/D, QL (120 tabs / 30 days), NM
CYSTADANE POW	\$0(2)	NDS, NM, LA
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	\$0(2)	NM, LA, PA
<i>desmopressin acetate</i> SOLN 4mcg/ml	\$0(2)	NDS
<i>desmopressin acetate</i> TABS .1mg, .2mg	\$0(1)	
<i>desmopressin acetate spray</i> SOLN .01%	\$0(1)	
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> SOLN .01%	\$0(1)	
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	\$0(2)	NDS, NM, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .2mg, .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>javygtor</i> PACK 100mg; TABS 100mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
KORLYM TABS 300mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	\$0(1)	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>miglustat</i> CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>nitisinone</i> CAPS 2mg, 5mg, 10mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml	\$0(1)	NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>raloxifene hcl</i> TABS 60mg	\$0(1)	
<i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methimazole</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>propylthiouracil</i> TABS 50mg	\$0(1)	
SYNTHROID TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	\$0(2)	
<i>unithroid</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	\$0(1)	
<b>VITAMIN D ANALOGS</b>		
<i>calcitriol</i> CAPS .25mcg, .5mcg; SOLN 1mcg/ml	\$0(1)	B/D
<i>paricalcitol</i> CAPS 1mcg, 2mcg, 4mcg	\$0(1)	B/D
RAYALDEE CPCR 30mcg	\$0(2)	NDS
<b>GASTROINTESTINAL - DRUGS TO TREAT STOMACH AND INTESTINAL DISORDERS</b>		
<b>ANTACIDS</b>		
<i>acid gone</i>	\$0(3)	NM; *
<i>almacone double strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>alum &amp; mag hydroxide-simethicone susp</i> 200-200-20 mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>alum &amp; mag hydroxide-simethicone susp</i> 400-400-40 mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>alumina/magnesia/simethic</i>	\$0(3)	NM; *
ALUMINUM HYDROXIDE SUSP 320mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>antacid</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antacid anti-gas maximum</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antacid calcium regular s</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>antacid extra strength</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>antacid fast relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antacid maximum strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antacid plus anti-gas fas</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antacid plus anti-gas rel</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antacid regular strength</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cal-gest antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium antacid extra str</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid &amp; anti-gas/re</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid and anti-gas/</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid anti-gas/maxi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid extra strengt</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid/regular stren</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mag-al plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mag-al plus xs</i>	\$0(3)	NM; *
<i>magnesium oxide</i> TABS 400mg, 420mg	\$0(3)	NM; *
<i>mi-acid</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mintox maximum strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mintox plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc antacid/anti-gas</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc antacid/anti-gas maxim</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sodium bicarbonate (antacid)</i> TABS 325mg, 650mg	\$0(3)	NM; *
SODIUM POW BICARBON	\$0(3)	NM; *
<b>ANTI-DIARRHEAL</b>		
<i>anti-diarrheal</i> TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>bismatrol</i> CHEW 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp anti-diarrheal</i> CAPS 2mg; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp loperamide hydrochlor</i> LIQD 1mg/7.5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pink bismuth</i> CHEW 262mg; TABS 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp stomach relief maximu</i> SUSP 525mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense anti-diarrheal</i> LIQD 1mg/7.5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense stomach relief</i> CHEW 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>loperamide hcl</i> LIQD 1mg/7.5ml; SUSP 1mg/7.5ml; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LOPERAMIDE HYDROCHLORIDE SOLN 1mg/7.5ml, 2mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>peptic relief</i> CHEW 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc anti-diarrheal</i> CAPS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>stomach relief</i> SUSP 525mg/30ml	\$0(3)	NM; *
<i>stomach relief extra stre</i> SUSP 525mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<b>ANTIEMETICS - DRUGS FOR NAUSEA AND VOMITING</b>		
<i>aprepitant</i> CAPS 40mg, 80mg, 125mg	\$0(1)	B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 &amp; 125 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>compro</i> SUPP 25mg	\$0(1)	
<i>driminate</i> TABS 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>dronabinol</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	B/D, QL (60 caps / 30 days)
<i>gnp motion sickness relie</i> TABS 25mg, 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>granisetron hcl</i> SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml	\$0(1)	
<i>granisetron hcl</i> TABS 1mg	\$0(1)	B/D
<i>meclizine hcl</i> CHEW 25mg; TABS 12.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>meclizine hcl</i> TABS 12.5mg, 25mg	\$0(2)	
<i>metoclopramide hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml; TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>motion-time</i> CHEW 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>ondansetron</i> TBP 4mg, 8mg	\$0(1)	B/D
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml; SOSY 4mg/2ml	\$0(1)	
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/5ml; TABS 4mg, 8mg, 24mg	\$0(1)	B/D
<i>prochlorperazine</i> SUPP 25mg	\$0(1)	
<i>prochlorperazine edisylate</i> SOLN 10mg/2ml	\$0(1)	
<i>prochlorperazine maleate</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>promethazine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml; SYRP 6.25mg/5ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>qc motion sickness relief</i> TABS 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc travel ease</i> CHEW 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>scopolamine</i> PT72 1mg/3days	\$0(2)	QL (10 patches / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<b>ANTISPASMODICS - DRUGS FOR STOMACH SPASMS</b>		
<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; SOLN 10mg/5ml; TABS 20mg	\$0(2)	
<i>glycopyrrolate</i> TABS 1mg, 2mg	\$0(1)	
<b>H2-RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID</b>		
<i>acid reducer</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml	\$0(1)	
<i>famotidine</i> SUSR 40mg/5ml	\$0(1)	QL (300 mL / 30 days)
<i>famotidine</i> TABS 20mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>famotidine</i> TABS 40mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln</i> 20 mg/50ml	\$0(1)	
<i>gnp acid reducer</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>heartburn relief</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	\$0(1)	
<i>qc acid controller</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<b>INFLAMMATORY BOWEL DISEASE</b>		
<i>balsalazide disodium</i> CAPS 750mg	\$0(1)	
<i>budesonide</i> CPEP 3mg	\$0(1)	PA
<i>budesonide</i> TB24 9mg	\$0(2)	NDS, PA
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> ENEM 100mg/60ml	\$0(1)	
<i>mesalamine</i> CP24 .375gm	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> CPDR 400mg	\$0(1)	QL (180 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm; SUPP 1000mg	\$0(1)	
<i>mesalamine</i> TBEC 1.2gm	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mesalamine w/ cleanser</i> KIT 4gm	\$0(1)	
<i>sulfasalazine</i> TABS 500mg; TBEC 500mg	\$0(1)	
<b>LAXATIVES</b>		
<i>bisacodyl</i> SUPP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>bisacodyl ec</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium polycarbophil</i> TABS 625mg	\$0(3)	NM; *
<i>clearlax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>colace 2-in-1</i>	\$0(3)	NM; *
COLACE CLEAR CAPS 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>docu</i> LIQD 50mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>docusate calcium</i> CAPS 240mg	\$0(3)	NM; *
<i>docusate mini</i> ENEM 283mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>docusate sodium</i> CAPS 100mg, 250mg; LIQD 50mg/5ml	\$0(3)	NM; *
DOCUSOL KIDS ENEM 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>docusol mini</i> ENEM 283mg/5ml	\$0(3)	NM; *
DOCUSOL PLUS ENE 20-283	\$0(3)	NM; *
<i>dok</i> CAPS 100mg; TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>enemeez mini</i> ENEM 283mg/5ml	\$0(3)	NM; *
ENEMEEZ PLUS ENE 20-283	\$0(3)	NM; *
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>fiber laxative</i> TABS 625mg	\$0(3)	NM; *
<i>fiber-lax</i> TABS 625mg	\$0(3)	NM; *
FLEET ENE PED	\$0(3)	NM; *
FLEET LIQUID GLYCERIN SUP ENEM 5.4gm/dose	\$0(3)	NM; *
<i>gavilax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>gavilyte-c</i>	\$0(1)	
<i>gavilyte-g</i>	\$0(1)	
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	\$0(1)	
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>glycerin (laxative)</i> SUPP 1gm, 2gm	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp clearlax</i> PACK 17gm; POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>gnp enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp fiber therapy</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp gentle laxative</i> SUPP 10mg; TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp milk of magnesia</i> SUSP 1200mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp senna lax</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp stool softener</i> CAPS 100mg, 250mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp stool softener/stimul</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp womens gentle laxativ</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
GOLYTELY SOL	\$0(2)	
<i>goodsense clearlax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
KONSYL DAILY FIBER PACK 28.3%, 60.3%, 100%; POWD 60.3%, 100%	\$0(3)	NM; *
<i>konsyl daily fiber</i> POWD 28.3%	\$0(3)	NM; *
KONSYL-D POWD 52.3%	\$0(3)	NM; *
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>milk of magnesia</i> SUSP 7.75%, 400mg/5ml, 1200mg/15ml, 2400mg/30ml	\$0(3)	NM; *
<i>milk of magnesia concentr</i> SUSP 2400mg/10ml	\$0(3)	NM; *
<i>natural psyllium seed ind</i> POWD 100%	\$0(3)	NM; *
NULYTELY SOL LMN/LIME	\$0(2)	
PEDIA-LAX LIQD 50mg/15ml; SUPP 2.8gm	\$0(3)	NM; *
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln</i> 236 gm	\$0(1)	
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln</i> 420 gm	\$0(1)	
PLENVU SOL	\$0(2)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>polyethylene glycol 3350</i> PACK 17gm; POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>qc enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc gentle laxative</i> SUPP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc milk of magnesia</i> SUSP 400mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc natura-lax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>qc natural vegetable laxa</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc stool softener</i> CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc stool softener plus la</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc stool softener plus st</i>	\$0(3)	NM; *
<i>senexon-s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>senna laxative</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>senna-lax</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>senna-s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>senna-tabs</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>senna-time</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>senna-time s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sennosides</i> LIQD 8.8mg/5ml; TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>senokot extra strength</i> TABS 17.2mg	\$0(3)	NM; *
<i>silace</i> LIQD 150mg/15ml; SYRP 60mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	\$0(1)	
<i>*sodium phosphates - enema***</i>	\$0(3)	NM; *
<i>soluble fiber</i>	\$0(3)	NM; *
SORBITOL SOLN 70%	\$0(3)	NM; *
<i>stimulant laxative</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stool softener</i> CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>stool softener plus laxat</i>	\$0(3)	NM; *
SUPREP BOWEL SOL PREP KIT	\$0(2)	
<i>vegetable laxative+stool</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>MISCELLANEOUS</b>		
<i>alose tron hcl</i> TABS 1mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>alose tron hcl</i> TABS .5mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> CONC 100mg/5ml	\$0(1)	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq</i> 2.5-0.025 mg/5ml	\$0(2)	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab</i> 2.5-0.025 mg	\$0(2)	
<i>formula em</i>	\$0(3)	NM; *
GATTEX KIT 5mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>gnp nausea relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense nausea relief</i>	\$0(3)	NM; *
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg	\$0(2)	QL (30 caps / 30 days)
<i>loperamide hcl</i> CAPS 2mg	\$0(1)	
<i>misoprostol</i> TABS 100mcg, 200mcg	\$0(1)	
MOVANTI K TABS 12.5mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
MOVANTI K TABS 25mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml	\$0(2)	NDS, PA
<i>sucrafate</i> TABS 1gm	\$0(1)	
<i>ursodiol</i> CAPS 300mg; TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
XERMELO TABS 250mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
XIFAXAN TABS 550mg	\$0(2)	NDS, PA
<b>PANCREATIC ENZYMES</b>		
CREON CAP 3000UNIT	\$0(2)	
CREON CAP 6000UNIT	\$0(2)	
CREON CAP 12000UNT	\$0(2)	
CREON CAP 24000UNT	\$0(2)	
CREON CAP 36000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 3000UNIT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 5000UNIT	\$0(2)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	
<b>PROTON PUMP INHIBITORS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID</b>		
<i>dexlansoprazole</i> CPDR 30mg, 60mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg, 40mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg, 30mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	
<i>pantoprazole sodium</i> SOLR 40mg; TBEC 20mg, 40mg	\$0(1)	
<i>rabeprazole sodium</i> TBEC 20mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<b>GENITOURINARY - DRUGS TO TREAT GENITAL AND URINARY TRACT CONDITIONS</b>		
<b>BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA - DRUGS TO TREAT ENLARGED PROSTATE</b>		
<i>alfuzosin hcl</i> TB24 10mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>dutasteride</i> CAPS .5mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap</i> 0.5-0.4 mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>finasteride</i> TABS 5mg	\$0(1)	
<i>tamsulosin hcl</i> CAPS .4mg	\$0(1)	
<b>MISCELLANEOUS</b>		
<i>acetic acid</i> SOLN .25%	\$0(1)	
<i>bethanechol chloride</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	\$0(1)	
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	\$0(1)	
<b>URINARY ANTISPASMODICS - DRUGS TO TREAT URINARY INCONTINENCE</b>		
<i>fesoterodine fumarate</i> TB24 4mg, 8mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
MYRBETRIQ SRER 8mg/ml	\$0(2)	QL (300 mL / 28 days)
MYRBETRIQ TB24 25mg, 50mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> SYRP 5mg/5ml; TABS 5mg	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 5mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 10mg, 15mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>solifenacin succinate</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tolterodine tartrate</i> CP24 2mg, 4mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>tolterodine tartrate</i> TABS 1mg, 2mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), ST
TOVIAZ TB24 4mg, 8mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tropium chloride</i> TABS 20mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<b>VAGINAL ANTI-INFECTIVES</b>		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i> CREA 2%	\$0(1)	
<i>clotrimazole</i> 3 CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>clotrimazole vaginal</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>3 day vaginal</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp clotrimazole</i> 3 CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp miconazole</i> 3	\$0(3)	NM; *
<i>gnp miconazole</i> 7 CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense miconazole</i> 1	\$0(3)	NM; *
<i>metronidazole vaginal</i> GEL .75%	\$0(1)	
<i>miconazole</i> 3 CREA 4%	\$0(3)	NM; *
<i>miconazole</i> 3 combination	\$0(3)	NM; *
<i>miconazole</i> 3 combo pack	\$0(3)	NM; *
<i>miconazole</i> 7 CREA 2%; SUPP 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>miconazole nitrate vaginal</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>miconazole nitrate vaginal supp</i> 1200 mg & 2% cream kit	\$0(3)	NM; *
<i>qc miconazole</i> 7 CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	\$0(1)	
<i>tioconazole</i> 1 OINT 6.5%	\$0(3)	NM; *
VANDAZOLE GEL .75%	\$0(1)	
<b>HEMATOLOGIC - DRUGS TO TREAT BLOOD DISORDERS</b>		
<b>ANTICOAGULANTS - BLOOD THINNERS</b>		
ELIQUIS TABS 2.5mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
ELIQUIS TABS 5mg	\$0(2)	QL (74 tabs / 30 days)
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5mg	\$0(2)	QL (74 tabs / 30 days)

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>enoxaparin sodium</i> SOLN 300mg/3ml; SOSY 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml, 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml	\$0(1)	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 2.5mg/0.5ml	\$0(1)	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	\$0(2)	NDS
HEP SOD/D5W INJ 20000UNT	\$0(1)	
HEP SOD/D5W INJ 25000UNT	\$0(1)	
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	\$0(2)	
<i>heparin sodium (porcine)</i> SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	\$0(1)	B/D
HEPARIN/NACL INJ 25000UNT	\$0(2)	
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>warfarin sodium</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	\$0(1)	
XARELTO SUSR 1mg/ml	\$0(2)	QL (620 mL / 30 days)
XARELTO TABS 2.5mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
XARELTO STAR TAB 15/20MG	\$0(2)	QL (51 tabs / 30 days)
<b>HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS</b>		
PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	\$0(2)	NM, PA
PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
<b>MISCELLANEOUS</b>		
<i>anagrelide hcl</i> CAPS .5mg, 1mg	\$0(1)	
BERINERT KIT 500unit	\$0(2)	NDS, QL (24 boxes / 30 days), NM, LA, PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	\$0(1)	
DOPTELET TABS 20mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Costo del medicamento (Nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	\$0(2)	
ENDARI PACK 5gm	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
HAEGARDA SOLR 2000unit	\$0(2)	NDS, QL (30 vials / 30 days), NM, LA, PA
HAEGARDA SOLR 3000unit	\$0(2)	NDS, QL (20 vials / 30 days), NM, LA, PA
<i>icatibant acetate</i> SOLN 30mg/3ml	\$0(2)	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	\$0(1)	
PROMACTA PACK 12.5mg	\$0(2)	NDS, QL (360 packets / 30 days), NM, LA, PA
PROMACTA PACK 25mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
PROMACTA TABS 12.5mg, 25mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
PROMACTA TABS 50mg, 75mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>sajazir</i> SOLN 30mg/3ml	\$0(2)	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
<i>tranexamic acid</i> SOLN 1000mg/10ml; TABS 650mg	\$0(1)	
<b>PLATELET AGGREGATION INHIBITORS</b>		
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	\$0(1)	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	\$0(2)	
<i>clopidogrel bisulfate</i> TABS 75mg	\$0(1)	
<i>dipyridamole</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>prasugrel hcl</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
<b>IMMUNOLOGIC AGENTS - DRUGS TO TREAT DISORDERS OF THE IMMUNE SYSTEM</b>		
<b>AUTOIMMUNE AGENTS</b>		
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml; SOLR 25mg	\$0(2)	NDS, QL (16 vials / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml	\$0(2)	NDS, QL (16 syringes / 28 days), NM, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ENBREL SOSY 50mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (8 cartridges / 28 days), NM, PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (8 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml, 20mg/0.2ml	\$0(2)	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (6 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	\$0(2)	NDS, NM, PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D PSKT 80mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
HUMIRA PEN PNKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (6 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN PNKT 80mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV	\$0(2)	NDS, NM, PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START PNKT 40mg/0.8ml, 80mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S PNKT 80mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER PNKT 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
OTEZLA TABS 30mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
OTEZLA TAB 10/20/30	\$0(2)	NDS, QL (110 tabs / year), NM, PA
REMICADE SOLR 100mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
RINVOQ TB24 15mg, 30mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
RINVOQ TB24 45mg	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / year), NM, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SKYRIZI PSKT 75mg/0.83ml	\$0(2)	NDS, QL (7 kits / 365 days), NM, PA
SKYRIZI SOCT 360mg/2.4ml	\$0(2)	NDS, QL (7 cartridges / 365 days), NM, PA
SKYRIZI SOLN 600mg/10ml	\$0(2)	NDS, QL (6 vials / year), NM, PA
SKYRIZI SOSY 150mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (7 syringes / 365 days), NM, PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (7 pens / 365 days), NM, PA
STELARA SOLN 45mg/0.5ml	\$0(2)	NDS, QL (2 vials / 28 days), NM, LA, PA
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
TALTZ SOAJ 80mg/ml; SOSY 80mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (3 syringes / 28 days), NM, LA, PA
XELJANZ SOLN 1mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (240 mL / 24 days), NM, PA
XELJANZ TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<b>DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS) - DRUGS TO TREAT RHEUMATOID ARTHRITIS</b>		
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> TABS 200mg	\$0(1)	
<i>leflunomide</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>methotrexate sodium</i> TABS 2.5mg	\$0(1)	
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	\$0(2)	B/D
<b>IMMUNOGLOBULINS</b>		
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
BIVIGAM SOLN 10%	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMASTAN INJ	\$0(2)	B/D, NM

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Costo del medicamento (Nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 25gm/500ml, 30gm/300ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
<b>IMMUNOMODULATORS</b>		
ACTIMMUNE SOLN 2000000unit/0.5ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ARCALYST SOLR 220mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
INTRON A SOLN 6000000unit/ml, 10000000unit/ml; SOLR 50000000unit	\$0(2)	NDS, B/D, NM
INTRON A SOLR 10000000unit, 18000000unit	\$0(2)	B/D, NM
<b>IMMUNOSUPPRESSANTS</b>		
<i>azathioprine</i> TABS 50mg	\$0(1)	B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; SOSY 200mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>cyclosporine</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 50mg/ml	\$0(1)	B/D, NM

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	\$0(1)	B/D, NM
<i>everolimus (immunosuppressant)</i> TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>gengraf</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	\$0(1)	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> CAPS 250mg; TABS 500mg	\$0(1)	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> SUSR 200mg/ml	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>mycophenolate sodium</i> TBEC 180mg, 360mg	\$0(1)	B/D, NM
NULOJIX SOLR 250mg	\$0(2)	NDS, B/D, NM
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	\$0(2)	B/D, NM
REZUROCK TABS 200mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
SANDIMMUNE SOLN 100mg/ml	\$0(2)	B/D, NM
<i>sirolimus</i> SOLN 1mg/ml	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>sirolimus</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	\$0(1)	B/D, NM
<i>tacrolimus</i> CAPS .5mg, 1mg, 5mg	\$0(1)	B/D, NM
ZORTRESS TABS 1mg	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<b>VACCINES</b>		
ACTHIB INJ	\$0(2)	
ADACEL INJ	\$0(2)	
BCG VACCINE SOLR 50mg	\$0(2)	
BEXSERO INJ	\$0(2)	
BOOSTRIX INJ	\$0(2)	
DAPTACEL INJ	\$0(2)	
DENG VAXIA SUS	\$0(2)	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	\$0(2)	B/D
ENGERIX-B SUSP 20mcg/ml; SUSY 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	\$0(2)	B/D
GARDASIL 9 INJ	\$0(2)	
HAVRIX SUSP 720elu/0.5ml, 1440elu/ml	\$0(2)	
HIBERIX SOLR 10mcg	\$0(2)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR 2.5unit/ml	\$0(2)	B/D
INFANRIX INJ	\$0(2)	
IPOL INJ INACTIVE	\$0(2)	
IXIARO INJ	\$0(2)	
KINRIX INJ	\$0(2)	
M-M-R II INJ	\$0(2)	
MENACTRA INJ	\$0(2)	
MENQUADFI INJ	\$0(2)	
MENVEO INJ	\$0(2)	
PEDIARIX INJ 0.5ML	\$0(2)	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	\$0(2)	
PENTACEL INJ	\$0(2)	
PREHEVBRIO SUSP 10mcg/ml	\$0(2)	B/D
PRIORIX INJ	\$0(2)	
PROQUAD INJ	\$0(2)	
QUADRACEL INJ	\$0(2)	
QUADRACEL INJ 0.5ML	\$0(2)	
RABAVERT INJ	\$0(2)	B/D
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml; SUSY 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml	\$0(2)	B/D
ROTARIX SUS	\$0(2)	
ROTATEQ SOL	\$0(2)	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml	\$0(2)	QL (2 vials per lifetime)
TDVAX INJ 2-2 LF	\$0(2)	B/D
TENIVAC INJ 5-2LF	\$0(2)	B/D
TICOVAC SUSY 1.2mcg/0.25ml, 2.4mcg/0.5ml	\$0(2)	
TRUMENBA INJ	\$0(2)	
TWINRIX INJ	\$0(2)	
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml; SOSY 25mcg/0.5ml	\$0(2)	
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml	\$0(2)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VARIVAX INJ 1350pfu/0.5ml	\$0(2)	
YF-VAX INJ	\$0(2)	
<b>NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS - VITAMINS AND SUPPLEMENTS</b>		
<b><i>ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE</i></b>		
D2.5W/NACL INJ 0.45%	\$0(1)	
D5W/LYTES INJ #48	\$0(2)	
D10W/NACL INJ 0.2%	\$0(2)	
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i>	\$0(1)	
ISOLYTE-P INJ /D5W	\$0(2)	
ISOLYTE-S INJ	\$0(2)	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	\$0(2)	
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.2% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.9% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; 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)	
KCL 20 MEQ/L (0.15%) IN NACL 0.45% INJ	\$0(2)	
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
KCL 40 MEQ/L (0.3%) IN NACL 0.9% INJ	\$0(2)	
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	\$0(2)	
<i>lactated ringer's solution</i>	\$0(1)	
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	\$0(2)	
<i>magnesium sulfate</i> SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%	\$0(2)	
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>	\$0(2)	
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	\$0(2)	
PLASMA-LYTE INJ -148	\$0(2)	
PLASMA-LYTE INJ -A	\$0(2)	
<i>potassium chloride</i> SOLN 2meq/ml, 10meq/100ml, 20meq/100ml, 40meq/100ml	\$0(1)	
POTASSIUM CHLORIDE SOLN 10meq/50ml, 20meq/50ml	\$0(2)	
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	\$0(1)	
<i>sodium chloride</i> SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%	\$0(1)	
TPN ELECTROL INJ	\$0(2)	B/D
<b>ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL</b>		
<i>klor-con</i> PACK 20meq	\$0(1)	
<i>klor-con 8</i> TBCR 8meq	\$0(1)	
<i>klor-con 10</i> TBCR 10meq	\$0(1)	
<i>klor-con m10</i> TBCR 10meq	\$0(1)	
<i>klor-con m15</i> TBCR 15meq	\$0(1)	
<i>klor-con m20</i> TBCR 20meq	\$0(1)	
M-NATAL PLUS TAB	\$0(2)	
<i>potassium chloride</i> CPCR 8meq, 10meq; PACK 20meq; SOLN 10%, 20%; TBCR 8meq, 10meq, 20meq	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i> TBCR 10meq, 15meq, 20meq	\$0(1)	
PRENATAL TAB 27-1MG	\$0(2)	
PRENATAL TAB PLUS	\$0(2)	
PRENATAL VIT TAB LOW IRON	\$0(2)	
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	\$0(1)	
TRICARE TAB PRENATAL	\$0(2)	
<b>IV NUTRITION</b>		
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	\$0(2)	B/D
<i>clinisol sf 15%</i>	\$0(1)	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	\$0(2)	B/D
<i>dextrose SOLN 5%, 10%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose SOLN 50%, 70%</i>	\$0(1)	B/D
FREAMINE III INJ 10%	\$0(2)	B/D
<i>hepatamine</i>	\$0(2)	B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	\$0(2)	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	\$0(2)	B/D
<i>plenamine</i>	\$0(1)	B/D
PREMASOL SOL 10%	\$0(2)	B/D
PROCALAMINE INJ 3%	\$0(2)	B/D
PROSOL INJ 20%	\$0(2)	B/D
TRAVASOL INJ 10%	\$0(2)	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	\$0(2)	B/D
<b>MINERALS</b>		
<i>calcium carbonate (antacid) SUSP</i> 1250mg/5ml	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>VITAMINS</b>		
<i>ergocalciferol</i> CAPS 1.25mg, 50000unit; SOLN 8000unit/ml	\$0(3)	NM; *
<i>phytonadione</i> SOLN 10mg/ml; TABS 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>pyridoxine hcl</i> SOLN 100mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>reno caps</i>	\$0(3)	NM; *
<i>thiamine hcl</i> SOLN 100mg/ml	\$0(3)	NM; *
<b>OPHTHALMIC - DRUGS TO TREAT EYE CONDITIONS</b>		
<b>ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY - DRUGS TO TREAT INFECTIONS AND INFLAMMATION</b>		
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	\$0(1)	
BLEPHAMIDE OIN S.O.P.	\$0(2)	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	\$0(1)	
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	\$0(1)	
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	\$0(2)	
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	\$0(2)	
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	\$0(1)	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	\$0(2)	
<b>ANTI-INFECTIVES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS</b>		
<i>bacitracin (ophthalmic) OINT 500unit/gm</i>	\$0(1)	
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	\$0(1)	
BESIVANCE SUSP .6%	\$0(2)	
CILOXAN OINT .3%	\$0(2)	
<i>ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%</i>	\$0(1)	
<i>erythromycin (ophth) OINT 5mg/gm</i>	\$0(1)	
<i>gatifloxacin (ophth) SOLN .5%</i>	\$0(1)	
<i>gentak OINT .3%</i>	\$0(1)	

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

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Costo del medicamento (Nivel)</b>	<b>Acciones necesarias, restricciones o límites de uso</b>
<i>gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%</i>	\$0(1)	
<i>moxifloxacin hcl (ophth) SOLN .5%</i>	\$0(1)	
NATACYN SUSP 5%	\$0(2)	
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>ofloxacin (ophth) SOLN .3%</i>	\$0(1)	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	\$0(1)	
<i>sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%</i>	\$0(1)	
<i>tobramycin (ophth) SOLN .3%</i>	\$0(1)	
<i>trifluridine SOLN 1%</i>	\$0(1)	
ZIRGAN GEL .15%	\$0(2)	
<b>ANTI-INFLAMMATORIES - DRUGS TO TREAT INFLAMMATION</b>		
ALREX SUSP .2%	\$0(2)	
<i>bromfenac sodium (ophth) SOLN .09%</i>	\$0(1)	
BROMSITE SOLN .075%	\$0(2)	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%</i>	\$0(1)	
<i>diclofenac sodium (ophth) SOLN .1%</i>	\$0(1)	
<i>difluprednate EMUL .05%</i>	\$0(1)	
FLAREX SUSP .1%	\$0(2)	
<i>fluorometholone (ophth) SUSP .1%</i>	\$0(1)	
<i>flurbiprofen sodium SOLN .03%</i>	\$0(1)	
ILEVRO SUSP .3%	\$0(2)	
<i>ketorolac tromethamine (ophth) SOLN .4%, .5%</i>	\$0(1)	
LOTEMAX OINT .5%	\$0(2)	
<i>prednisolone acetate (ophth) SUSP 1%</i>	\$0(1)	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	\$0(2)	
PROLENSA SOLN .07%	\$0(2)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<b>ANTIALLERGICS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES</b>		
<i>azelastine hcl (ophth)</i> SOLN .05%	\$0(1)	
<i>bepotastine besilate</i> SOLN 1.5%	\$0(1)	
BEPREVE SOLN 1.5%	\$0(2)	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> SOLN 4%	\$0(1)	
LASTACFT SOLN .25%	\$0(2)	
<i>olopatadine hcl</i> SOLN .1%	\$0(1)	
ZERVIAE SOLN .24%	\$0(2)	
<b>ANTIGLAUCOMA - DRUGS TO TREAT GLAUCOMA</b>		
ALPHAGAN P SOLN .1%	\$0(2)	
<i>betaxolol hcl (ophth)</i> SOLN .5%	\$0(1)	
BETOPTIC-S SUSP .25%	\$0(2)	
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .15%, .2%	\$0(1)	
<i>brinzolamide</i> SUSP 1%	\$0(1)	
<i>carteolol hcl (ophth)</i> SOLN 1%	\$0(1)	
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	\$0(2)	
<i>dorzolamide hcl</i> SOLN 2%	\$0(1)	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln</i> 22.3-6.8 mg/ml	\$0(1)	
<i>latanoprost</i> SOLN .005%	\$0(1)	
<i>levobunolol hcl</i> SOLN .5%	\$0(1)	
LUMIGAN SOLN .01%	\$0(2)	
<i>pilocarpine hcl</i> SOLN 1%, 2%, 4%	\$0(1)	
RHOPRESSA SOLN .02%	\$0(2)	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	\$0(2)	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLG .25%, .5%; SOLN .25%, .5%	\$0(1)	
<i>timolol maleate (ophth) once-daily</i> SOLN .5%	\$0(1)	
VYZULTA SOLN .024%	\$0(2)	
<b>MISCELLANEOUS</b>		
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	\$0(2)	
<i>atropine sulfite (ophthalmic)</i> SOLN 1%	\$0(1)	
CYSTADROPS SOLN .37%	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CYSTARAN SOLN .44%	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ISOPTO ATROPINE SOLN 1%	\$0(2)	
<i>proparacaine hcl</i> SOLN .5%	\$0(1)	
RESTASIS EMUL .05%	\$0(2)	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	\$0(2)	
XIIDRA SOLN 5%	\$0(2)	
<b>OTIC - DRUGS TO TREAT CONDITIONS OF THE EAR</b>		
<b>OTIC AGENTS</b>		
<i>acetic acid (otic)</i> SOLN 2%	\$0(1)	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	\$0(1)	
<i>flac</i> OIL .01%	\$0(1)	
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i> OIL .01%	\$0(1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	\$0(1)	
<i>ofloxacin (otic)</i> SOLN .3%	\$0(1)	
<b>RESPIRATORY - DRUGS TO TREAT BREATHING DISORDERS</b>		
<b>ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT COPD</b>		
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)
<b>ANTICHOLINERGICS - DRUGS TO TREAT COPD</b>		
ATROVENT HFA AERS 17mcg/act	\$0(2)	QL (2 inhalers / 30 days)
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh	\$0(2)	QL (30 blisters / 30 days)
<i>ipratropium bromide</i> SOLN .02%	\$0(1)	B/D

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ipratropium bromide (nasal) SOLN .03%, .06%</i>	\$0(1)	
<b>ANTIHISTAMINES - DRUGS TO TREAT ALLERGIES</b>		
<i>all day allergy TABS 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>all day allergy childrens SOLN 5mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>all-day allergy childrens SOLN 5mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy childrens LIQD 12.5mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief CAPS 10mg; TABS 10mg, 25mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief childrens LIQD 12.5mg/5ml; SOLN 1mg/ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief/indoor/out TABS 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>azelastine hcl SOLN .1%, .15%</i>	\$0(1)	
<i>banophen CAPS 25mg, 50mg; TABS 25mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hcl CHEW 5mg, 10mg; TABS 5mg, 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hcl SOLN 1mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>cetirizine hcl allergy ch SOLN 5mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hcl childrens CHEW 5mg, 10mg; SOLN 1mg/ml, 5mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hydrochloride SOLN 5mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>childrens loratadine SOLN 5mg/5ml; SYRP 5mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>complete allergy medicine CAPS 25mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cyproheptadine hcl SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg</i>	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>diphenhist CAPS 25mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>diphenhydramine hcl CAPS 25mg, 50mg; LIQD 12.5mg/5ml; TABS 25mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>diphenhydramine hcl SOLN 50mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>diphenhydramine hydrochlo LIQD 6.25mg/ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp all day allergy TABS 10mg</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp all day allergy child</i> SOLN 1mg/ml, 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy</i> TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy relief</i> CAPS 25mg; CHEW 12.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp childrens allergy</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp loratadine</i> SYRP 5mg/5ml; TABS 10mg; TBDP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp loratadine childrens</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense all day allergy</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense allergy relief</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm cetirizine hydrochlori</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm loratadine</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>hydroxyzine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml; SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>hydroxyzine pamoate</i> CAPS 25mg, 50mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> SOLN 2.5mg/5ml; TABS 5mg	\$0(1)	
<i>loratadine</i> CAPS 10mg; TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>loratadine childrens</i> CHEW 5mg; SYRP 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>m-dryl</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>pharbedryl</i> CAPS 25mg, 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc allergy childrens</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc allergy relief</i> TABS 10mg, 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc childrens allergy</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>siladryl allergy</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm all day allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm loratadine</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<b>BETA AGONISTS - DRUGS TO TREAT ASTHMA AND COPD</b>		
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proair HFA)

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proventil HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Ventolin HFA)
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .083%, .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	\$0(1)	B/D
<i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 2mg, 4mg	\$0(1)	
<i>levalbuterol hcl</i> NEBU .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	\$0(1)	B/D
<i>levalbuterol tartrate</i> AERO 45mcg/act	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days)
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose	\$0(2)	QL (60 inhalations / 30 days)
<i>terbutaline sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg	\$0(1)	
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act	\$0(2)	QL (2 inhalers / 30 days)
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act	\$0(2)	QL (6 inhalers / 30 days)
<b>COUGH AND COLD</b>		
<i>chest congestion relief</i> LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>chest congestion relief d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cough &amp; chest congestion</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dextromethorphan-guaifenesin liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dextromethorphan-guaifenesin syrup 10-100 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mucus er</i> TB12 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal decongestant</i> TABS 30mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal decongestant/ma</i> TABS 30mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tussin dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tussin dm cough</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tussin mucus &amp; chest</i> LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense mucus dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>guaifenesin</i> LIQD 100mg/5ml, 200mg/10ml, 300mg/15ml; TB12 1200mg	\$0(3)	NM; *
<i>maxi-tuss g</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>maxi-tuss gmX</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex fast-max chest co</i> LIQD 400mg/20ml	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief</i> TB12 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief dm maximum s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief er</i> TB12 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief maximum stre</i> TB12 1200mg	\$0(3)	NM; *
<i>nasal decongestant</i> TABS 30mg	\$0(3)	NM; *
<i>promethazine w/ codeine syrup</i> 6.25-10 mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>promethazine-phenylephrine-codeine syrup</i> 6.25-5-10 mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>pseudoephedrine hcl</i> TABS 30mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc mucus relief</i> TB12 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc mucus relief childrens</i> LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc mucus relief er 12 hou</i> TB12 1200mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc mucus relief maximum s</i> TB12 1200mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc tussin dm cough &amp; ches</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc tussin mucus + chest c</i> LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>robafen dm cough</i>	\$0(3)	NM; *
<i>robafen dm cough/chest co</i>	\$0(3)	NM; *
<i>robafen mucus/chest conge</i> LIQD 200mg/10ml	\$0(3)	NM; *
<i>siltussin dm das</i>	\$0(3)	NM; *
<i>siltussin sa</i> LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>siltussin-dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sinus congestion maximum</i> TABS 30mg	\$0(3)	NM; *
<i>sudogest</i> TABS 30mg	\$0(3)	NM; *
<i>sudogest maximum strength</i> TABS 30mg	\$0(3)	NM; *
<i>tussin dm</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tussin mucus &amp; chest cong</i> LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>tussin mucus + chest cong</i> LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<b>LEUKOTRIENE MODULATORS</b>		
<i>montelukast sodium</i> CHEW 4mg, 5mg; PACK 4mg; TABS 10mg	\$0(1)	
<i>zafirlukast</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	
<b>MISCELLANEOUS</b>		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	\$0(1)	B/D
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	\$0(1)	B/D
DALIRESP TABS 250mcg, 500mcg	\$0(2)	
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	\$0(1)	(generic of EpiPen)
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml	\$0(1)	(generic of Adrenaclick)
ESBRIET CAPS 267mg	\$0(2)	NDS, QL (270 caps / 30 days), NM, PA
ESBRIET TABS 267mg	\$0(2)	NDS, QL (270 tabs / 30 days), NM, PA
ESBRIET TABS 801mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
FASENRA SOSY 30mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
KALYDECO PACK 25mg, 50mg, 75mg	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, PA
KALYDECO TABS 150mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
OFEV CAPS 100mg, 150mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 100-125	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 150-188	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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</i> TABS 267mg	\$0(2)	NDS, QL (270 tabs / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 534mg, 801mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml; SOLR 1000mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
SYMDEKO TAB 50-75MG	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
SYMDEKO TAB 100-150	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
SYMJEPI SOSY .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	\$0(2)	
THEO-24 CP24 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	\$0(2)	
<i>theophylline</i> ELIX 80mg/15ml; SOLN 80mg/15ml; TB12 300mg, 450mg; TB24 400mg, 600mg	\$0(1)	
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XOLAIR SOLR 150mg; SOSY 75mg/0.5ml, 150mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<b>NASAL STEROIDS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES</b>		
<i>flunisolide (nasal)</i> SOLN .025%	\$0(1)	QL (3 bottles / 30 days)
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act	\$0(1)	QL (1 bottle / 30 days)
<b>STEROID INHALANTS - DRUGS TO TREAT ASTHMA</b>		
ARNUIITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act	\$0(2)	QL (30 inhalations / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>budesonide (inhalation)</i> SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	\$0(1)	B/D
FLOVENT DISKUS AEPB 50mcg/blist	\$0(2)	QL (180 inhalations / 30 days)
FLOVENT DISKUS AEPB 100mcg/blist, 250mcg/blist	\$0(2)	QL (240 inhalations / 30 days)
FLOVENT HFA AERO 44mcg/act, 110mcg/act, 220mcg/act	\$0(2)	QL (2 inhalers / 30 days)
PULMICORT FLEXHALER AEPB 90mcg/act	\$0(2)	QL (3 inhalers / 30 days)
PULMICORT FLEXHALER AEPB 180mcg/act	\$0(2)	QL (2 inhalers / 30 days)
<b>STEROID/BETA-AGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT ASTHMA AND COPD</b>		
ADVAIR DISKU AER 100/50	\$0(2)	QL (60 inhalations / 30 days)
ADVAIR DISKU AER 250/50	\$0(2)	QL (60 inhalations / 30 days)
ADVAIR DISKU AER 500/50	\$0(2)	QL (60 inhalations / 30 days)
ADVAIR HFA AER 45/21	\$0(2)	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 115/21	\$0(2)	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 230/21	\$0(2)	QL (1 inhaler / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 100-25	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 200-25	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
SYMBICORT AER 80-4.5	\$0(2)	QL (1 inhaler / 30 days)
SYMBICORT AER 160-4.5	\$0(2)	QL (1 inhaler / 30 days)
<b>TOPICAL - DRUGS TO TREAT EAR AND SKIN CONDITIONS</b>		
<b>DERMATOLOGY, ACNE</b>		
<i>accutane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(1)	PA
<i>amnesteem</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	PA
<i>avita</i> CREA .025%; GEL .025%	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days), PA
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel</i> 5-3%	\$0(1)	QL (46.6 gm / 30 days)
<i>claravis</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(1)	PA
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> GEL 1%	\$0(1)	QL (75 gm / 30 days)
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> LOTN 1%; SOLN 1%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>ery</i> PADS 2%	\$0(1)	QL (60 pledgets / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>erythromycin (acne aid)</i> SOLN 2%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>isotretinoin</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(1)	PA
<i>myorisan</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(1)	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> LOTN 10%	\$0(1)	QL (118 mL / 30 days)
<i>tretinoin</i> CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025%	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days), PA
<i>zenatane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(1)	PA
<b>DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS</b>		
<i>gentamicin sulfate (topical)</i> CREA .1%; OINT .1%	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
<i>mupirocin</i> OINT 2%	\$0(1)	QL (220 gm / 30 days)
<i>silver sulfadiazine</i> CREA 1%	\$0(1)	
<i>ssd</i> CREA 1%	\$0(1)	
SULFAMYLON CREA 85mg/gm	\$0(2)	QL (453.6 gm / 30 days)
<b>DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS</b>		
<i>ciclopirox olamine</i> CREA .77%	\$0(1)	QL (90 gm / 30 days)
<i>ciclopirox olamine</i> SUSP .77%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole (topical)</i> CREA 1%	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
<i>clotrimazole (topical)</i> SOLN 1%	\$0(1)	QL (30 mL / 30 days)
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i> 1-0.05%	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
<i>ketoconazole (topical)</i> CREA 2%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>nyamyc</i> POWD 100000unit/gm	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> POWD 100000unit/gm	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystop</i> POWD 100000unit/gm	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<b>DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS</b>		
<i>acitretin</i> CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg	\$0(1)	PA
<i>calcipotriene</i> OINT .005%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>calcipotriene</i> SOLN .005%	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days), PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>calcitrene</i> OINT .005%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>tazarotene</i> CREA .1%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days), PA
TAZORAC CREA .05%	\$0(2)	QL (60 gm / 30 days), PA
<b>DERMATOLOGY, ANTISEBORRHEICS</b>		
<i>ketoconazole (topical)</i> SHAM 2%	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days)
<i>selenium sulfide</i> LOTN 2.5%	\$0(1)	
<b>DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS</b>		
<i>ala-cort</i> CREA 1%, 2.5%	\$0(1)	
<i>alclometasone dipropionate</i> CREA .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> CREA .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> LOTN .05%	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> LOTN .05%	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone valerate</i> CREA .1%; OINT .1%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone valerate</i> LOTN .1%	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> SOLN .05%	\$0(1)	QL (50 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate e</i> CREA .05%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
ENSTILAR AER	\$0(2)	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .01%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .025%; OINT .025%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> OIL .01%	\$0(1)	QL (118.28 mL / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> SOLN .01%	\$0(1)	QL (90 mL / 30 days)
<i>fluocinonide</i> CREA .05%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinonide</i> GEL .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinonide</i> SOLN .05%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluocinonide emulsified base</i> CREA .05%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluticasone propionate</i> CREA .05%; OINT .005%	\$0(1)	
<i>halobetasol propionate</i> CREA .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (50 gm / 30 days)
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 1%, 2.5%; LOTN 2.5%; OINT 2.5%	\$0(1)	
<i>mometasone furoate</i> CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	\$0(1)	
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .1%	\$0(1)	QL (454 gm / 30 days)
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .025%, .5%; LOTN .025%, .1%; OINT .025%, .1%, .5%	\$0(1)	
<i>triderm</i> CREA .5%	\$0(1)	
<b>DERMATOLOGY, LOCAL ANESTHETICS</b>		
<i>glydo</i> PRSY 2%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> OINT 5%	\$0(1)	QL (50 gm / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> PTCH 5%	\$0(1)	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>lidocaine hcl</i> GEL 2%	\$0(1)	QL (30 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine hcl</i> SOLN 4%	\$0(1)	QL (50 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine-prilocaine cream</i> 2.5-2.5%	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days), PA
<b>DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE</b>		
<i>bexarotene (topical)</i> GEL 1%	\$0(2)	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA
<i>diclofenac sodium (topical)</i> GEL 1%	\$0(1)	QL (1000 gm / 30 days), PA
<i>fluorouracil (topical)</i> CREA 5%	\$0(1)	QL (40 gm / 30 days)
<i>fluorouracil (topical)</i> SOLN 2%, 5%	\$0(1)	QL (10 mL / 30 days)
<i>hydrocortisone (rectal)</i> CREA 2.5%	\$0(1)	
<i>imiquimod</i> CREA 5%	\$0(1)	QL (24 packets / 30 days)
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> CREA 12%; LOTN 12%	\$0(1)	
<i>metronidazole (topical)</i> CREA .75%; GEL .75%	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
<i>metronidazole (topical)</i> LOTN .75%	\$0(1)	QL (59 mL / 30 days)

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



Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PANRETIN GEL .1%	\$0(2)	NDS, QL (60 gm / 30 days), PA
<i>podofilox</i> SOLN .5%	\$0(1)	QL (7 mL / 28 days)
<i>procto-med hc</i> CREA 2.5%	\$0(1)	
<i>procto-pak</i> CREA 1%	\$0(1)	
<i>proctosol hc</i> CREA 2.5%	\$0(1)	
<i>proctozone-hc</i> CREA 2.5%	\$0(1)	
RECTIV OINT .4%	\$0(2)	QL (30 gm / 30 days)
<i>rosadan</i> CREA .75%	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1%	\$0(1)	QL (100 gm / 30 days)
TARGRETIN GEL 1%	\$0(2)	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA
VALCHLOR GEL .016%	\$0(2)	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, LA, PA
<b>DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES</b>		
<i>malathion</i> LOTN .5%	\$0(1)	QL (59 mL / 30 days)
<i>permethrin</i> CREA 5%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<b>DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS</b>		
REGRANEX GEL .01%	\$0(2)	NDS, QL (30 gm / 30 days), PA
SANTYL OINT 250unit/gm	\$0(2)	QL (180 gm / 30 days)
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> SOLN .9%	\$0(1)	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	\$0(1)	
<b>MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS</b>		
<i>cevimeline hcl</i> CAPS 30mg	\$0(1)	
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i> SOLN .12%	\$0(1)	
<i>clotrimazole</i> TROC 10mg	\$0(1)	QL (150 lozenges / 30 days)
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> SOLN 2%	\$0(1)	
<i>nystatin (mouth-throat)</i> SUSP 100000unit/ml	\$0(1)	
<i>periogard</i> SOLN .12%	\$0(1)	
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> TABS 5mg, 7.5mg	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i> PSTE .1%	\$0(1)	

---

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

## D. Índice de medicamentos cubiertos

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
*		ADVAIR DISKU AER 100/50.....	103
*sodium phosphates - enema*** .....	79	ADVAIR DISKU AER 250/50 .....	103
<b>3</b>		ADVAIR DISKU AER 500/50.....	103
3 day vaginal.....	82	ADVAIR HFA AER 45/21 .....	103
<b>A</b>		ADVAIR HFA AER 115/21.....	103
abacavir sulfate.....	11	ADVAIR HFA AER 230/21 .....	103
abacavir sulfate-lamivudine tab 600- 300 mg.....	12	AFINITOR .....	23
abacavir sulfate-lamivudine-zidovudine tab 300-150-300 mg.....	12	AFINITOR DISPERZ.....	23
ABELCET.....	10	afirmelle .....	62
ABILIFY MAINTENA.....	49	AIMOVIG .....	54
abiraterone acetate .....	20	ala-cort.....	105
ABRAXANE INJ 100MG .....	22	albendazole .....	7
acamprosate calcium.....	56	albuterol sulfate .....	98, 99
acarbose .....	58	alclometasone dipropionate.....	105
accutane .....	103	ALDURAZYME.....	70
acebutolol hcl.....	36	ALECENSA.....	23
acetaminophen .....	2	alendronate sodium.....	61
acetaminophen extra stren .....	2	alfuzosin hcl.....	81
acetaminophen w/ codeine soln 120- 12 mg/5ml .....	5	ALIMTA.....	20
acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg ...	5	aliskiren fumarate .....	39
acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg ..	5	all day allergy.....	97
acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg ..	5	all day allergy childrens.....	97
acetazolamide.....	38	all-day allergy childrens .....	97
acetic acid.....	81	all day pain relief .....	4
acetic acid (otic).....	96	all day relief.....	4
acetylcysteine .....	101	allergy childrens.....	97
acid gone .....	73	allergy relief .....	97
acid reducer .....	76	allergy relief childrens .....	97
acitretin .....	104	allergy relief/indoor/out .....	97
ACTHIB INJ.....	88	allopurinol .....	2
ACTIMMUNE .....	87	almacone double strength.....	73
acyclovir .....	14	alosetron hcl.....	80
acyclovir sodium .....	14	ALPHAGAN P .....	95
ADACEL INJ.....	88	alprazolam .....	40
adefovir dipivoxil .....	14	ALREX .....	94
ADEMPAS .....	40	altavera.....	62
ADRENALIN.....	39	alumina/magnesia/simethic .....	73
adriamycin .....	20	ALUMINUM HYDROXIDE .....	73
		alum & mag hydroxide-simethicone susp 200-200-20 mg/5ml .....	73
		alum & mag hydroxide-simethicone susp 400-400-40 mg/5ml.....	73
		ALUNBRIG .....	23
		ALUNBRIG PAK.....	23

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>alyacen 1/35</i> .....	62	<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide</i>	
<i>alyacen 7/7/7</i> .....	62	<i>tab 10-160-12.5 mg</i> .....	32
<i>amabelz</i> .....	68	<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide</i>	
<i>amantadine hcl</i> .....	47	<i>tab 10-160-25 mg</i> .....	32
AMBISOME.....	10	<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide</i>	
<i>ambrisentan</i> .....	40	<i>tab 10-320-25 mg</i> .....	32
<i>amethia</i> .....	62	<i>amnesteem</i> .....	103
<i>amikacin sulfate</i> .....	7	<i>amoxapine</i> .....	45
<i>amiloride hcl</i> .....	38	<i>amoxicillin</i> .....	17
<i>amiloride &amp; hydrochlorothiazide tab</i>		<i>amoxicillin &amp; k clavulanate chew tab 200-</i>	
<i>5-50 mg</i> .....	38	<i>28.5 mg</i> .....	17
<i>amiodarone hcl</i> .....	34	<i>amoxicillin &amp; k clavulanate chew tab 400-</i>	
<i>amitriptyline hcl</i> .....	45	<i>57 mg</i> .....	17
<i>amlodipine besylate</i> .....	37	<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 200-</i>	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-</i>		<i>28.5 mg/5ml</i> .....	17
<i>10 mg</i> .....	29	<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 250-</i>	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i>		<i>62.5 mg/5ml</i> .....	17
<i>5-10 mg</i> .....	29	<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 400-</i>	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i>		<i>57 mg/5ml</i> .....	17
<i>5-20 mg</i> .....	30	<i>amoxicillin &amp; k clavulanate for susp 600-</i>	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i>		<i>42.9 mg/5ml</i> .....	17
<i>5-40 mg</i> .....	30	<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab 250-125 mg</i> ..	17
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-</i>		<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab 500-125 mg</i> ..	17
<i>20 mg</i> .....	30	<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab 875-125 mg</i> ...17	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-</i>		<i>amoxicillin &amp; k clavulanate tab er 12hr 1000-</i>	
<i>40 mg</i> .....	30	<i>62.5 mg</i> .....	17
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>		<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i>	
<i>tab 5-20 mg</i> .....	31	<i>24hr 5 mg</i> .....	52
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>		<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i>	
<i>tab 5-40 mg</i> .....	31	<i>24hr 10 mg</i> .....	52
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>		<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i>	
<i>tab 10-20 mg</i> .....	32	<i>24hr 15 mg</i> .....	52
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>		<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i>	
<i>tab 10-40 mg</i> .....	32	<i>24hr 20 mg</i> .....	52
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i> 32		<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i>	
<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i>		<i>24hr 25 mg</i> .....	52
<i>5-320 mg</i> .....	32	<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i>	
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-</i>		<i>24hr 30 mg</i> .....	52
<i>160 mg</i> .....	32	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>	
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-</i>		<i>5 mg</i> .....	52
<i>320 mg</i> .....	32	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>	
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide</i>		<i>7.5 mg</i> .....	52
<i>tab 5-160-12.5 mg</i> .....	32	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>	
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide</i>		<i>10 mg</i> .....	52
<i>tab 5-160-25 mg</i> .....	32	<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>	
		<i>12.5 mg</i> .....	52

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>		ARISTADA INITIO .....	49
15 mg .....	52	<i>armodafinil</i> .....	56
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>		ARNUITY ELLIPTA.....	102
20 mg .....	52	<i>asenapine maleate</i> .....	49
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab</i>		<i>ashlyna</i> .....	62
30 mg .....	52	<i>aspirin</i> .....	2
<i>amphotericin b</i> .....	10	<i>aspirin adult low dose</i> .....	2
<i>amphotericin b liposome</i> .....	10	<i>aspirin adult low strengt</i> .....	2
<i>ampicillin</i> .....	18	<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-</i>	
<i>ampicillin sodium</i> .....	18	200 mg .....	84
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for inj 1.5 (1-</i>		<i>aspirin low dose</i> .....	2
0.5) gm .....	18	<i>atazanavir sulfate</i> .....	11
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for inj 3 (2-1)</i>		<i>atenolol</i> .....	36
gm.....	18	<i>atenolol &amp; chlorthalidone tab 50-25 mg</i> .....	36
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for iv soln 1.5</i>		<i>atenolol &amp; chlorthalidone tab 100-25 mg</i> .....	36
(1-0.5) gm .....	18	<i>atomoxetine hcl</i> .....	52
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for iv soln 3</i>		<i>atorvastatin calcium</i> .....	35
(2-1) gm.....	18	<i>atovaquone</i> .....	7
<i>ampicillin &amp; sulbactam sodium for iv soln 15</i>		<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i> ...	10
(10-5) gm .....	18	<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i> ..	10
<i>anagrelide hcl</i> .....	83	ATROPINE SULFATE .....	95
<i>anastrozole</i> .....	20	<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i> .....	95
ANDRODERM.....	57	ATROVENT HFA .....	96
ANORO ELLIPT AER 62.5-25.....	96	<i>aubra eq</i> .....	62
<i>antacid</i> .....	73	<i>aurovela 1/20</i> .....	62
<i>antacid anti-gas maximum</i> .....	73	<i>aurovela 24 fe</i> .....	62
<i>antacid calcium regular s</i> .....	73	<i>aurovela fe 1.5/30</i> .....	62
<i>antacid extra strength</i> .....	73	<i>aurovela fe 1/20</i> .....	62
<i>antacid fast relief</i> .....	73	AUSTEDO .....	54
<i>antacid maximum strength</i> .....	73	AVASTIN .....	23
<i>antacid plus anti-gas fas</i> .....	73	<i>aviane</i> .....	62
<i>antacid plus anti-gas rel</i> .....	73	<i>avita</i> .....	103
<i>antacid regular strength</i> .....	73	<i>ayuna</i> .....	62
<i>anti-diarrheal</i> .....	74	AYVAKIT .....	23
<i>anti-gas/ and gnp antacid</i> .....	74	<i>azacitidine</i> .....	20
<i>aprepitant</i> .....	75	<i>azathioprine</i> .....	87
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 &amp;</i>		<i>azelastine hcl</i> .....	97
125 mg .....	75	<i>azelastine hcl (ophth)</i> .....	95
<i>apri</i> .....	62	<i>azithromycin</i> .....	16
APTIOM.....	40	<i>aztreonam</i> .....	7
APTIVUS.....	11	<i>azurette</i> .....	62
ARALAST NP .....	101	<b>B</b>	
<i>aranelle</i> .....	62	<i>bacitracin (ophthalmic)</i> .....	93
ARCALYST .....	87	<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i> .....	93
<i>aripiprazole</i> .....	49		
ARISTADA .....	49		

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth</i>		BIKTARVY TAB 50-200-25 MG .....	12
<i>oint 1%</i> .....	93	<i>bisacodyl</i> .....	77
<i>baclofen</i> .....	55	<i>bisacodyl ec</i> .....	77
<i>balsalazide disodium</i> .....	76	<i>bismatrol</i> .....	74
BALVERSA .....	23	<i>bisoprolol fumarate</i> .....	36
<i>balziva</i> .....	62	<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 2.5-</i>	
<i>banophen</i> .....	97	6.25 mg .....	36
BARACLUDGE.....	14	<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab</i>	
BASAGLAR KWIKPEN .....	60	5-6.25 mg .....	36
BCG VACCINE .....	88	<i>bisoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 10-</i>	
BD ALCOHOL SWABS.....	60	6.25 mg .....	36
BELSOMRA.....	53	BIVIGAM .....	86
<i>benazepril hcl</i> .....	31	BLEPHAMIDE OIN S.O.P.....	93
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab</i>		<i>blisovi 24 fe</i> .....	62
5-6.25mg .....	30	<i>blisovi fe 1.5/30</i> .....	62
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 10-</i>		BOOSTRIX INJ.....	88
12.5 mg .....	30	<i>bortezomib</i> .....	23
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-</i>		BORTEZOMIB .....	23
12.5 mg .....	30	<i>bosentan</i> .....	40
<i>benazepril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-</i>		BOSULIF .....	23
25 mg.....	30	BRAFTOVI .....	23
BENDEKA.....	19	BREO ELLIPTA INH 100-25 .....	103
BENLYSTA.....	87	BREO ELLIPTA INH 200-25 .....	103
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i> ..	103	BREZTRI AERO AER SPHERE .....	96
<i>benztropine mesylate</i> .....	47	BREZTRI AERO AER SPHERE	
<i>bepotastine besilate</i> .....	95	(INSTITUTIONAL PACK) .....	96
BEPREVE.....	95	<i>briellyn</i> .....	62
BERINERT .....	83	BRILINTA .....	84
BESIVANCE.....	93	<i>brimonidine tartrate</i> .....	95
BESREMI .....	22	<i>brinzolamide</i> .....	95
<i>betaine powder for oral solution</i> .....	70	BRIVIACT .....	40, 41
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> ..	105	<i>bromfenac sodium (ophth)</i> .....	94
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> .....	105	<i>bromocriptine mesylate</i> .....	47
<i>betamethasone valerate</i> .....	105	BROMSITE .....	94
BETASERON .....	55	BRUKINSA .....	23
<i>betaxolol hcl</i> .....	36	<i>budesonide</i> .....	76
<i>betaxolol hcl (ophth)</i> .....	95	<i>budesonide (inhalation)</i> .....	103
<i>bethanechol chloride</i> .....	81	<i>bumetanide</i> .....	38
BETOPTIC-S .....	95	<i>buprenorphine</i> .....	5
BEVESPI AER 9-4.8MCG .....	96	<i>buprenorphine hcl</i> .....	56
<i>bexarotene</i> .....	22	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	
<i>bexarotene (topical)</i> .....	106	2-0.5 mg (base equiv) .....	56
BEXSERO INJ .....	88	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	
<i>bicalutamide</i> .....	20	4-1 mg (base equiv).....	56
BICILLIN L-A .....	18	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG.....	12	8-2 mg (base equiv).....	56

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 12-3 mg (base equiv) .....	56	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-</i> 100-200 mg .....	48
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i> 2-0.5 mg (base equiv) .....	56	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-</i> 125-200 mg .....	48
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i> 8-2 mg (base equiv) .....	56	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-</i> 150-200 mg .....	48
<i>bupropion hcl</i> .....	46	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-</i> 200-200 mg .....	48
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> .....	56	<i>carbidopa &amp; levodopa tab 10-100 mg</i> .....	48
<i>bupirone hcl</i> .....	40	<i>carbidopa &amp; levodopa tab 25-100 mg</i> .....	48
<i>butorphanol tartrate</i> .....	6	<i>carbidopa &amp; levodopa tab 25-250 mg</i> .....	48
BYDUREON BCISE .....	58	<i>carbidopa &amp; levodopa tab er 25-100 mg</i> .....	48
BYETTA .....	58	<i>carbidopa &amp; levodopa tab er 50-200 mg</i> .....	48
<b>C</b>		<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-</i> 100mg .....	47
<i>cabergoline</i> .....	70	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-</i> 100mg .....	47
CABOMETYX .....	23	<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-</i> 250mg .....	48
<i>calcipotriene</i> .....	104	<i>carboplatin</i> .....	19
<i>calcitonin (salmon) spray</i> .....	61	<i>carglumic acid</i> .....	70
<i>calcitrene</i> .....	105	<i>carisoprodol</i> .....	55
<i>calcitriol</i> .....	73	<i>carteolol hcl (ophth)</i> .....	95
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> .....	72	<i>cartia xt</i> .....	37
<i>calcium antacid</i> .....	74	<i>carvedilol</i> .....	36
<i>calcium antacid extra str</i> .....	74	<i>caspofungin acetate</i> .....	10
<i>calcium carbonate (antacid)</i> .....	92	CAYSTON .....	7
<i>calcium polycarbophil</i> .....	77	<i>cefaclor</i> .....	15
<i>cal-gest antacid</i> .....	74	CEFACLOR ER .....	15
CALQUENCE .....	23	<i>cefadroxil</i> .....	15
<i>camila</i> .....	62	CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML .....	15
<i>camrese</i> .....	63	<i>cefazolin sodium</i> .....	15
<i>camrese lo</i> .....	63	CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4% .....	15
<i>candesartan cilexetil</i> .....	34	<i>cefdinir</i> .....	15
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i> tab 16-12.5 mg .....	32	<i>cefepime hcl</i> .....	15
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i> tab 32-12.5 mg .....	32	<i>cefixime</i> .....	15
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i> tab 32-25 mg .....	32	<i>cefoxitin sodium</i> .....	16
CAPLYTA .....	49	<i>cefpodoxime proxetil</i> .....	16
CAPRELSA .....	23	<i>cefprozil</i> .....	16
<i>captopril</i> .....	31	<i>ceftazidime</i> .....	16
CARBAGLU .....	70	CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM .....	16
<i>carbamazepine</i> .....	41	CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM .....	16
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-</i> 50-200 mg .....	48	<i>ceftriaxone sodium</i> .....	16
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-</i> 75-200 mg .....	48	<i>cefuroxime axetil</i> .....	16
		<i>cefuroxime sodium</i> .....	16
		<i>celecoxib</i> .....	4

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
CELONTIN.....	41	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i>	
<i>cephalexin</i> .....	16	600 mg/50ml.....	7
CERDELGA.....	70	<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i>	
CEREZYME.....	70	900 mg/50ml.....	8
<i>cetirizine hcl</i> .....	97	<i>clindamycin phosphate (topical)</i> .....	103
<i>cetirizine hcl allergy ch</i> .....	97	<i>clindamycin phosphate vaginal</i> .....	82
<i>cetirizine hcl childrens</i> .....	97	CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML.....	8
<i>cetirizine hydrochloride</i> .....	97	CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML.....	8
<i>cevimeline hcl</i> .....	107	CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML.....	8
CHANTIX TAB 0.5& 1MG.....	56	CLINIMIX INJ 4.25/D5W.....	92
<i>chateal</i> .....	63	CLINIMIX INJ 4.25/D10.....	92
CHEMET.....	62	CLINIMIX INJ 5%/D15W.....	92
<i>chest congestion relief</i> .....	99	CLINIMIX INJ 5%/D20W.....	92
<i>chest congestion relief d</i> .....	99	CLINIMIX INJ 6/5.....	92
<i>childrens acetaminophen</i> .....	2	CLINIMIX INJ 8/10.....	92
<i>childrens loratadine</i> .....	97	CLINIMIX INJ 8/14.....	92
<i>childrens silapap</i> .....	2	<i>clinisol sf 15%</i> .....	92
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i> .....	107	CLINOLIPID EMU 20%.....	92
<i>chloroquine phosphate</i> .....	10	<i>clobazam</i> .....	41
<i>chlorpromazine hcl</i> .....	49	<i>clobetasol propionate</i> .....	105
CHLORPROMAZINE HYDROCHLOR.....	49	<i>clobetasol propionate e</i> .....	105
<i>chlorthalidone</i> .....	38	<i>clomipramine hcl</i> .....	46
<i>cholestyramine</i> .....	35	<i>clonazepam</i> .....	41
<i>cholestyramine light</i> .....	35	<i>clonidine</i> .....	39
<i>ciclopirox olamine</i> .....	104	<i>clonidine hcl</i> .....	39
<i>cilostazol</i> .....	83	<i>clopidogrel bisulfate</i> .....	84
CILOXAN.....	93	<i>clorazepate dipotassium</i> .....	41
CIMDUO TAB 300-300.....	13	<i>clotrimazole</i> .....	107
<i>cinacalcet hcl</i> .....	70	<i>clotrimazole 3</i> .....	82
CIPRO.....	17	<i>clotrimazole (topical)</i> .....	104
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i> .....	17	<i>clotrimazole vaginal</i> .....	82
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i> .....	17	<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i>	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i> .....	96	1-0.05%.....	104
<i>ciprofloxacin hcl</i> .....	17	<i>clozapine</i> .....	49
<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i> .....	93	COARTEM TAB 20-120MG.....	11
<i>cisplatin</i> .....	19	<i>colace 2-in-1</i> .....	77
<i>citalopram hydrobromide</i> .....	46	COLACE CLEAR.....	77
<i>claravis</i> .....	103	<i>colchicine</i> .....	2
<i>clarithromycin</i> .....	16	<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i> .....	2
<i>clearlax</i> .....	77	<i>colesevelam hcl</i> .....	35
<i>clindamycin hcl</i> .....	7	<i>colestipol hcl</i> .....	35
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> .....	7	<i>colistimethate sodium</i> .....	8
<i>clindamycin phosphate</i> .....	7	COMBIGAN SOL 0.2/0.5%.....	95
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i>		COMBIVENT AER 20-100.....	96
300 mg/50ml.....	7	COMETRIQ (60MG DOSE).....	23
		COMETRIQ KIT 100MG.....	24



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
COMETRIQ KIT 140MG .....	24	dasetta 7/7/7 .....	63
COMPLERA TAB .....	13	DAURISMO .....	24
<i>complete allergy medicine</i> .....	97	daysee .....	63
<i>compro</i> .....	75	deblitane .....	63
<i>constulose</i> .....	77	deferasirox .....	62
COPIKTRA .....	24	DELESTROGEN .....	68
CORLANOR .....	39	DELSTRIGO TAB.....	13
COTELLIC .....	24	DENGVAXIA SUS.....	88
<i>cough &amp; chest congestion</i> .....	99	DESCOVY TAB 120-15MG .....	13
CREON CAP 3000UNIT .....	80	DESCOVY TAB 200/25MG .....	13
CREON CAP 6000UNIT .....	80	<i>desipramine hcl</i> .....	46
CREON CAP 12000UNT .....	80	<i>desmopressin acetate</i> .....	70
CREON CAP 24000UNT .....	80	<i>desmopressin acetate spray</i> .....	70
CREON CAP 36000UNT .....	80	<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> ....	70
<i>cromolyn sodium</i> .....	101	<i>desogest-eth estrad &amp; eth estrad tab 0.15-</i> <i>0.02/0.01 mg(21/5)</i> .....	63
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> .....	80	<i>desogestrel &amp; ethinyl estradiol tab 0.15 mg-</i> <i>30 mcg</i> .....	63
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> .....	95	<i>desvenlafaxine succinate</i> .....	46
<i>cryselle-28</i> .....	63	<i>dexamethasone</i> .....	69
<i>cyclobenzaprine hcl</i> .....	56	DEXAMETHASONE INTENSOL .....	69
<i>cyclophosphamide</i> .....	19	<i>dexamethasone sodium phosphate</i> .....	69
CYCLOPHOSPHAMIDE .....	19	<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i> .....	94
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR .....	19	<i>dexlansoprazole</i> .....	81
<i>cycloserine</i> .....	14	<i>dexmethylphenidate hcl</i> .....	52, 53
<i>cyclosporine</i> .....	87	<i>dextromethorphan-guaifenesin liquid 10-</i> <i>100 mg/5ml</i> .....	99
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> ..	88	<i>dextromethorphan-guaifenesin syrup 10-</i> <i>100 mg/5ml</i> .....	99
<i>cyproheptadine hcl</i> .....	97	<i>dextrose</i> .....	92
<i>cyred eq</i> .....	63	<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i> ...90	
CYSTADANE POW .....	70	<i>dextrose 5% in lactated ringers</i> .....	90
CYSTADROPS.....	95	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i> .....	90
CYSTAGON .....	70	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i> .....	90
CYSTARAN .....	96	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i> .....	90
<i>cytarabine</i> .....	20	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i> .....	90
		<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i> ...90	
		<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i> ...90	
<b>D</b>		DIACOMIT .....	41
D2.5W/NACL INJ 0.45% .....	90	<i>diazepam</i> .....	41
D5W/LYTES INJ #48.....	90	<i>diazepam (anticonvulsant)</i> .....	41
D10W/NACL INJ 0.2% .....	90	<i>diazepam inj</i> .....	41
<i>dalfampridine</i> .....	55	<i>diazoxide</i> .....	70
DALIRESP.....	101	<i>diclofenac potassium</i> .....	4
<i>danazol</i> .....	68	<i>diclofenac sodium</i> .....	4
<i>dantrolene sodium</i> .....	56	<i>diclofenac sodium (ophth)</i> .....	94
<i>dapsone</i> .....	8		
DAPTACEL INJ .....	88		
<i>daptomycin</i> .....	8		
DAPTOMYCIN .....	8		
<i>dasetta 1/35</i> .....	63		

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>diclofenac sodium (topical)</i> .....	106	<i>doxazosin mesylate</i> .....	31
<i>dicloxacillin sodium</i> .....	18	<i>doxepin hcl</i> .....	46
<i>dicyclomine hcl</i> .....	76	<i>doxepin hcl (sleep)</i> .....	53
DIFICID .....	16	<i>doxorubicin hcl</i> .....	20
<i>diflunisal</i> .....	4	<i>doxorubicin hcl liposomal</i> .....	20
<i>difluprednate</i> .....	94	<i>doxy 100</i> .....	19
<i>digitek</i> .....	39	<i>doxycycline hyclate</i> .....	19
<i>digoxin</i> .....	39	<i>doxycycline (monohydrate)</i> .....	19
<i>dihydroergotamine mesylate</i> .....	54	<i>driminate</i> .....	75
DILANTIN .....	41	DRIZALMA SPRINKLE .....	46
DILANTIN-125 .....	41	<i>dronabinol</i> .....	75
DILANTIN INFATABS .....	41	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab</i> 3-0.02 mg .....	63
<i>diltiazem hcl</i> .....	37	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab</i> 3-0.03 mg .....	63
<i>diltiazem hcl coated beads</i> .....	37	<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate</i> tab 3-0.03-0.451 mg .....	63
<i>diltiazem hcl extended release beads</i> .....	37	DROXIA .....	84
<i>dilt-xr</i> .....	37	<i>droxidopa</i> .....	39
<i>diphenhist</i> .....	97	<i>duloxetine hcl</i> .....	46
<i>diphenhydramine hcl</i> .....	97	<i>dutasteride</i> .....	81
<i>diphenhydramine hydrochlo</i> .....	97	<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i> ..	81
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-</i> 0.025 mg/5ml .....	80	<b>E</b>	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-</i> 0.025 mg .....	80	<i>ec-naproxen</i> .....	4
DIP/TET PED INJ 25-5LFU .....	88	<i>ed-apap</i> .....	2
<i>dipyridamole</i> .....	84	EDURANT .....	11
<i>disopyramide phosphate</i> .....	34	<i>e.e.s. 400</i> .....	16
<i>disulfiram</i> .....	56	<i>efavirenz</i> .....	11
<i>divalproex sodium</i> .....	42	<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-</i> 200-300 mg .....	13
<i>docetaxel</i> .....	22	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-</i> 300-300 mg .....	13
DOCETAXEL .....	22	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-</i> 300-300 mg .....	13
<i>docu</i> .....	77	<i>elinest</i> .....	63
<i>docusate calcium</i> .....	77	ELIQUIS .....	82
<i>docusate mini</i> .....	77	ELIQUIS STARTER PACK .....	82
<i>docusate sodium</i> .....	77	ELLA .....	63
DOCUSOL KIDS .....	77	<i>eluryng</i> .....	63
<i>docusol mini</i> .....	77	EMCYT .....	21
DOCUSOL PLUS ENE 20-283 .....	77	<i>emoquette</i> .....	63
<i>dofetilide</i> .....	34	EMSAM .....	46
<i>dok</i> .....	77	<i>emtricitabine</i> .....	11
<i>donepezil hydrochloride</i> .....	45	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i> tab 100-150 mg .....	13
DOPTLET .....	83		
<i>dorzolamide hcl</i> .....	95		
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln</i> 22.3-6.8 mg/ml .....	95		
<i>dotti</i> .....	68		
DOVATO TAB 50-300MG .....	13		

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i> .....	13	<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i> .....	54
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i> .....	13	ERIVEDGE .....	24
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i> .....	13	ERLEADA.....	21
EMTRIVA .....	11	<i>erlotinib hcl</i> .....	24
EMVERM .....	8	<i>errin</i> .....	63
<i>enalapril maleate</i> .....	31	<i>ertapenem sodium</i> .....	8
<i>enalapril maleate &amp; hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i> .....	30	<i>ery</i> .....	103
<i>enalapril maleate &amp; hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i> .....	30	<i>ery-tab</i> .....	16
ENBREL .....	84, 85	ERYTHROCIN LACTOBIONATE.....	16
ENBREL MINI.....	85	<i>erythrocin stearate</i> .....	16
ENBREL SURECLICK .....	85	<i>erythromycin (acne aid)</i> .....	104
ENDARI.....	84	<i>erythromycin base</i> .....	16
<i>endocet tab 2.5-325mg</i> .....	6	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> .....	16
<i>endocet tab 5-325mg</i> .....	6	<i>erythromycin lactobionate</i> .....	16
<i>endocet tab 7.5-325mg</i> .....	6	<i>erythromycin (ophth)</i> .....	93
<i>endocet tab 10-325mg</i> .....	6	ESBRIET .....	101
<i>enemeez mini</i> .....	77	<i>escitalopram oxalate</i> .....	46
ENEMEEZ PLUS ENE 20-283.....	77	<i>esomeprazole magnesium</i> .....	81
ENGERIX-B.....	88	<i>estarylla</i> .....	63
<i>enoxaparin sodium</i> .....	83	<i>estradiol</i> .....	68
<i>enpresse-28</i> .....	63	<i>estradiol &amp; norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i> .....	68
<i>enskyce</i> .....	63	<i>estradiol &amp; norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i> .....	68
ENSTILAR AER .....	105	<i>estradiol vaginal</i> .....	68
<i>entacapone</i> .....	48	<i>estradiol valerate</i> .....	68
<i>entecavir</i> .....	14	<i>eszopiclone</i> .....	53
ENTRESTO TAB 24-26MG.....	32	<i>ethambutol hcl</i> .....	14
ENTRESTO TAB 49-51MG .....	32	<i>ethosuximide</i> .....	42
ENTRESTO TAB 97-103MG .....	32	<i>ethynodiol diacetate &amp; ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i> .....	63
<i>enulose</i> .....	77	<i>ethynodiol diacetate &amp; ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i> .....	63
EPCLUSA PAK 150-37.5 .....	14	<i>etodolac</i> .....	4
EPCLUSA PAK 200-50MG .....	14	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.120-0.015 mg/24hr</i> .....	63
EPCLUSA TAB 200-50MG.....	14	<i>etoposide</i> .....	22
EPCLUSA TAB 400-100 .....	14	<i>etravirine</i> .....	11
EPIDIOLEX .....	42	EULEXIN.....	21
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> .....	101	<i>euthyrox</i> .....	72
<i>epirubicin hcl</i> .....	20	<i>everolimus</i> .....	24
<i>epitol</i> .....	42	<i>everolimus (immunosuppressant)</i> .....	88
EPIVIR HBV .....	14	EVOTAZ TAB 300-150 .....	13
<i>eplerenone</i> .....	31	<i>exemestane</i> .....	21
EPRONTIA.....	42	EXKIVITY.....	24
<i>ergocalciferol</i> .....	93	<i>ezetimibe</i> .....	36

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i> .....	36	<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml</i> .	10
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i> .....	36	<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i> .	10
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i> .....	36	<i>flucytosine</i> .....	10
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i> .....	36	<i>fludrocortisone acetate</i> .....	69
<b>F</b>		<i>flunisolide (nasal)</i> .....	102
FABRAZYME.....	70	<i>fluocinolone acetonide</i> .....	105
<i>falmina</i> .....	63	<i>fluocinolone acetonide (otic)</i> .....	96
<i>famciclovir</i> .....	14	<i>fluocinonide</i> .....	105
<i>famotidine</i> .....	76	<i>fluocinonide emulsified base</i> .....	106
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i>	76	<i>fluorometholone (ophth)</i> .....	94
FANAPT .....	49	<i>fluorouracil</i> .....	20
FANAPT PAK .....	49	<i>fluorouracil (topical)</i> .....	106
FARXIGA .....	58	<i>fluoxetine hcl</i> .....	46
FASENRA .....	101	<i>fluphenazine decanoate</i> .....	49
FASENRA PEN .....	101	<i>fluphenazine hcl</i> .....	50
<i>felbamate</i> .....	42	<i>flurbiprofen</i> .....	4
<i>felodipine</i> .....	37	<i>flurbiprofen sodium</i> .....	94
<i>femynor</i> .....	64	<i>flutamide</i> .....	21
<i>fenofibrate</i> .....	35	<i>fluticasone propionate</i> .....	106
<i>fenofibrate micronized</i> .....	35	<i>fluticasone propionate (nasal)</i> .....	102
<i>fentanyl</i> .....	5	<i>fluvoxamine maleate</i> .....	40
<i>fentanyl citrate</i> .....	6	<i>fondaparinux sodium</i> .....	83
<i>fesoterodine fumarate</i> .....	81	<i>formula em</i> .....	80
FETZIMA .....	46	FORTEO.....	61
FETZIMA CAP TITRATIO .....	46	<i>fosamprenavir calcium</i> .....	11
<i>feverall childrens</i> .....	2	<i>fosinopril sodium</i> .....	31
FEVERALL INFANTS .....	2	<i>fosinopril sodium &amp; hydrochlorothiazide tab</i> <i>10-12.5 mg</i> .....	30
FEVERALL JUNIOR STRENGTH .....	2	<i>fosinopril sodium &amp; hydrochlorothiazide tab</i> <i>20-12.5 mg</i> .....	30
FIASP FLEX INJ TOUCH .....	60	FOTIVDA.....	24
FIASP INJ 100/ML.....	60	FREAMINE III INJ 10% .....	92
FIASP PENFIL INJ U-100 .....	60	<i>fulvestrant</i> .....	21
<i>fiber-lax</i> .....	77	<i>furosemide</i> .....	38
<i>fiber laxative</i> .....	77	<i>furosemide inj</i> .....	38
<i>finasteride</i> .....	81	FUZEON.....	11
FINTEPLA.....	42	<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i> .....	69
<i>finzala</i> .....	64	<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i> .....	69
<i>flac</i> .....	96	FYCOMPA .....	42
FLAREX .....	94	<b>G</b>	
FLEBOGAMMA DIF .....	86	<i>gabapentin</i> .....	42
<i>flecainide acetate</i> .....	34	<i>galantamine hydrobromide</i> .....	45
FLEET ENE PED .....	77	GAMASTAN INJ .....	86
FLEET LIQUID GLYCERIN SUP.....	77	GAMMAGARD LIQUID .....	87
FLOVENT DISKUS .....	103	GAMMAGARD S/D IGA LESS TH.....	87
FLOVENT HFA .....	103		
<i>fluconazole</i> .....	10		

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
GAMMAKED .....	87	<i>gnp adult aspirin low str</i> .....	2
GAMMAPLEX .....	87	<i>gnp all day allergy</i> .....	97
GAMUNEX-C .....	87	<i>gnp all day allergy child</i> .....	98
<i>ganciclovir sodium</i> .....	14	<i>gnp allergy</i> .....	98
GARDASIL 9 INJ.....	88	<i>gnp allergy relief</i> .....	98
<i>gatifloxacin (ophth)</i> .....	93	<i>gnp antacid and anti-gas/</i> .....	74
GATTEX.....	80	<i>gnp antacid anti-gas/maxi</i> .....	74
GAUZE PADS 2 .....	60	<i>gnp antacid &amp; anti-gas/re</i> .....	74
<i>gavilax</i> .....	77	<i>gnp antacid extra strengt</i> .....	74
<i>gavilyte-c</i> .....	77	<i>gnp antacid/regular stren</i> .....	74
<i>gavilyte-g</i> .....	77	<i>gnp anti-diarrheal</i> .....	74
<i>gavilyte-n/flavor pack</i> .....	77	<i>gnp aspirin</i> .....	2
GAVRETO.....	24	<i>gnp aspirin low dose</i> .....	2
<i>gemcitabine hcl</i> .....	20	<i>gnp childrens allergy</i> .....	98
<i>gemfibrozil</i> .....	35	<i>gnp clearlax</i> .....	78
<i>generlac</i> .....	77	<i>gnp clotrimazole 3</i> .....	82
<i>gengraf</i> .....	88	<i>gnp enema</i> .....	78
GENOTROPIN.....	70	<i>gnp fiber therapy</i> .....	78
GENOTROPIN MINIQUICK.....	71	<i>gnp gentle laxative</i> .....	78
<i>gentak</i> .....	93	<i>gnp headache relief extra</i> .....	2
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i> .....	8	<i>gnp ibuprofen</i> .....	4
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i> .....	8	<i>gnp infants pain/fever</i> .....	2
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i> .....	8	<i>gnp loperamide hydrochlor</i> .....	74
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i> .....	8	<i>gnp loratadine</i> .....	98
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i> .....	8	<i>gnp loratadine childrens</i> .....	98
<i>gentamicin sulfate</i> .....	8	<i>gnp miconazole 3</i> .....	82
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i> .....	94	<i>gnp miconazole 7</i> .....	82
<i>gentamicin sulfate (topical)</i> .....	104	<i>gnp migraine relief</i> .....	2
GENVOYA TAB.....	13	<i>gnp milk of magnesia</i> .....	78
GILENYA.....	55	<i>gnp motion sickness relie</i> .....	75
GILOTRIF.....	24	<i>gnp mucus er</i> .....	99
<i>glatiramer acetate</i> .....	55	<i>gnp naproxen</i> .....	4
<i>glatopa</i> .....	55	<i>gnp nasal decongestant</i> .....	99
<i>glimepiride</i> .....	58	<i>gnp nasal decongestant/ma</i> .....	99
<i>glipizide</i> .....	58	<i>gnp nausea relief</i> .....	80
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i> .....	58	<i>gnp nicotine gum</i> .....	56
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i> .....	58	<i>gnp nicotine mini lozenge</i> .....	56
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i> .....	58	<i>gnp nicotine polacrilex</i> .....	56
<i>glipizide xl</i> .....	58	<i>gnp nicotine polacrilex m</i> .....	57
<i>glycerin (laxative)</i> .....	77	<i>gnp nicotine transdermal</i> .....	57
<i>glycopyrrolate</i> .....	76	<i>gnp pain &amp; fever children</i> .....	3
<i>glydo</i> .....	106	<i>gnp pain relief</i> .....	3
GLYXAMBI TAB 10-5 MG .....	58	<i>gnp pain relief extra str</i> .....	3
GLYXAMBI TAB 25-5 MG.....	58	<i>gnp pink bismuth</i> .....	74
<i>gnp acetaminophen</i> .....	2	<i>gnp senna lax</i> .....	78
<i>gnp acid reducer</i> .....	76	<i>gnp stomach relief maximu</i> .....	74

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>gnp stool softener</i> .....	78	HARVONI PAK 45-200MG.....	14
<i>gnp stool softener/stimul</i> .....	78	HARVONI TAB 45-200MG.....	14
<i>gnp tussin dm</i> .....	99	HARVONI TAB 90-400MG.....	14
<i>gnp tussin dm cough</i> .....	99	HAVRIX.....	88
<i>gnp tussin mucus &amp; chest</i> .....	99	<i>heartburn relief</i> .....	76
<i>gnp womens gentle laxativ</i> .....	78	<i>heather</i> .....	64
GOLYTELY SOL.....	78	HEPARIN/NACL INJ 25000UNT.....	83
<i>goodsense all day allergy</i> .....	98	<i>heparin sodium (porcine)</i> .....	83
<i>goodsense allergy relief</i> .....	98	<i>hepatamine</i> .....	92
<i>goodsense anti-diarrheal</i> .....	74	HEP SOD/D5W INJ 20000UNT.....	83
<i>goodsense aspirin</i> .....	3	HEP SOD/D5W INJ 25000UNT.....	83
<i>goodsense aspirin adult l</i> .....	3	HEP SOD/NACL INJ 25000UNT.....	83
<i>goodsense clearlax</i> .....	78	HERCEP HYLEC SOL 60-10000.....	24
<i>goodsense ibuprofen</i> .....	4	HERCEPTIN.....	24
<i>goodsense miconazole 1</i> .....	82	HERZUMA.....	24
<i>goodsense migraine formul</i> .....	3	HETLIOZ.....	53
<i>goodsense mucus dm</i> .....	99	HIBERIX.....	88
<i>goodsense naproxen sodium</i> .....	4	<i>hm cetirizine hydrochlori</i> .....	98
<i>goodsense nausea relief</i> .....	80	<i>hm loratadine</i> .....	98
<i>goodsense nicotine</i> .....	57	HUMIRA.....	85
<i>goodsense nicotine gum</i> .....	57	HUMIRA PEDIA INJ CROHNS.....	85
<i>goodsense nicotine polacr</i> .....	57	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D.....	85
<i>goodsense pain &amp; fever ch</i> .....	3	HUMIRA PEN.....	85
<i>goodsense pain &amp; fever in</i> .....	3	HUMIRA PEN-CD/UC/HS START.....	85
<i>goodsense pain relief</i> .....	3	HUMIRA PEN KIT PS/UV.....	85
<i>goodsense pain relief ext</i> .....	3	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S.....	85
<i>goodsense stomach relief</i> .....	74	HUMIRA PEN-PS/UV STARTER.....	85
<i>granisetron hcl</i> .....	75	HUMULIN R U-500 (CONCENTR.....	60
<i>griseofulvin microsize</i> .....	10	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	60
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> .....	10	<i>hydralazine hcl</i> .....	39
<i>guaifenesin</i> .....	99	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	38
<i>guanfacine hcl</i> .....	39	<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-</i> <i>325 mg/15ml</i> .....	6
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> .....	53	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i> .....	6
GVOKE HYOPEN 2-PACK.....	70	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-</i> <i>325 mg</i> .....	6
GVOKE KIT.....	70	<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg</i> .....	6
GVOKE PFS.....	70	<i>hydrocodone bitartrate</i> .....	5
<b>H</b>		<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i> .....	6
HAEGARDA.....	84	<i>hydrocortisone</i> .....	69
<i>hailey 1.5/30</i> .....	64	<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> .....	76
<i>hailey 24 fe</i> .....	64	<i>hydrocortisone (rectal)</i> .....	106
<i>halobetasol propionate</i> .....	106	<i>hydrocortisone (topical)</i> .....	106
<i>haloperidol</i> .....	50	<i>hydromorphone hcl</i> .....	6
<i>haloperidol decanoate</i> .....	50	<i>hydroxychloroquine sulfate</i> .....	86
<i>haloperidol lactate</i> .....	50	<i>hydroxyurea</i> .....	22
HARVONI PAK 33.75-150MG.....	14		

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>hydroxyzine hcl</i> .....	98	<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3)</i>	
<i>hydroxyzine pamoate</i> .....	98	<i>mg/3ml</i> .....	96
HYSINGLA ER.....	5	<i>ipratropium bromide</i> .....	96
<b>I</b>		<i>ipratropium bromide (nasal)</i> .....	97
<i>ibandronate sodium</i> .....	61	<i>irbesartan</i> .....	34
IBRANCE.....	24	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-</i>	
<i>ibu</i> .....	4	<i>12.5 mg</i> .....	32
<i>ibu-200</i> .....	4	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-</i>	
<i>ibuprofen</i> .....	4	<i>12.5 mg</i> .....	32
<i>icatibant acetate</i> .....	84	IRESSA .....	25
<i>iclevia</i> .....	64	<i>irinotecan hcl</i> .....	22
ICLUSIG.....	24	ISENTRESS .....	11
IDHIFA .....	25	ISENTRESS HD.....	11
ILEVRO .....	94	<i>isibloom</i> .....	64
<i>imatinib mesylate</i> .....	25	ISOLYTE-P INJ /D5W .....	90
IMBRUVICA.....	25	ISOLYTE-S INJ.....	90
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i>		ISOLYTE-S INJ PH 7.4.....	90
<i>250 mg</i> .....	8	<i>isoniazid</i> .....	14
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i>		ISOPTO ATROPINE .....	96
<i>500 mg</i> .....	8	<i>isosorbide dinitrate</i> .....	39
<i>imipramine hcl</i> .....	46	<i>isosorbide mononitrate</i> .....	39
<i>imiquimod</i> .....	106	<i>isotretinoin</i> .....	104
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) .....	89	<i>isradipine</i> .....	37
<i>incassia</i> .....	64	<i>itraconazole</i> .....	10
INCRELEX .....	71	<i>ivermectin</i> .....	8
INCRUSE ELLIPTA.....	96	IXIARO INJ .....	89
<i>indapamide</i> .....	38	<b>J</b>	
INFANRIX INJ .....	89	JAKAFI .....	25
INFLIXIMAB .....	85	<i>jantoven</i> .....	83
INGREZZA.....	54	JANUMET TAB 50-500MG.....	58
INGREZZA CAP 40-80MG.....	55	JANUMET TAB 50-1000 .....	58
INLYTA.....	25	JANUMET XR TAB 50-500MG.....	58
INQOVI TAB 35-100MG .....	20	JANUMET XR TAB 50-1000 .....	58
INREBIC.....	25	JANUMET XR TAB 100-1000.....	58
INSULIN SAFETY NEEDLES .....	60	JANUVIA .....	58
INSULIN SYRINGES\ BD/ULTIMED/ ALLISON/TRIVIDIA/MHC .....	60	JARDIANCE .....	58
INTELENCE .....	11	<i>jasmiel</i> .....	64
INTRALIPID .....	92	<i>javygtor</i> .....	71
INTRON A.....	87	JENTADUETO TAB 2.5-500 .....	58
<i>introvale</i> .....	64	JENTADUETO TAB 2.5-850 .....	58
INVEGA SUSTENNA .....	50	JENTADUETO TAB 2.5-1000 .....	58
INVEGA TRINZA .....	50	JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG .....	58
INVIRASE .....	11	JENTADUETO TAB XR 5-1000MG .....	58
IPOL INJ INACTIVE .....	89	<i>jinteli</i> .....	69
		<i>jolessa</i> .....	64

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>juleber</i> .....	64	<i>klor-con</i> .....	91
JULUCA TAB 50-25MG .....	13	<i>klor-con 8</i> .....	91
<i>junel 1.5/30</i> .....	64	<i>klor-con 10</i> .....	91
<i>junel 1/20</i> .....	64	<i>klor-con m10</i> .....	91
<i>junel fe 1.5/30</i> .....	64	<i>klor-con m15</i> .....	91
<i>junel fe 1/20</i> .....	64	<i>klor-con m20</i> .....	91
<i>junel fe 24</i> .....	64	KONSYL-D.....	78
<b>K</b>		<i>konsyl daily fiber</i> .....	78
KADCYLA .....	25	KONSYL DAILY FIBER.....	78
<i>kaitlib fe</i> .....	64	KORLYM.....	71
KALYDECO .....	101	<i>kurvelo</i> .....	64
KANJINTI .....	25	KYNMOBI.....	48
<i>kariva</i> .....	64	<b>L</b>	
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i> .....	90	<i>labetalol hcl</i> .....	37
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.2% inj</i> .....	90	<i>lacosamide</i> .....	42
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.9% inj</i> .....	90	<i>lactated ringer's solution</i> .....	91
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i> .....	90	<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> .....	106
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i> .....	90	<i>lactulose</i> .....	78
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i> .....	90	<i>lactulose (encephalopathy)</i> .....	78
KCL 20 MEQ/L (0.15%) IN NACL 0.45% INJ.....	90	<i>lamivudine</i> .....	11
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i> .....	90	<i>lamivudine (hbv)</i> .....	14
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i> .....	90	<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i> .....	13
KCL 40 MEQ/L (0.3%) IN NACL 0.9% INJ.....	91	<i>lamotrigine</i> .....	42
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%.....	91	<i>lansoprazole</i> .....	81
<i>kelnor 1/35</i> .....	64	<i>lapatinib ditosylate</i> .....	25
<i>kelnor 1/50</i> .....	64	<i>larin 1.5/30</i> .....	64
KERENDIA.....	31	<i>larin 1/20</i> .....	64
KESIMPTA.....	55	<i>larin 24 fe</i> .....	64
<i>ketoconazole</i> .....	10	<i>larin fe 1.5/30</i> .....	64
<i>ketoconazole (topical)</i> .....	104, 105	<i>larin fe 1/20</i> .....	64
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> .....	94	<i>larissia</i> .....	64
KEYTRUDA .....	25	LASTACRAFT .....	95
KINRIX INJ .....	89	<i>latanoprost</i> .....	95
KISQALI 200 DOSE.....	25	LATUDA.....	50
KISQALI 200 PAK FEMARA .....	22	<i>layolis fe</i> .....	64
KISQALI 400 DOSE.....	25	<i>leena</i> .....	64
KISQALI 400 PAK FEMARA .....	22	<i>leflunomide</i> .....	86
KISQALI 600 DOSE.....	25	<i>lenalidomide</i> .....	21
KISQALI 600 PAK FEMARA .....	22	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE.....	25
		LENVIMA 8 MG DAILY DOSE.....	26
		LENVIMA 10 MG DAILY DOSE .....	26
		LENVIMA 12MG DAILY DOSE .....	26
		LENVIMA 20 MG DAILY DOSE .....	26
		LENVIMA CAP 14 MG .....	26
		LENVIMA CAP 18 MG .....	26



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
LENVIMA CAP 24 MG .....	26	<i>lidocaine hcl</i> .....	106
<i>lessina</i> .....	64	<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> .....	7
<i>letrozole</i> .....	21	<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> .....	107
<i>leucovorin calcium</i> .....	29	<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i> .....	106
LEUKERAN.....	19	<i>lillow</i> .....	65
<i>leuprolide acetate</i> .....	21	<i>linezolid</i> .....	8
<i>levalbuterol hcl</i> .....	99	<i>linezolid in sodium chloride iv soln</i>	
<i>levalbuterol tartrate</i> .....	99	600 mg/300ml-0.9%.....	8
LEVEMIR .....	60	LINZESS .....	80
LEVEMIR FLEXTOUCH .....	60	<i>liothyronine sodium</i> .....	72
<i>levetiracetam</i> .....	43	<i>lisinopril</i> .....	31
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i>		<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 10-</i>	
500 mg/100ml.....	43	12.5 mg .....	30
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i>		<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-</i>	
1000 mg/100ml.....	43	12.5 mg .....	30
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i>		<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-</i>	
1500 mg/100ml.....	43	25 mg.....	30
<i>levobunolol hcl</i> .....	95	LITHIUM .....	55
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> .....	71	<i>lithium carbonate</i> .....	55
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> .....	98	<i>loestrin 1.5/30-21</i> .....	65
<i>levofloxacin</i> .....	17	<i>loestrin 1/20-21</i> .....	65
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i> .....	17	<i>loestrin fe 1.5/30</i> .....	65
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i> ....	17	<i>loestrin fe 1/20</i> .....	65
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i> ....	17	LOKELMA.....	62
<i>levonest</i> .....	64	LONSURF TAB 15-6.14 .....	20
<i>levonor-eth est tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg</i>		LONSURF TAB 20-8.19 .....	20
&eth est 0.01 mg .....	64	<i>loperamide hcl</i> .....	74, 80
<i>levonorgestrel (emergency oc)</i> .....	65	LOPERAMIDE HYDROCHLORIDE.....	75
<i>levonorgestrel-eth estra tab</i>		<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-</i>	
0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg .....	65	20 mg/ml) .....	13
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol (91-day)</i>		<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i> .....	13
<i>tab 0.15-0.03 mg</i> .....	65	<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i> .....	13
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol tab 0.1 mg-</i>		<i>loratadine</i> .....	98
20 mcg .....	65	<i>loratadine childrens</i> .....	98
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol tab</i>		<i>lorazepam</i> .....	40
0.15 mg-30 mcg .....	65	<i>lorazepam intensol</i> .....	40
<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) &amp; eth</i>		LORBRENA .....	26
<i>est tab 0.01mg(7)</i> .....	65	<i>loryna</i> .....	65
<i>levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) &amp; eth</i>		<i>losartan potassium</i> .....	34
<i>est tab 0.01mg(7)</i> .....	65	<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide</i>	
<i>levora 0.15/30-28</i> .....	65	<i>tab 50-12.5 mg</i> .....	33
<i>levo-t</i> .....	72	<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide</i>	
<i>levothyroxine sodium</i> .....	72	<i>tab 100-12.5 mg</i> .....	33
<i>levoxyl</i> .....	72	<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide</i>	
LEXIVA.....	11	<i>tab 100-25 mg</i> .....	33
<i>lidocaine</i> .....	106	LOTEMAX .....	94

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>lovastatin</i> .....	35	<i>memantine hcl</i> .....	45
<i>low-ogestrel</i> .....	65	<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg &amp; 21 x 10 mg titration pack</i> .....	45
<i>loxapine succinate</i> .....	50	MENACTRA INJ .....	89
LUMAKRAS.....	26	MENQUADFI INJ .....	89
LUMIGAN .....	95	MENVEO INJ .....	89
LUMIZYME.....	71	<i>mercaptapurine</i> .....	20
LUPRON DEPOT (1-MONTH) .....	21	<i>meropenem</i> .....	8
LUPRON DEPOT (3-MONTH) .....	21	<i>mesalamine</i> .....	76
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....	71	<i>mesalamine w/ cleanser</i> .....	77
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....	71	MESNEX.....	29
<i>lutera</i> .....	65	<i>metadate er</i> .....	53
<i>lyleq</i> .....	65	<i>metformin hcl</i> .....	58, 59
<i>lyllana</i> .....	69	<i>methadone hcl</i> .....	5
LYNPARZA .....	26	<i>methadone hydrochloride i</i> .....	5
LYSODREN.....	21	<i>methazolamide</i> .....	38
<i>lyza</i> .....	65	<i>methenamine hippurate</i> .....	8
<b>M</b>		<i>methimazole</i> .....	73
<i>mag-al plus</i> .....	74	<i>methocarbamol</i> .....	56
<i>mag-al plus xs</i> .....	74	<i>methotrexate sodium</i> .....	20, 86
<i>magnesium oxide</i> .....	74	<i>methylphenidate hcl</i> .....	53
<i>magnesium sulfate</i> .....	91	<i>methylprednisolone</i> .....	69
MAGNESIUM SULFATE .....	91	<i>methylprednisolone acetate</i> .....	69
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i> .....	91	<i>methylprednisolone sod succ</i> .....	69
<i>malathion</i> .....	107	<i>metoclopramide hcl</i> .....	75
<i>mapap childrens</i> .....	3	<i>metolazone</i> .....	38
<i>maraviroc</i> .....	11	<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i> .....	36
<i>marlissa</i> .....	65	<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i> .....	36
MARPLAN.....	46	<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i> .....	36
MATULANE.....	22	<i>metoprolol succinate</i> .....	37
MAVYRET PAK 50-20MG .....	15	<i>metoprolol tartrate</i> .....	37
MAVYRET TAB 100-40MG .....	15	<i>metronidazole</i> .....	8
<i>maxi-tuss g</i> .....	99	<i>metronidazole (topical)</i> .....	106
<i>maxi-tuss gmx</i> .....	100	<i>metronidazole vaginal</i> .....	82
<i>m-dryl</i> .....	98	<i>metyrosine</i> .....	39
<i>meclizine hcl</i> .....	75	MG SO4/D5W INJ 10MG/ML.....	91
<i>medroxyprogesterone acetate</i> .....	72	<i>mi-acid</i> .....	74
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i> .....	65	<i>micafungin sodium</i> .....	10
<i>mefloquine hcl</i> .....	11	<i>miconazole 3</i> .....	82
<i>megestrol acetate</i> .....	21, 72	<i>miconazole 3 combination</i> .....	82
<i>megestrol acetate (appetite)</i> .....	72	<i>miconazole 3 combo pack</i> .....	82
MEKINIST .....	26	<i>miconazole 7</i> .....	82
MEKTOVI.....	26	<i>miconazole nitrate vaginal</i> .....	82
<i>meloxicam</i> .....	4		

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>miconazole nitrate vaginal supp 1200 mg &amp; 2% cream kit</i> .....	82	<i>mycophenolate mofetil</i> .....	88
<i>microgestin 1.5/30</i> .....	65	<i>mycophenolate sodium</i> .....	88
<i>microgestin 1/20</i> .....	65	<i>myorisan</i> .....	104
<i>microgestin 24 fe</i> .....	65	MYRBETRIQ .....	81
<i>microgestin fe 1.5/30</i> .....	65	<i>my way</i> .....	66
<i>microgestin fe 1/20</i> .....	65	<b>N</b>	
<i>midodrine hcl</i> .....	39	<i>nabumetone</i> .....	4
<i>miglustat</i> .....	71	<i>nadolol</i> .....	37
<i>migraine formula</i> .....	3	<i>nafcillin sodium</i> .....	18
<i>mili</i> .....	65	NAGLAZYME .....	71
<i>milk of magnesia</i> .....	78	<i>nalbuphine hcl</i> .....	6
<i>milk of magnesia concentr</i> .....	78	<i>naloxone hcl</i> .....	57
<i>mimvey</i> .....	69	<i>naltrexone hcl</i> .....	57
<i>minocycline hcl</i> .....	19	NAMZARIC CAP 7-10MG .....	45
<i>minoxidil</i> .....	39	NAMZARIC CAP 14-10MG .....	45
<i>mintox maximum strength</i> .....	74	NAMZARIC CAP 21-10MG .....	45
<i>mintox plus</i> .....	74	NAMZARIC CAP 28-10MG .....	45
<i>mirtazapine</i> .....	46	NAMZARIC CAP PACK .....	45
<i>misoprostol</i> .....	80	<i>naproxen</i> .....	4
MITIGARE .....	2	<i>naproxen sodium</i> .....	5
M-M-R II INJ .....	89	<i>naratriptan hcl</i> .....	54
M-NATAL PLUS TAB .....	91	<i>nasal decongestant</i> .....	100
<i>moexipril hcl</i> .....	31	NATACYN .....	94
<i>molindone hcl</i> .....	50	<i>nateglinide</i> .....	59
<i>mometasone furoate</i> .....	106	NATPARA .....	61
MONJUVI .....	26	<i>natural psyllium seed ind</i> .....	78
<i>mono-linyah</i> .....	66	NAYZILAM .....	43
<i>montelukast sodium</i> .....	101	<i>nebivolol hcl</i> .....	37
<i>morphine sulfate</i> .....	5, 6	<i>necon 0.5/35-28</i> .....	66
MORPHINE SULFATE .....	6	<i>nefazodone hcl</i> .....	46
<i>motion-time</i> .....	75	<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i> .....	94
MOVANTIK .....	80	<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i> .....	94
<i>moxifloxacin hcl</i> .....	17	<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i> .....	93
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i> .....	94	<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i> .....	93
<i>m-pap</i> .....	3	<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i> .....	93
<i>mucinex fast-max chest co</i> .....	100	<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i> .....	96
<i>mucus relief</i> .....	100	<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i> .....	96
<i>mucus relief dm</i> .....	100	<i>neomycin sulfate</i> .....	8
<i>mucus relief dm maximum s</i> .....	100	NERLYNX .....	26
<i>mucus relief er</i> .....	100	NEUPRO .....	48
<i>mucus relief maximum stre</i> .....	100		
MULTAQ .....	34		
<i>mupirocin</i> .....	104		
MVASI .....	26		
<i>my choice</i> .....	66		

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>nevirapine</i> .....	11	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i> .....	66
<i>new day</i> .....	66	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i> .....	66
NEXAVAR .....	26	<i>norgestimate &amp; ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i> .....	66
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> .....	36	<i>norlyroc</i> .....	66
<i>nicardipine hcl</i> .....	37	NORPACE CR .....	34
<i>nicotine</i> .....	57	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i> .....	66
<i>nicotine mini lozenge</i> .....	57	<i>nortrel 1/35 (21)</i> .....	66
<i>nicotine polacrilex</i> .....	57	<i>nortrel 1/35 (28)</i> .....	66
NICOTINE SYS KIT TRANSDER .....	57	<i>nortrel 7/7/7</i> .....	66
<i>nicotine transdermal syst</i> .....	57	<i>nortriptyline hcl</i> .....	46
NICOTROL INHALER .....	57	NORVIR .....	11
NICOTROL NS .....	57	NOVOLIN INJ 70/30 .....	60
<i>nifedipine</i> .....	37	NOVOLIN INJ 70/30 FP .....	60
<i>nikki</i> .....	66	NOVOLIN N .....	60
<i>nilutamide</i> .....	21	NOVOLIN N FLEXPEN .....	60
<i>nimodipine</i> .....	38	NOVOLIN R .....	60
NINLARO .....	26	NOVOLIN R FLEXPEN .....	60
<i>nitazoxanide</i> .....	8	NOVOLOG .....	60
<i>nitisinone</i> .....	71	NOVOLOG FLEXPEN .....	60
NITRO-BID .....	39	NOVOLOG MIX INJ 70/30 .....	60
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> .....	9	NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN .....	60
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> .....	9	NOVOLOG PENFILL .....	61
<i>nitroglycerin</i> .....	39	NOXAFIL .....	10
<i>nizatidine</i> .....	76	NUBEQA .....	21
<i>nora-be</i> .....	66	NUDEXTA CAP 20-10MG .....	55
<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab 1 mg-20 mcg (24)</i> .....	66	NULOJIX .....	88
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i> .....	66	NULYTELY SOL LMN/LIME .....	78
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i> .....	66	NUPLAZID .....	50
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i> .....	66	NURTEC .....	54
<i>norethindrone acetate</i> .....	72	NUTRILIPID .....	92
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i> .....	69	NUZYRA .....	19
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i> .....	69	<i>nyamyc</i> .....	104
<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i> .....	66	<i>nylia 1/35</i> .....	66
<i>norethindrone (contraceptive)</i> .....	66	<i>nylia 7/7/7</i> .....	67
<i>norethindrone &amp; ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg</i> .....	66	NYMALIZE .....	38
<i>norethindrone &amp; ethinyl estradiol-fe chew tab 0.8 mg-25 mcg</i> .....	66	<i>nymyo</i> .....	67
		<i>nystatin</i> .....	10
		<i>nystatin (mouth-throat)</i> .....	107
		<i>nystatin (topical)</i> .....	104
		<i>nystop</i> .....	104
		<b>O</b>	
		<i>ocella</i> .....	67

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
OCTAGAM .....	87	ORKAMBI TAB 200-125.....	102
octreotide acetate.....	71	orsythia .....	67
ODEFSEY TAB .....	13	oseltamivir phosphate.....	15
ODOMZO .....	26	OTEZLA .....	85
OFEV.....	101	OTEZLA TAB 10/20/30.....	85
ofloxacin (ophth) .....	94	oxacillin sodium .....	18
ofloxacin (otic).....	96	oxaliplatin.....	20
OGIVRI.....	26	oxandrolone.....	57
OGIVRI INJ 420MG.....	26	oxcarbazepine.....	43
olanzapine.....	50	oxybutynin chloride.....	81, 82
olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg.....	33	oxycodone hcl.....	6, 7
olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg.....	33	oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5- 325 mg .....	7
olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg.....	33	oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg	7
olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg .....	33	oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5- 325 mg .....	7
olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg.....	33	oxycodone w/ acetaminophen tab 10- 325 mg .....	7
olmesartan medoxomil .....	34	OXYCONTIN .....	5
olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg.....	33	OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) .....	59
olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg.....	33	OZEMPIC (1MG/DOSE).....	59
olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg.....	33	OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8MG/3ML ....	59
olopatadine hcl.....	95	<b>P</b>	
omeprazole.....	81	pacerone.....	34
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO.....	61	paclitaxel.....	22
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS.....	61	PACLITAXEL INJ 100MG.....	22
OMNIPOD DASH KIT INTRO.....	61	paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg.....	23
OMNIPOD DASH MIS PODS.....	61	pain & fever childrens.....	3
OMNIPOD MIS CLASSIC .....	61	pain & fever infants .....	3
OMNIPOD PDM KIT CLASSIC.....	61	pain relief extra strengt .....	3
ondansetron .....	75	pain reliever plus.....	3
ondansetron hcl .....	75	paliperidone.....	50
ONTRUZANT .....	26	pamidronate disodium .....	61
ONUREG.....	20	PAMIDRONATE DISODIUM.....	61
opcicon one-step.....	67	PANRETIN.....	107
OPSUMIT .....	40	pantoprazole sodium.....	81
option 2 .....	67	PANZYGA.....	87
ORGOVYX.....	21	paraplatin .....	20
ORKAMBI GRA 100-125 .....	101	paricalcitol .....	73
ORKAMBI GRA 150-188 .....	101	paromomycin sulfate.....	9
ORKAMBI TAB 100-125 .....	102	paroxetine hcl.....	46, 47
		PASER.....	14
		PAXIL.....	47
		PEDIA-LAX.....	78

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
PEDIARIX INJ 0.5ML .....	89	<i>pimtreea</i> .....	67
PEDVAX HIB .....	89	<i>pin-away</i> .....	9
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i> .....	78	<i>pindolol</i> .....	37
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i> .....	78	<i>pioglitazone hcl</i> .....	59
PEGASYS .....	15	<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i> .....	18
PEMAZYRE .....	26	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i> .....	18
<i>pemetrexed disodium</i> .....	20	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i> .....	19
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML .....	18	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i> .....	19
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML .....	18	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i> .....	19
<i>penicillamine</i> .....	62	PIQRAY 200MG DAILY DOSE.....	26
<i>penicillin g potassium</i> .....	18	PIQRAY 250MG TAB DOSE.....	27
PENICILLIN G PROCAINE .....	18	PIQRAY 300MG DAILY DOSE.....	27
<i>penicillin g sodium</i> .....	18	<i>pirfenidone</i> .....	102
<i>penicillin v potassium</i> .....	18	<i>pirmella 1/35</i> .....	67
PEN NEEDLES\ NOVO/BD/ULTIMED/ OWEN/TRIVIDIA .....	61	<i>piroxicam</i> .....	5
PENTACEL INJ.....	89	PLASMA-LYTE INJ -148 .....	91
<i>pentamidine isethionate inh</i> .....	9	PLASMA-LYTE INJ -A.....	91
<i>pentamidine isethionate inj</i> .....	9	<i>plenamine</i> .....	92
<i>pentoxifylline</i> .....	84	PLENVU SOL .....	78
<i>peptic relief</i> .....	75	<i>podofilox</i> .....	107
<i>perindopril erbumine</i> .....	31	<i>polyethylene glycol 3350</i> .....	79
<i>periogard</i> .....	107	<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i> .....	94
<i>permethrin</i> .....	107	POMALYST .....	21
<i>perphenazine</i> .....	50	<i>portia-28</i> .....	67
PERSERIS .....	50	<i>posaconazole</i> .....	10
<i>pfizerpen</i> .....	18	<i>potassium chloride</i> .....	91
<i>pharbedryl</i> .....	98	POTASSIUM CHLORIDE.....	91
<i>pharbetol</i> .....	3	<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i> .....	91
<i>pharbetol extra strength</i> .....	3	<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i> .....	92
<i>phenelzine sulfate</i> .....	47	<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> .....	81
<i>phenobarbital</i> .....	43	PRALUENT .....	36
<i>phenobarbital sodium</i> .....	43	<i>pramipexole dihydrochloride</i> .....	48
PHENYTEK.....	43	<i>prasugrel hcl</i> .....	84
<i>phenytoin</i> .....	43	<i>pravastatin sodium</i> .....	35
<i>phenytoin sodium</i> .....	43	<i>praziquantel</i> .....	9
<i>phenytoin sodium extended</i> .....	43	<i>prazosin hcl</i> .....	31
PHESGO SOL.....	26	<i>prednisolone</i> .....	69
<i>philith</i> .....	67	<i>prednisolone acetate (ophth)</i> .....	94
<i>phytonadione</i> .....	93		
PIFELTRO .....	11		
<i>pilocarpine hcl</i> .....	95		
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> .....	107		
<i>pimozide</i> .....	51		

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP .....	94	PROSOL INJ 20% .....	92
<i>prednisolone sodium phosphate</i> .....	69	<i>protriptyline hcl</i> .....	47
<i>prednisone</i> .....	69	<i>pseudoephedrine hcl</i> .....	100
PREDNISONO INTENSOL .....	70	PULMICORT FLEXHALER .....	103
<i>pregabalin</i> .....	43	PULMOZYME .....	102
<i>pregabalin (once-daily)</i> .....	55	PURIXAN .....	20
PREHEVBRIO .....	89	<i>pyrazinamide</i> .....	14
PREMASOL SOL 10% .....	92	<i>pyridostigmine bromide</i> .....	55
PRENATAL TAB 27-1MG .....	92	<i>pyridoxine hcl</i> .....	93
PRENATAL TAB PLUS .....	92		
PRENATAL VIT TAB LOW IRON .....	92	<b>Q</b>	
<i>prevalite</i> .....	36	<i>qc acid controller</i> .....	76
PREVYMIS .....	15	<i>qc allergy childrens</i> .....	98
PREZCOBIX TAB 800-150 .....	13	<i>qc allergy relief</i> .....	98
PREZISTA .....	11, 12	<i>qc antacid</i> .....	74
PRIFTIN .....	14	<i>qc antacid/anti-gas</i> .....	74
<i>primaquine phosphate</i> .....	11	<i>qc antacid/anti-gas maxim</i> .....	74
PRIMAQUINE PHOSPHATE .....	11	<i>qc anti-diarrheal</i> .....	75
<i>primidone</i> .....	43	<i>qc aspirin</i> .....	3
PRIORIX INJ .....	89	<i>qc aspirin low dose</i> .....	3
PRIVIGEN .....	87	<i>qc chewable aspirin low d</i> .....	3
<i>probenecid</i> .....	2	<i>qc childrens allergy</i> .....	98
PROCALAMINE INJ 3% .....	92	<i>qc enema</i> .....	79
<i>prochlorperazine</i> .....	75	<i>qc enteric aspirin</i> .....	3
<i>prochlorperazine edisylate</i> .....	75	<i>qc gentle laxative</i> .....	79
<i>prochlorperazine maleate</i> .....	75	<i>qc headache relief</i> .....	3
PROCRIT .....	83	<i>qc ibuprofen</i> .....	5
<i>procto-med hc</i> .....	107	<i>qc ibuprofen ib</i> .....	5
<i>procto-pak</i> .....	107	<i>qc miconazole 7</i> .....	82
<i>proctosol hc</i> .....	107	<i>qc milk of magnesia</i> .....	79
<i>proctozone-hc</i> .....	107	<i>qc motion sickness relief</i> .....	76
PROGRAF .....	88	<i>qc mucus relief</i> .....	100
PROLASTIN-C .....	102	<i>qc mucus relief childrens</i> .....	100
PROLENSA .....	94	<i>qc mucus relief er 12 hou</i> .....	100
PROLIA .....	61	<i>qc mucus relief maximum s</i> .....	100
PROMACTA .....	84	<i>qc naproxen sodium</i> .....	5
<i>promethazine hcl</i> .....	76	<i>qc natura-lax</i> .....	79
<i>promethazine-phenylephrine-codeine syrup</i> 6.25-5-10 mg/5ml .....	100	<i>qc natural vegetable laxa</i> .....	79
<i>promethazine w/ codeine syrup</i> 6.25- 10 mg/5ml .....	100	<i>qc non-aspirin childrens</i> .....	3
<i>propafenone hcl</i> .....	35	<i>qc non-aspirin extra stre</i> .....	3
<i>proparacaine hcl</i> .....	96	<i>qc pain relief</i> .....	3
<i>propranolol hcl</i> .....	37	<i>qc pain relief childrens</i> .....	3
<i>propylthiouracil</i> .....	73	<i>qc pain relief extra stre</i> .....	4
PROQUAD INJ .....	89	<i>qc stool softener</i> .....	79
		<i>qc stool softener plus la</i> .....	79
		<i>qc stool softener plus st</i> .....	79

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>qc travel ease</i> .....	76	<i>rifampin</i> .....	14
<i>qc tussin dm cough &amp; ches</i> .....	100	<i>riluzole</i> .....	55
<i>qc tussin mucus + chest c</i> .....	100	<i>rimantadine hydrochloride</i> .....	15
QINLOCK .....	27	RINVOQ .....	85
QUADRACEL INJ.....	89	<i>risedronate sodium</i> .....	61
QUADRACEL INJ 0.5ML .....	89	RISPERDAL CONSTA.....	51
<i>quetiapine fumarate</i> .....	51	<i>risperidone</i> .....	51
<i>quinapril hcl</i> .....	31	<i>ritonavir</i> .....	12
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 10-</i> <i>12.5 mg</i> .....	30	RITUXAN .....	27
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-</i> <i>12.5 mg</i> .....	30	RITUXAN INJ HYCELA .....	27
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i> .....	30	<i>rivastigmine</i> .....	45
<i>quinidine sulfate</i> .....	35	<i>rivastigmine tartrate</i> .....	45
<i>quinine sulfate</i> .....	11	<i>rivelsa</i> .....	67
<b>R</b>		<i>rizatriptan benzoate</i> .....	54
RABAVERT INJ .....	89	<i>robafen dm cough</i> .....	100
<i>rabeprazole sodium</i> .....	81	<i>robafen dm cough/chest co</i> .....	100
<i>raloxifene hcl</i> .....	71	<i>robafen mucus/chest conge</i> .....	100
<i>ramipril</i> .....	31	<i>ropinirole hydrochloride</i> .....	48
<i>ranolazine</i> .....	39	<i>rosadan</i> .....	107
<i>rasagiline mesylate</i> .....	48	<i>rosuvastatin calcium</i> .....	35
RAYALDEE.....	73	ROTARIX SUS .....	89
<i>reclipsen</i> .....	67	ROTATEQ SOL .....	89
RECOMBIVAX HB .....	89	<i>roweepira</i> .....	43
RECTIV .....	107	ROZLYTREK .....	27
<i>reeses pinworm medicine</i> .....	9	RUBRACA .....	27
REGRANEX .....	107	<i>rufinamide</i> .....	43, 44
RELENZA DISKHALER.....	15	RUKOBIA.....	12
RELISTOR.....	80	RUXIENCE.....	27
REMICADE.....	85	RYBELSUS .....	59
RENFLEXIS.....	85	RYDAPT.....	27
<i>reno caps</i> .....	93	<b>S</b>	
<i>repaglinide</i> .....	59	<i>sajazir</i> .....	84
RESTASIS .....	96	SANDIMMUNE .....	88
RESTASIS MULTIDOSE.....	96	SANTYL.....	107
RETEVMO .....	27	<i>sapropterin dihydrochloride</i> .....	71
REVLIMID.....	21	SCSEMBLIX.....	27
REXULTI .....	51	<i>scopolamine</i> .....	76
REYATAZ .....	12	SECUADO .....	51
REZUROCK .....	88	<i>selegiline hcl</i> .....	48
RHOPRESSA.....	95	<i>selenium sulfide</i> .....	105
RIABNI .....	27	SELZENTRY .....	12
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> .....	15	<i>senexon-s</i> .....	79
<i>rifabutin</i> .....	14	<i>senna-lax</i> .....	79
		<i>senna laxative</i> .....	79
		<i>senna-s</i> .....	79



<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>senna-tabs</i> .....	79	SOMATULINE DEPOT .....	71
<i>senna-time</i> .....	79	SOMAVERT .....	71
<i>senna-time s</i> .....	79	<i>sorafenib tosylate</i> .....	27
<i>sennosides</i> .....	79	SORBITOL .....	79
<i>senokot extra strength</i> .....	79	<i>sorine</i> .....	35
SEREVENT DISKUS.....	99	<i>sotalol hcl</i> .....	35
<i>sertraline hcl</i> .....	47	<i>sotalol hcl (afib/afl)</i> .....	35
<i>setlakin</i> .....	67	<i>spironolactone</i> .....	31
<i>sevelamer carbonate</i> .....	72	<i>spironolactone &amp; hydrochlorothiazide tab</i> <i>25-25 mg</i> .....	38
<i>sharobel</i> .....	67	<i>sprintec 28</i> .....	67
SHINGRIX.....	89	SPRITAM .....	44
SIGNIFOR.....	71	SPRYCEL.....	27
<i>silace</i> .....	79	<i>sps</i> .....	62
<i>siladryl allergy</i> .....	98	<i>sronyx</i> .....	67
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> . 40		<i>ssd</i> .....	104
<i>siltussin-dm</i> .....	100	<i>stavudine</i> .....	12
<i>siltussin dm das</i> .....	100	STELARA.....	86
<i>siltussin sa</i> .....	100	<i>stimulant laxative</i> .....	79
<i>silver sulfadiazine</i> .....	104	STIVARGA .....	27
SIMBRINZA SUS 1-0.2% .....	95	<i>stomach relief</i> .....	75
<i>simliya</i> .....	67	<i>stomach relief extra stre</i> .....	75
<i>simpesse</i> .....	67	<i>stool softener</i> .....	79
<i>simvastatin</i> .....	35	<i>stool softener plus laxat</i> .....	79
<i>sinus congestion maximum</i> .....	100	<i>streptomycin sulfate</i> .....	9
<i>sirolimus</i> .....	88	STRIBILD TAB .....	13
SIRTURO .....	14	<i>subvenite</i> .....	44
SIVEXTRO .....	9	<i>sucralfate</i> .....	80
SKYRIZI .....	86	<i>sudogest</i> .....	100
SKYRIZI PEN.....	86	<i>sudogest maximum strength</i> .....	100
<i>sm all day allergy</i> .....	98	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> .....	104
<i>sm loratadine</i> .....	98	<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i> .....	94
<i>sodium bicarbonate (antacid)</i> .....	74	<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth</i> <i>soln 10-0.23(0.25)%</i> .....	93
<i>sodium chloride</i> .....	91	<i>sulfadiazine</i> .....	9
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> .....	107	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-</i> <i>80 mg/5ml</i> .....	9
<i>sodium fluoride chew\; tab\; 1.1 (0.5 f) mg/ml</i> <i>soln</i> .....	92	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-</i> <i>40 mg/5ml</i> .....	9
<i>sodium phenylbutyrate</i> .....	71	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-</i> <i>80 mg</i> .....	9
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i> .....	62	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-</i> <i>160 mg</i> .....	9
SODIUM POW BICARBON.....	74	SULFAMYLON .....	104
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-</i> <i>1.6 gm/177ml</i> .....	79	<i>sulfasalazine</i> .....	77
<i>solifenacin succinate</i> .....	82	<i>sulindac</i> .....	5
SOLIQUA INJ 100/33.....	61		
SOLTAMOX .....	21		
<i>soluble fiber</i> .....	79		
SOLU-CORTEF .....	70		

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>sumatriptan</i> .....	54	TECENTRIQ.....	28
<i>sumatriptan succinate</i> .....	54	TEFLARO .....	16
<i>sunitinib malate</i> .....	27	<i>telmisartan</i> .....	34
SUPREP BOWEL SOL PREP KIT .....	79	<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i> .....	33
<i>syeda</i> .....	67	<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i> .....	33
SYMBICORT AER 80-4.5 .....	103	<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i> .....	33
SYMBICORT AER 160-4.5.....	103	<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i> .....	33
SYMDEKO TAB 50-75MG .....	102	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-</i> <i>12.5 mg</i> .....	33
SYMDEKO TAB 100-150 .....	102	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i> <i>12.5 mg</i> .....	33
SYMJEPI.....	102	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i> <i>25 mg</i> .....	33
SYMPAZAN.....	44	<i>temazepam</i> .....	53
SYMTUZA TAB.....	13	TEMIXYS TAB 300-300 .....	13
SYNAREL .....	68	TENIVAC INJ 5-2LF.....	89
SYNERCID INJ 500MG .....	9	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> .....	12
SYNJARDY TAB 5-500MG.....	59	TEPMETKO .....	28
SYNJARDY TAB 5-1000MG .....	59	<i>terazosin hcl</i> .....	31
SYNJARDY TAB 12.5-500 .....	59	<i>terbinafine hcl</i> .....	10
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG .....	59	<i>terbutaline sulfate</i> .....	99
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG .....	59	<i>terconazole vaginal</i> .....	82
SYNJARDY XR TAB 10-1000.....	59	<i>testosterone</i> .....	57
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000MG.....	59	<i>testosterone cypionate</i> .....	57
SYNJARDY XR TAB 25-1000 .....	59	<i>testosterone enanthate</i> .....	58
SYNRIBO .....	22	<i>tetrabenazine</i> .....	55
SYNTHROID.....	73	<i>tetracycline hcl</i> .....	19
<b>T</b>			
TABLOID.....	20	THALOMID.....	22
TABRECTA .....	27	THEO-24 .....	102
<i>tacrolimus</i> .....	88	<i>theophylline</i> .....	102
<i>tacrolimus (topical)</i> .....	107	<i>thiamine hcl</i> .....	93
TAFINLAR.....	27	<i>thioridazine hcl</i> .....	51
TAGRISSO .....	27	<i>thiothixene</i> .....	51
TALTZ.....	86	<i>tiadylt er</i> .....	38
TALZENNA .....	27	<i>tiagabine hcl</i> .....	44
<i>tamoxifen citrate</i> .....	21	TIBSOVO .....	28
<i>tamsulosin hcl</i> .....	81	TICOVAC .....	89
TARGRETIN.....	107	<i>tigecycline</i> .....	19
<i>tarina 24 fe</i> .....	67	TIGECYCLINE .....	19
<i>tarina fe 1/20 eq</i> .....	67	<i>tilia fe</i> .....	67
TASIGNA .....	27	<i>timolol maleate</i> .....	37
<i>tazarotene</i> .....	105	<i>timolol maleate (ophth)</i> .....	95
<i>tazicef</i> .....	16	<i>timolol maleate (ophth) once-daily</i> .....	95
TAZORAC .....	105	<i>tioconazole 1</i> .....	82
<i>taztia xt</i> .....	38	TIVICAY .....	12
TAZVERIK.....	28	TIVICAY PD .....	12
TDVAX INJ 2-2 LF .....	89		

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
<i>tizanidine hcl</i> .....	56	<i>trifluoperazine hcl</i> .....	51
TOBRADEX OIN 0.3-0.1% .....	93	<i>trifluridine</i> .....	94
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05 .....	93	<i>trihexyphenidyl hcl</i> .....	48
<i>tobramycin</i> .....	9	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG..	59
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i> .....	93	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG ..	59
<i>tobramycin (ophth)</i> .....	94	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG .....	59
<i>tobramycin sulfate</i> .....	9	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG..	59
<i>tolterodine tartrate</i> .....	82	TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG .....	102
<i>topiramate</i> .....	44	TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG .....	102
<i>toposar</i> .....	23	<i>tri-legest fe</i> .....	67
<i>toremifene citrate</i> .....	21	<i>tri-linyah</i> .....	67
<i>torse mide</i> .....	38	<i>tri-lo-estarylla</i> .....	67
TOVIAZ.....	82	<i>tri-lo-marzia</i> .....	67
TPN ELECTROL INJ .....	91	<i>tri-lo-mili</i> .....	67
TRADJENTA .....	59	<i>tri-lo-sprintec</i> .....	67
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i> ....	7	TRIMETHOPRIM.....	9
<i>tramadol hcl</i> .....	7	<i>tri-mili</i> .....	67
<i>trandolapril</i> .....	31	<i>trimipramine maleate</i> .....	47
<i>tranexamic acid</i> .....	84	TRINTELLIX.....	47
<i>tranylcyromine sulfate</i> .....	47	<i>tri-nymyo</i> .....	67
TRAVASOL INJ 10%.....	92	<i>tri-sprintec</i> .....	67
TRAZIMERA.....	28	TRIUMEQ PD TAB .....	13
<i>trazodone hcl</i> .....	47	TRIUMEQ TAB .....	14
TRECTOR.....	14	<i>trivora-28</i> .....	68
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG ..	96	<i>tri-vylibra</i> .....	67
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG ..	96	<i>tri-vylibra lo</i> .....	67
TRELSTAR MIXJECT .....	21	TRIZIVIR TAB .....	14
<i>treprostinil</i> .....	40	TROGARZO.....	12
TRESIBA .....	61	TROPHAMINE INJ 10% .....	92
TRESIBA FLEXTOUCH.....	61	<i>trosipium chloride</i> .....	82
<i>tretinoin</i> .....	104	TRULICITY .....	60
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> .....	22	TRUMENBA INJ.....	89
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i> .....	108	TRUSELTIQ 50 MG DAILY DOSE .....	28
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> .....	106	TRUSELTIQ 75 MG DAILY DOSE .....	28
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i> .....	38	TRUSELTIQ 100 MG DAILY DOSE .....	28
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i> .....	38	TRUSELTIQ 125 MG DAILY DOSE.....	28
<i>triamterene &amp; hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i> .....	39	TRUXIMA.....	28
<i>tri-buffered aspirin</i> .....	4	TUKYSA.....	28
TRICARE TAB PRENATAL.....	92	TURALIO .....	28
<i>triderm</i> .....	106	<i>tussin dm</i> .....	100
<i>trientine hcl</i> .....	62	<i>tussin mucus + chest cong</i> .....	101
<i>tri-estarylla</i> .....	67	<i>tussin mucus &amp; chest cong</i> .....	101
		TWINRIX INJ.....	89
		TYBOST.....	12
		<i>tydemy</i> .....	68

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
TYPHIM VI .....	89	VENTAVIS.....	40
<b>U</b>		VENTOLIN HFA.....	99
UBRELVY .....	54	VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK).....	99
<i>unithroid</i> .....	73	<i>verapamil hcl</i> .....	38
<i>ursodiol</i> .....	80	VERQUVO .....	39
<b>V</b>		VERSACLOZ.....	51
<i>valacyclovir hcl</i> .....	15	VERZENIO .....	28
VALCHLOR.....	107	<i>vestura</i> .....	68
<i>valganciclovir hcl</i> .....	15	V-GO 20 KIT.....	61
<i>valproate sodium</i> .....	44	V-GO 30 KIT .....	61
<i>valproic acid</i> .....	44	V-GO 40 KIT .....	61
<i>valsartan</i> .....	34	VICTOZA .....	60
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i> .....	33	<i>vienna</i> .....	68
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i> .....	34	<i>vigabatrin</i> .....	44
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i> .....	34	<i>vigadrone</i> .....	44
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i> .....	34	VIIBRYD.....	47
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i> .....	34	VIIBRYD KIT STARTER.....	47
VALTOCO .....	44	<i>vilazodone hcl</i> .....	47
<i>vanadom</i> .....	56	VIMPAT.....	44
<i>vancomycin hcl</i> .....	9	<i>vincristine sulfate</i> .....	23
VANCOMYCIN INJ 1 GM .....	9	<i>vinorelbine tartrate</i> .....	23
VANCOMYCIN INJ 500MG .....	9	<i>viorele</i> .....	68
VANCOMYCIN INJ 750MG.....	9	VIRACEPT .....	12
VANDAZOLE .....	82	VIREAD.....	12
VAQTA .....	89	VITRAKVI .....	28
<i>varenicline tartrate</i> .....	57	VIVITROL.....	57
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg &amp; 42 x 1 mg start pack</i> .....	57	VIZIMPRO.....	28
VARIVAX.....	90	VONJO .....	28
VASCEPA.....	36	<i>voriconazole</i> .....	10
<i>vegetable laxative+stool</i> .....	79	VOSEVI TAB .....	15
VELCADE .....	28	VOTRIENT .....	28
<i>velivet</i> .....	68	VRAYLAR .....	51
VELPHORO .....	72	VRAYLAR CAP 1.5-3MG.....	51
VELTASSA .....	62	<i>vyfemla</i> .....	68
VEMLIDY .....	15	<i>vylibra</i> .....	68
VENCLEXTA.....	28	VYZULTA .....	95
VENCLEXTA TAB START PK.....	28	<b>W</b>	
<i>venlafaxine hcl</i> .....	47	<i>warfarin sodium</i> .....	83
		<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i> ....	107
		WELIREG.....	22
		<i>wera</i> .....	68
		<i>wymzya fe</i> .....	68
		<b>X</b>	
		XALKORI .....	28

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Página n.º</b>
XARELTO.....	83	ZEMAIRA.....	102
XARELTO STAR TAB 15/20MG.....	83	<i>zenatane</i> .....	104
XATMEP.....	86	ZENPEP CAP 3000UNIT.....	80
XCOPRI.....	44	ZENPEP CAP 5000UNIT.....	80
XCOPRI PAK 12.5-25.....	44	ZENPEP CAP 10000UNIT.....	81
XCOPRI PAK 50-100MG.....	44	ZENPEP CAP 15000UNIT.....	81
XCOPRI PAK 100-150.....	44	ZENPEP CAP 20000UNIT.....	81
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE).....	44	ZENPEP CAP 25000UNIT.....	81
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION).....	45	ZENPEP CAP 40000UNIT.....	81
XELJANZ.....	86	ZERVIAE.....	95
XELJANZ XR.....	86	<i>zidovudine</i> .....	12
XERMELO.....	80	<i>ziprasidone hcl</i> .....	51
XGEVA.....	61	<i>ziprasidone mesylate</i> .....	51
XIFAXAN.....	80	ZIRABEV.....	29
XIGDUO XR TAB 2.5-1000.....	60	ZIRGAN.....	94
XIGDUO XR TAB 5-500MG.....	60	<i>zoledronic acid</i> .....	62
XIGDUO XR TAB 5-1000MG.....	60	ZOLINZA.....	29
XIGDUO XR TAB 10-500MG.....	60	<i>zolmitriptan</i> .....	54
XIGDUO XR TAB 10-1000.....	60	<i>zolpidem tartrate</i> .....	54
XIIDRA.....	96	ZONISADE.....	45
XOFLUZA.....	15	<i>zonisamide</i> .....	45
XOLAIR.....	102	ZORTRESS.....	88
XOSPATA.....	29	<i>zovia 1/35</i> .....	68
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY.....	29	ZTALMY.....	45
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY.....	29	<i>zumandimine</i> .....	68
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY.....	29	ZYDELIG.....	29
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY.....	29	ZYKADIA.....	29
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY.....	29	ZYLET SUS 0.5-0.3%.....	93
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY.....	29	ZYPREXA RELPREVV.....	51, 52
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY.....	29		
XTANDI.....	21		
<i>xulane</i> .....	68		
XULTOPHY INJ 100/3.6.....	61		
XYREM.....	56		
<b>Y</b>			
YF-VAX INJ.....	90		
<i>yuvaferm</i> .....	69		
<b>Z</b>			
<i>zafemy</i> .....	68		
<i>zafirlukast</i> .....	101		
<i>zaleplon</i> .....	53		
ZARXIO.....	83		
ZEJULA.....	29		
ZELBORAF.....	29		

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



©2022 Aetna Inc.  
92.05.303.2-IL L (12/22)  
Actualizado el 12/01/2022