

Lista de medicamentos cubiertos/ Formulario 2022

Aetna Better HealthSM Premier Plan

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

Para obtener información reciente o realizar otras consultas, comuníquese con nosotros llamando al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana o visite **www.AetnaBetterHealth.com/Michigan**.



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

Introducción

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

Índice

A. Descargos de responsabilidad.....	III
B. Preguntas frecuentes	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. ¿Cambia 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 modifica sus normas sobre la cobertura de algunos medicamentos? Por ejemplo, autorizaciones previas (aprobación), limitaciones de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado.....	VII
B7. ¿Cómo encuentro un medicamento en la Lista de medicamentos?	VII
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 y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos o si tengo algún problema para obtener mi medicamento?	VIII



B10. ¿Puede solicitar una excepción para que se cubra su medicamento?	X
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?	X
B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?	X
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	X
B14. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?	XI
B15. ¿Cubre Aetna Better Health Premier Plan los productos que no son medicamentos de venta libre (OTC)?	XI
B16. ¿Cuál es mi copago?	XI
B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?	XI
C. Resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	XII
C1. Medicamentos agrupados por afección médica	1
D. Índice de medicamentos cubiertos	117



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

A. Descargos de responsabilidad

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

- ❖ Aetna Better Health Premier Plan es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Michigan para brindarles los beneficios de ambos programas a sus inscritos.
- ❖ ATENCIÓN: Si habla español o árabe, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

If you speak Spanish or Arabic, language assistance services, free of charge, are available to you. Llame al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. The call is free.

يرجى الانتباه: إذا كنت تتكلم الإسبانية أو العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجاناً. اتصل بالرقم **1-855-676-5772 (الهاتف النصي: 711)** على مدار الساعة، وطوال أيام الأسبوع. الاتصال بهذا الرقم مجاني.

- ❖ Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como con tamaño de letra grande, en braille o en formato de audio. Llame al **1-855-676-5772 (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 **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.



B. Preguntas frecuentes

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

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

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

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

- Aetna Better Health Premier Plan cubrirá todos los medicamentos que sean médicamente necesarios de la Lista de medicamentos en los siguientes casos:
 - si su médico u otra persona 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.
- Aetna Better Health Premier Plan puede tener pasos adicionales para acceder a ciertos medicamentos (consulte la pregunta B4 a continuación).

También puede encontrar la lista actualizada de medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetna.com/betterhealth/michigan)**, pida ayuda a su Coordinador de Atención, o puede llamar al Departamento de Servicios para miembros al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

B2. ¿Cambia la Lista de medicamentos en algún momento?

Sí, y Aetna Better Health Premier Plan debe seguir las normas de Medicare y Michigan 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 antes de que pueda obtener un medicamento).
- Incorporar o modificar la cantidad de medicamento que puede obtener (lo que se denomina “límites de cantidad”).



IV

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

- 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 por Internet en **AetnaBetterHealth.com/Michigan**.
- También puede llamar al Departamento de Servicios para miembros para consultar la Lista de medicamentos actual al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

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

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

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

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



- Le enviaremos una carta para informarle. También notificaremos a su médico sobre este cambio y trabajaremos con usted para encontrar otro medicamento para su afección. Comuníquese con su médico si el medicamento que toma es eliminado de la Lista de medicamentos.

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**
 - 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**
- se lo informaremos y le daremos un suministro del medicamento para 30 días en un entorno para pacientes externos y un suministro del medicamento para 31 días en un entorno de atención a largo plazo después de que solicite un resurtido.

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 o su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben realizar algo antes para poder obtener un medicamento. Por ejemplo:

- **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 antes de obtener su medicamento con receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que Aetna Better Health Premier Plan no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** En ocasiones, Aetna Better Health Premier Plan limita la cantidad que puede obtener de un medicamento.



VI

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

- **Tratamiento escalonado:** A veces, Aetna Better Health Premier Plan solicita que haga un tratamiento escalonado. Esto significa que usted deberá probar medicamentos en un determinado orden para su afección médica. Es posible que deba probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento. Si la persona autorizada a darle recetas considera que el primer medicamento no es adecuado para usted, entonces cubriremos el segundo.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos adicionales o limitaciones consultando las tablas en las páginas 1 a 116. También puede obtener más información en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Michigan**. Hemos publicado documentos en Internet que explican nuestras restricciones de tratamiento escalonado y autorización previa. También puede pedirnos que le enviemos una copia.

También puede solicitar una excepción de estas limitaciones. Esto le dará tiempo para consultar con su médico 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 1 tiene una columna titulada “Acciones necesarias, restricciones o limitaciones de uso”.

B6. ¿Qué sucede si Aetna Better Health Premier Plan 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.

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



Para buscar por **orden alfabético**, vaya a la sección del Índice de medicamentos cubiertos. en la página 117. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos se encuentran en el Índice. Busque su medicamento en el índice. Junto al medicamento, verá el número de página en el que puede encontrar la información de cobertura.

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

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

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

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

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

Nosotros podemos ayudarle. Podemos cubrir un suministro temporal de su medicamento para 30 días en un entorno para pacientes externos y un suministro temporal de su medicamento para 31 días en el caso de un centro de atención a largo plazo durante los primeros 90 días como miembro de Aetna Better Health Premier Plan. Esto le dará tiempo para consultar con su médico 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.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

VIII

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

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

Miembros actuales con un cambio en el nivel de atención

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

Nota: Las formas de dosificación oral sólida de marca, como en el caso de los comprimidos o las cápsulas, se limitan a surtidos de 14 días con excepciones, según lo exigido por las normas de la Parte D de Medicare. Para 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. ¿Puede solicitar una excepción para que se cubra su medicamento?

Sí. Puede solicitar una excepción de Aetna Better Health Premier Plan 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 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.

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.

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 cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos.



Si tiene preguntas, llame a Aetna Better Health Premier Plan al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

X **Para obtener más información**, visite **[AetnaBetterHealth.com/Michigan](https://www.aetna.com/michigan)**.

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

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

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

Entre los ejemplos de productos OTC que no sean medicamentos se incluyen jeringas, paños con alcohol y apósitos de gasa. No existen costos compartidos ni copagos.

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

Aetna Better Health Premier Plan 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 las jeringas de insulina, 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.

B16. ¿Cuál es mi copago?

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

B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?

Los niveles son grupos de medicamentos.

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

Ningún nivel tiene copago.



C. Resumen de la *Lista de medicamentos cubiertos*

La siguiente Lista de medicamentos cubiertos le proporciona información sobre los medicamentos cubiertos por Aetna Better Health Premier Plan. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página 117. En el índice se encuentran todos los medicamentos cubiertos por Aetna Better Health Premier Plan por orden alfabético.

En el índice se encuentran todos los medicamentos cubiertos por Aetna Better Health Premier Plan por orden alfabético.

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

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

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

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



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	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
ANALGESICS - DRUGS TO TREAT PAIN AND INFLAMMATION		
GOUT - DRUGS TO TREAT GOUT		
<i>allopurinol</i> TABS 100mg, 300mg	\$0(1)	
<i>colchicine</i> TABS .6mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	\$0(1)	
MITIGARE CAPS .6mg	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days)
<i>probenecid</i> TABS 500mg	\$0(1)	
MISCELLANEOUS		
<i>acetaminophen</i> SOLN 160mg/5ml, 325mg/10.15ml, 650mg/20.3ml; SUPP 120mg, 650mg; SUSP 160mg/5ml, 325mg/10.15ml; TABS 325mg, 500mg; TBCR 650mg	\$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>acetaminophen extra stren</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>adult aspirin regimen</i> TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>arthritis pain relief</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>aspirin</i> CHEW 81mg; TABS 325mg; TBEC 81mg, 325mg	\$0(3)	NM; *
ASPIRIN SUPP 300mg	\$0(3)	NM; *
<i>aspirin adult low dose</i> TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>aspirin 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 adults</i> SUPP 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>feverall childrens</i> SUPP 120mg	\$0(3)	NM; *
FEVERALL INFANTS SUPP 80mg	\$0(3)	NM; *
FEVERALL JUNIOR STRENGTH SUPP 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp 8 hour arthritis reli</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp 8 hour pain relief</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp 8 hour pain reliever</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp acetaminophen</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp acetaminophen extra s</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp adult aspirin low str</i> CHEW 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp arthritis pain relief</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp aspirin</i> TABS 325mg; TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp aspirin low dose</i> TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp infants pain/fever</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pain & fever children</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pain relief</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pain relief extra str</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense arthritis pain</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *

* - 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>goodsense aspirin</i> CHEW 81mg; TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense aspirin adult I</i> CHEW 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense pain & fever ch</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense pain & fever in</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense pain relief</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense pain relief ext</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm arthritis pain relief</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm aspirin</i> CHEW 81mg; TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm aspirin ec low dose</i> TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm pain & fever childrens</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm pain & fever infants</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm pain relief</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm pain relief extra stre</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm pain reliever</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>8 hour arthritis pain rel</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>8hr muscle aches & pain</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>m-pap</i> LIQD 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>mapap</i> CAPS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>mapap acetaminophen extra</i> LIQD 500mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>mapap arthritis pain</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>mapap childrens</i> CHEW 80mg	\$0(3)	NM; *
<i>non-aspirin pain relief e</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>pain & fever childrens</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>pain & fever infants</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>pain relief extra strengt</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>pharbetol</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>pharbetol extra strength</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc arthritis pain relief</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc aspirin</i> TABS 325mg; TBEC 325mg	\$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 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 non-aspirin childrens</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc non-aspirin extra stre</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc pain relief</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc pain relief childrens</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc pain relief extra stre</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm arthritis pain relieve</i> TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm aspirin</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm aspirin adult low stre</i> CHEW 81mg; TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm aspirin enteric coated</i> TBEC 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm aspirin low dose</i> CHEW 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm childrens aspirin</i> CHEW 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain & fever childrens</i> SUSP 80mg/2.5ml, 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain & fever infants</i> SUSP 160mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain relief extra stre</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain reliever</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm pain reliever extra st</i> TABS 500mg; TBCR 650mg	\$0(3)	NM; *
<i>st joseph aspirin</i> TBEC 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>st joseph low dose aspiri</i> CHEW 81mg	\$0(3)	NM; *
<i>tension headache</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tri-buffered aspirin</i>	\$0(3)	NM; *
NSAIDs - DRUGS TO TREAT PAIN AND INFLAMMATION		
<i>ADVIL</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>advil junior strength</i> CHEW 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>ADVIL MIGRAINE</i> CAPS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>all day pain relief</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>all day relief</i> TABS 220mg	\$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>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)
CHILDRENS ADVIL SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>childrens ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>diclofenac potassium</i> TABS 50mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>diclofenac sodium</i> TB24 100mg; TBEC 25mg, 50mg, 75mg	\$0(1)	
<i>diflunisal</i> TABS 500mg	\$0(1)	
<i>ec-naproxen</i> TBEC 375mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>ec-naproxen</i> TBEC 500mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>etodolac</i> CAPS 200mg, 300mg; TABS 400mg, 500mg; TB24 400mg, 500mg, 600mg	\$0(1)	
<i>flurbiprofen</i> TABS 100mg	\$0(1)	
<i>gnp childrens ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp ibuprofen</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp ibuprofen infants</i> SUSP 50mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp ibuprofen junior stre</i> CHEW 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp naproxen</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp naproxen sodium</i> CAPS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense ibuprofen</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense ibuprofen child</i> SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense ibuprofen infan</i> SUSP 50mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense naproxen sodium</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm ibuprofen</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm ibuprofen childrens</i> SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm ibuprofen ib</i> TABS 200mg	\$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>hm ibuprofen ib/junior st</i> CHEW 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm ibuprofen infants</i> SUSP 50mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm naproxen sodium</i> CAPS 220mg; 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> CAPS 200mg; TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml; TABS 400mg, 600mg, 800mg	\$0(1)	
<i>ibuprofen childrens</i> SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>ibuprofen infants</i> SUSP 50mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>ibuprofen infants drops</i> SUSP 50mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>ibuprofen junior strength</i> CHEW 100mg	\$0(3)	NM; *
INFANTS ADVIL SUSP 50mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>infants ibuprofen</i> SUSP 50mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
<i>meloxicam</i> TABS 7.5mg, 15mg	\$0(1)	
<i>nabumetone</i> TABS 500mg, 750mg	\$0(1)	
<i>naproxen</i> TABS 250mg, 375mg, 500mg	\$0(1)	
<i>naproxen</i> TBEC 375mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>naproxen</i> TBEC 500mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>naproxen sodium</i> CAPS 220mg; TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>naproxen sodium</i> TABS 275mg, 550mg	\$0(1)	
<i>piroxicam</i> CAPS 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>qc childrens ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc ibuprofen</i> CAPS 200mg; 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>sm childrens ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm ibuprofen</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm ibuprofen ib</i> CHEW 100mg; TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm infants ibuprofen</i> SUSP 50mg/1.25ml	\$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>sm naproxen sodium</i> TABS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>sulindac</i> TABS 150mg, 200mg	\$0(1)	
OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING		
<i>buprenorphine</i> PTWK 5mcg/hr, 7.5mcg/hr, 10mcg/hr, 15mcg/hr, 20mcg/hr	\$0(1)	QL (4 patches / 28 days), PA
<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
OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING		
<i>acetaminophen w/ codeine soln</i> 120-12 mg/5ml	\$0(1)	QL (2700 mL / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-15 mg	\$0(1)	QL (400 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-30 mg	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-60 mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>butorphanol tartrate</i> SOLN 1mg/ml, 2mg/ml	\$0(2)	
<i>endocet tab</i> 2.5-325mg	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab</i> 5-325mg	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab</i> 7.5-325mg	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)

* - 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>endocet tab 10-325mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>fentanyl citrate LPOP 200mcg</i>	\$0(1)	QL (120 lozenges / 30 days), PA
<i>fentanyl citrate LPOP 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1200mcg, 1600mcg</i>	\$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 LIQD 1mg/ml</i>	\$0(1)	QL (600 mL / 30 days)
<i>hydromorphone hcl TABS 2mg, 4mg, 8mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>morphine sulfate SOLN 1mg/ml, 4mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml</i>	\$0(2)	B/D
MORPHINE SULFATE SOLN 2mg/ml, 4mg/ml, 5mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml	\$0(2)	B/D
<i>morphine sulfate SOLN 10mg/5ml, 20mg/5ml</i>	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate SOLN 20mg/ml</i>	\$0(1)	QL (180 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate TABS 15mg, 30mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>nalbuphine hcl SOLN 10mg/ml, 20mg/ml</i>	\$0(2)	
<i>oxycodone hcl CAPS 5mg</i>	\$0(1)	QL (180 caps / 30 days)
<i>oxycodone hcl CONC 100mg/5ml</i>	\$0(1)	QL (180 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl SOLN 5mg/5ml</i>	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg</i>	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i>	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days)

* - 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 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 TABS 50mg</i>	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
ANESTHETICS - DRUGS FOR NUMBING		
LOCAL ANESTHETICS		
<i>lidocaine hcl (local anesth.) SOLN .5%, 1%, 1.5%, 2%</i>	\$0(1)	B/D
ANTI-INFECTIVES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
ANTI-INFECTIVES - MISCELLANEOUS		
<i>albendazole TABS 200mg</i>	\$0(2)	NDS
<i>amikacin sulfate SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	\$0(1)	
<i>atovaquone SUSP 750mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>aztreonam SOLR 1gm, 2gm</i>	\$0(1)	
CAYSTON SOLR 75mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>clindamycin hcl CAPS 75mg, 150mg, 300mg</i>	\$0(1)	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride SOLR 75mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>clindamycin phosphate SOLN 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml, 9000mg/60ml</i>	\$0(1)	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	\$0(1)	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i>	\$0(1)	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i>	\$0(1)	
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	\$0(2)	
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	\$0(2)	
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	\$0(2)	
<i>colistimethate sodium SOLR 150mg</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>dapsone</i> TABS 25mg, 100mg	\$0(1)	
DAPTOMYCIN SOLR 350mg	\$0(2)	NDS
<i>daptomycin</i> SOLR 350mg, 500mg	\$0(2)	NDS
EMVERM CHEW 100mg	\$0(2)	NDS, QL (12 tabs / year)
<i>ertapenem sodium</i> SOLR 1gm	\$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</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/ml	\$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</i> TABS 3mg	\$0(1)	PA
<i>linezolid</i> SOLN 600mg/300ml	\$0(1)	
<i>linezolid</i> SUSR 100mg/5ml	\$0(2)	NDS, QL (1800 mL / 30 days)
<i>linezolid</i> TABS 600mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>linezolid in sodium chloride iv soln 600 mg/300ml-0.9%</i>	\$0(1)	
<i>meropenem</i> SOLR 1gm, 500mg	\$0(1)	
<i>methenamine hippurate</i> TABS 1gm	\$0(1)	
<i>metronidazole</i> SOLN 500mg/100ml; TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
<i>neomycin sulfate</i> TABS 500mg	\$0(1)	
<i>nitazoxanide</i> TABS 500mg	\$0(2)	NDS, QL (6 tabs / 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> CAPS 50mg, 100mg	\$0(2)	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> CAPS 100mg	\$0(2)	
<i>paromomycin sulfate</i> CAPS 250mg	\$0(1)	
<i>pentamidine isethionate inh</i> SOLR 300mg	\$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>pentamidine isethionate inj</i> SOLR 300mg	\$0(1)	
<i>praziquantel</i> TABS 600mg	\$0(1)	
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)	
ANTIFUNGALS - DRUGS TO TREAT FUNGAL INFECTIONS		
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)	

* - 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>fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml</i>	\$0(1)	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i>	\$0(1)	
<i>flucytosine CAPS 250mg, 500mg</i>	\$0(2)	NDS, PA
<i>griseofulvin microsize SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg</i>	\$0(1)	
<i>griseofulvin ultramicrosize TABS 125mg, 250mg</i>	\$0(1)	
<i>itraconazole CAPS 100mg</i>	\$0(1)	PA
<i>ketoconazole TABS 200mg</i>	\$0(1)	PA
<i>miconazole sodium SOLR 50mg, 100mg</i>	\$0(2)	NDS
<i>NOXAFIL SUSP 40mg/ml</i>	\$0(2)	NDS, QL (630 mL / 30 days), PA
<i>nystatin TABS 500000unit</i>	\$0(1)	
<i>posaconazole TBEC 100mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (93 tabs / 30 days), PA
<i>terbinafine hcl TABS 250mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / year)
<i>voriconazole SOLR 200mg; SUSP 40mg/ml</i>	\$0(2)	NDS, PA
<i>voriconazole TABS 50mg</i>	\$0(1)	QL (480 tabs / 30 days), PA
<i>voriconazole TABS 200mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days), PA
ANTIMALARIALS - DRUGS TO TREAT MALARIA		
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i>	\$0(1)	
<i>chloroquine phosphate TABS 250mg, 500mg</i>	\$0(1)	
<i>COARTEM TAB 20-120MG</i>	\$0(2)	
<i>mefloquine hcl TABS 250mg</i>	\$0(1)	
<i>primaquine phosphate TABS 26.3mg</i>	\$0(1)	
<i>PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg</i>	\$0(2)	
<i>quinine sulfate CAPS 324mg</i>	\$0(1)	PA
ANTIRETROVIRAL AGENTS - DRUGS TO SUPPRESS HIV/AIDS INFECTION		
<i>abacavir sulfate SOLN 20mg/ml; TABS 300mg</i>	\$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
APTIVUS CAPS 250mg	\$0(2)	NDS, NM
atazanavir sulfate CAPS 150mg, 200mg, 300mg	\$0(1)	NM
EDURANT TABS 25mg	\$0(2)	NDS, NM
efavirenz CAPS 50mg, 200mg; TABS 600mg	\$0(1)	NM
emtricitabine CAPS 200mg	\$0(1)	NM
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	\$0(2)	NM
etravirine TABS 100mg, 200mg	\$0(2)	NDS, NM
fosamprenavir calcium TABS 700mg	\$0(2)	NDS, NM
FUZEON SOLR 90mg	\$0(2)	NDS, NM
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
lamivudine SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	\$0(1)	NM
LEXIVA SUSP 50mg/ml	\$0(2)	NM
maraviroc TABS 150mg, 300mg	\$0(2)	NDS, NM
nevirapine 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
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

* - 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>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
ANTIRETROVIRAL COMBINATION AGENTS - DRUGS TO SUPPRESS HIV/AIDS INFECTION		
<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
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

* - 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>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
TRIUMEQ TAB	\$0(2)	NDS, NM
TRIZIVIR TAB	\$0(2)	NDS, NM
ANTITUBERCULAR AGENTS - DRUGS TO TREAT TUBERCULOSIS		
<i>cycloserine CAPS 250mg</i>	\$0(2)	NDS
<i>ethambutol hcl TABS 100mg, 400mg</i>	\$0(1)	
<i>isoniazid SYRP 50mg/5ml; TABS 100mg, 300mg</i>	\$0(1)	
PASER PACK 4gm	\$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
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)	
SIRTIURO TABS 20mg, 100mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
TRECTOR TABS 250mg	\$0(2)	
ANTIVIRALS - DRUGS TO TREAT VIRAL INFECTIONS		
<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
BARACLUDE 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
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

* - 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
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)
CEPHALOSPORINS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>cefaclor</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml, 375mg/5ml	\$0(1)	
CEFACTOR 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)	
<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)	

* - 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
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM	\$0(2)	
ceftriaxone sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	\$0(1)	
cefuroxime axetil TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
cefuroxime sodium SOLR 1.5gm, 750mg	\$0(1)	
cephalexin CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	\$0(1)	
tazicef SOLR 1gm, 2gm, 6gm	\$0(1)	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	\$0(2)	NDS
ERYTHROMYCINS/MACROLIDES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
azithromycin PACK 1gm; SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 600mg	\$0(1)	
clarithromycin SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg; TB24 500mg	\$0(1)	
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	\$0(2)	NDS
e.e.s. 400 TABS 400mg	\$0(1)	
ery-tab TBEC 250mg, 333mg, 500mg	\$0(1)	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	\$0(2)	NDS
erythrocin stearate TABS 250mg	\$0(1)	
erythromycin base CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	\$0(1)	
erythromycin ethylsuccinate TABS 400mg	\$0(1)	
erythromycin lactobionate SOLR 500mg	\$0(2)	NDS
FLUOROQUINOLONAS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
CIPRO SUSR 500mg/5ml	\$0(2)	
ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w	\$0(1)	
ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w	\$0(1)	
ciprofloxacin hcl TABS 100mg, 250mg, 500mg, 750mg	\$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>levofloxacin</i> SOLN 25mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg	\$0(1)	
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i> 250 mg/50ml	\$0(1)	
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i> 500 mg/100ml	\$0(1)	
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i> 750 mg/150ml	\$0(1)	
<i>moxifloxacin hcl</i> TABS 400mg	\$0(1)	
PENICILLINS - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>amoxicillin</i> CAPS 250mg, 500mg; CHEW 125mg, 250mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab</i> 200-28.5 mg	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab</i> 400-57 mg	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i> 200-28.5 mg/5ml	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i> 250-62.5 mg/5ml	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i> 400-57 mg/5ml	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i> 600-42.9 mg/5ml	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab</i> 250-125 mg	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab</i> 500-125 mg	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab</i> 875-125 mg	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab er</i> 12hr 1000-62.5 mg	\$0(1)	
<i>ampicillin</i> CAPS 500mg	\$0(1)	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj</i> 1.5 (1-0.5) gm	\$0(1)	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj</i> 3 (2-1) 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>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	\$0(1)	
<i>ampicillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg</i>	\$0(1)	
BICILLIN L-A SUSP 2400000unit/4ml; SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml	\$0(2)	
<i>dicloxacillin sodium CAPS 250mg, 500mg</i>	\$0(1)	
<i>nafcillin sodium SOLR 1gm, 2gm</i>	\$0(1)	
<i>nafcillin sodium SOLR 10gm</i>	\$0(2)	NDS
<i>oxacillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm</i>	\$0(1)	
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	\$0(2)	
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	\$0(2)	
<i>penicillin g potassium SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	\$0(1)	
PENICILLIN G PROCAINE SUSP 600000unit/ml	\$0(2)	
<i>penicillin g sodium SOLR 5000000unit</i>	\$0(1)	
<i>penicillin v potassium SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg</i>	\$0(1)	
<i>pfizerpen SOLR 5000000unit, 20000000unit</i>	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	\$0(1)	

* - 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</i> 40.5 gm (36-4.5 gm)	\$0(1)	
TETRACYCLINES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>doxy 100 SOLR</i> 100mg	\$0(1)	
<i>doxycycline (monohydrate)</i> CAPS 50mg, 100mg; TABS 50mg, 75mg, 100mg	\$0(1)	
<i>doxycycline hyclate</i> CAPS 50mg, 100mg; SOLR 100mg; TABS 20mg, 100mg	\$0(1)	
<i>minocycline hcl</i> CAPS 50mg, 75mg, 100mg	\$0(1)	
NUZYRA SOLR 100mg; TABS 150mg	\$0(2)	NDS, NM, LA
<i>tetracycline hcl</i> CAPS 250mg, 500mg	\$0(1)	PA
<i>tigecycline</i> SOLR 50mg	\$0(1)	
TIGECYCLINE SOLR 50mg	\$0(2)	NDS
ANTINEOPLASTIC AGENTS - DRUGS TO TREAT CANCER		
ALKYLATING AGENTS		
BENDEKA SOLN 100mg/4ml	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>carboplatin</i> SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml	\$0(1)	B/D
<i>cisplatin</i> SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml	\$0(1)	B/D
<i>cyclophosphamide</i> CAPS 25mg, 50mg	\$0(1)	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml	\$0(2)	NDS, B/D
<i>cyclophosphamide</i> SOLR 1gm, 2gm, 500mg	\$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)	
<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

* - 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
ANTIBIOTICS		
<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
ANTIMETABOLITES		
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)	
HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS		
<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)	
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)	

* - 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>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
IMMUNOMODULATORS		
<i>lenalidomide</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	\$0(2)	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, LA, PA
<i>lenalidomide</i> CAPS 20mg, 25mg	\$0(2)	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, LA, PA
POMALYST CAPS 1mg, 2mg	\$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
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

* - 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
MISCELLANEOUS		
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
MITOTIC INHIBITORS		
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
<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

* - 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>vinorelbine tartrate</i> SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	\$0(1)	B/D
MOLECULAR TARGET AGENTS		
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
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

* - 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
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
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

* - 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>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
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

* - 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 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
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

* - 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
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
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

* - 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
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
XOSPATA TABS 40mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY TBPk 20mg, 40mg	\$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
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
PROTECTIVE AGENTS		
<i>leucovorin calcium</i> SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	\$0(1)	B/D
<i>leucovorin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 25mg	\$0(1)	
MESNEX TABS 400mg	\$0(2)	NDS
CARDIOVASCULAR - DRUGS TO TREAT HEART AND CIRCULATION CONDITIONS		
ACE INHIBITOR COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<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)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i> 5-20 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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>	\$0(1)	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	\$0(1)	
<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
ACE INHIBITORS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<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)	
ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<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)	
ALPHA BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<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)	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)

* - 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 & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<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)
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>candesartan cilexetil TABS 4mg, 8mg, 16mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil TABS 32mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>irbesartan TABS 75mg, 150mg, 300mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	\$0(1)	
<i>olmesartan medoxomil TABS 5mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil TABS 20mg, 40mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan TABS 20mg, 40mg, 80mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan TABS 40mg, 80mg, 160mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>valsartan TABS 320mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ANTIARRHYTHMICS - DRUGS TO CONTROL HEART RHYTHM		
<i>amiodarone hcl SOLN 50mg/ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 200mg, 400mg</i>	\$0(1)	
<i>disopyramide phosphate CAPS 100mg, 150mg</i>	\$0(2)	
<i>dofetilide CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg</i>	\$0(1)	NM
<i>flecainide acetate TABS 50mg, 100mg, 150mg</i>	\$0(1)	
MULTAQ TABS 400mg	\$0(2)	
NORPACE CR CP12 100mg, 150mg	\$0(2)	
<i>pacerone TABS 100mg, 200mg, 400mg</i>	\$0(1)	

* - 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)	
ANTILIPEMICS, FIBRATES		
<i>fenofibrate</i> TABS 48mg, 54mg, 145mg, 160mg	\$0(1)	
<i>fenofibrate micronized</i> CAPS 67mg, 134mg, 200mg	\$0(1)	
<i>gemfibrozil</i> TABS 600mg	\$0(1)	
ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS - DRUGS TO TREAT HIGH CHOLESTEROL		
<i>atorvastatin calcium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lovastatin</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pravastatin sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>rosuvastatin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>simvastatin</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS - DRUGS TO TREAT HIGH CHOLESTEROL		
<i>cholestyramine</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	\$0(1)	
<i>cholestyramine light</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	\$0(1)	
<i>colesevelam hcl</i> PACK 3.75gm; TABS 625mg	\$0(1)	
<i>colestipol hcl</i> GRAN 5gm; PACK 5gm; TABS 1gm	\$0(1)	

* - 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)	
BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS		
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	\$0(1)	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	\$0(1)	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	\$0(1)	
BETA-BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS		
<i>acebutolol hcl</i> CAPS 200mg, 400mg	\$0(1)	
<i>atenolol</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>betaxolol hcl</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>bisoprolol fumarate</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>carvedilol</i> TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg	\$0(1)	

* - 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)	
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS		
<i>amlodipine besylate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>cartia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	\$0(1)	
<i>dilt-xr</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl</i> CP12 60mg, 90mg, 120mg; SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml; TABS 30mg, 60mg, 90mg, 120mg	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl coated beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl extended release beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	\$0(1)	
<i>felodipine</i> TB24 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>isradipine</i> CAPS 2.5mg, 5mg	\$0(1)	
<i>nicardipine hcl</i> CAPS 20mg, 30mg	\$0(1)	
<i>nifedipine</i> TB24 30mg, 60mg, 90mg	\$0(1)	

* - 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)	
DIURETICS - DRUGS TO TREAT HEART CONDITIONS		
<i>acetazolamide</i> CP12 500mg; TABS 125mg, 250mg	\$0(1)	
<i>amiloride & 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 & hydrochlorothiazide tab</i> 25-25 mg	\$0(1)	
<i>toremide</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	\$0(1)	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap</i> 37.5-25 mg	\$0(1)	
<i>triamterene & 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 & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i>	\$0(1)	
MISCELLANEOUS		
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)	
NITRATES - DRUGS TO TREAT HEART CONDITIONS		
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	\$0(1)	
<i>isosorbide mononitrate</i> TABS 10mg, 20mg; TB24 30mg, 60mg, 120mg	\$0(1)	
NITRO-BID OINT 2%	\$0(2)	
<i>nitroglycerin</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr; SOLN .4mg/spray; SUBL .3mg, .4mg, .6mg	\$0(1)	

* - 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
PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION - DRUGS TO TREAT PULMONARY HYPERTENSION		
ADEMPAS TABS .5mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 2.5mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<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
CENTRAL NERVOUS SYSTEM - DRUGS TO TREAT NERVOUS SYSTEM DISORDERS		
ANTIANSIETY - DRUGS TO TREAT ANXIETY		
<i>alprazolam</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	\$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
<i>bupirone 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)
ANTICONVULSANTS - DRUGS TO TREAT SEIZURES		
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
ANTIDEMENTIA - DRUGS TO TREAT DEMENTIA AND MEMORY LOSS		
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 5mg; TBDP 5mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 10mg; TBDP 10mg	\$0(1)	
<i>galantamine hydrobromide</i> CP24 8mg, 16mg, 24mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i> SOLN 4mg/ml	\$0(1)	
<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 & 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)
ANTIDEPRESSANTS - DRUGS TO TREAT DEPRESSION		
<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)
ANTIPARKINSONIAN AGENTS - DRUGS TO TREAT PARKINSONS DISEASE		
<i>amantadine hcl</i> CAPS 100mg	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days)
<i>amantadine hcl</i> SOLN 50mg/5ml; TABS 100mg	\$0(1)	
<i>benztropine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	\$0(1)	
<i>benztropine mesylate</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>bromocriptine mesylate</i> CAPS 5mg; TABS 2.5mg	\$0(1)	
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i> 10-100mg	\$0(1)	
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i> 25-100mg	\$0(1)	

* - 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 & levodopa tab 10-100 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	\$0(1)	
<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
ANTIPSYCHOTICS - DRUGS TO TREAT PSYCHOSES		
ABILIFY MAINTENA PRSY 300mg, 400mg	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ABILIFY MAINTENA SRER 300mg, 400mg	\$0(2)	NDS, QL (1 injection / 28 days)
<i>aripiprazole</i> SOLN 1mg/ml	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days)
<i>aripiprazole</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>aripiprazole</i> TBDP 10mg, 15mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 56 days)
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	\$0(2)	NDS
<i>asenapine maleate</i> SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg	\$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
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER - DRUGS TO TREAT ADHD		
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>atomoxetine hcl CAPS 10mg, 18mg, 25mg</i>	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 40mg</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 60mg, 80mg, 100mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 2.5mg, 5mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days), PA

* - 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
HYPNOTICS - DRUGS TO TREAT INSOMNIA		
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
MIGRAINE - DRUGS TO TREAT SEVERE HEADACHES		
AIMOVIG SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml	\$0(2)	QL (1 pen / 30 days), NM, PA
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	\$0(2)	NDS
<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 TBP 75mg	\$0(2)	NDS, QL (16 tabs / 30 days), PA
<i>rizatriptan benzoate</i> TABS 5mg, 10mg; TBP 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; TBP 2.5mg, 5mg	\$0(1)	QL (12 tabs / 30 days)
MISCELLANEOUS		
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
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - DRUGS TO TREAT MULTIPLE SCLEROSIS		
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
MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS - DRUGS TO TREAT MUSCLE SPASMS		
<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
NARCOLEPSY/CATAPLEXY - DRUGS FOR SLEEP DISORDERS		
<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
PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC		
<i>acamprosate calcium</i> TBEC 333mg	\$0(1)	
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL 2mg, 8mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 2-0.5 mg (base equiv)	\$0(1)	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 4-1 mg (base equiv)	\$0(1)	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 8-2 mg (base equiv)	\$0(1)	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i> 12-3 mg (base equiv)	\$0(1)	QL (60 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i> 2-0.5 mg (base equiv)	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<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 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nicotine mini lozenge</i> 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</i> GUM 2mg, 4mg; LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nicotine polacrilex m</i> LOZG 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nicotine transdermal</i> PT24 7mg/24hr, 14mg/24hr, 21mg/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>hm nicotine polacrilex</i> GUM 2mg, 4mg; LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm nicotine transdermal s</i> PT24 7mg/24hr, 14mg/24hr, 21mg/24hr	\$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)	
NICODERM CQ PT24 7mg/24hr, 14mg/24hr, 21mg/24hr	\$0(3)	NM; *
NICORETTE GUM 2mg, 4mg; LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
NICORETTE MINI LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
NICORETTE STARTER KIT GUM 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<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>sm nicotine</i> GUM 4mg; LOZG 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
<i>sm nicotine polacrilex</i> GUM 2mg, 4mg; LOZG 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm nicotine transdermal s</i> PT24 7mg/24hr, 14mg/24hr, 21mg/24hr	\$0(3)	NM; *
<i>varenicline tartrate</i> TABS .5mg, 1mg	\$0(1)	QL (56 tabs / 28 days), PA
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack</i>	\$0(1)	PA
VIVITROL SUSR 380mg	\$0(2)	NDS, NM
ENDOCRINE AND METABOLIC - DRUGS TO TREAT DIABETES AND REGULATE HORMONES		
ANDROGENS - DRUGS TO REGULATE MALE HORMONES		
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
<i>testosterone enanthate</i> SOLN 200mg/ml	\$0(1)	PA
ANTIDIABETICS		
<i>acarbose</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
BYDUREON BCISE AUIJ 2mg/0.85ml	\$0(2)	QL (4 pens / 28 days)
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)

* - 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>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)
<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)

* - 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
repaglinide 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)
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)
ANTIDIABETICS, INSULINS		
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

* - 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
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)
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)

* - 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
CALCIUM REGULATORS		
<i>alendronate sodium</i> SOLN 70mg/75ml; TABS 10mg, 35mg, 70mg	\$0(1)	
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	\$0(1)	B/D
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
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml; SOLN 4mg/100ml, 5mg/100ml	\$0(1)	B/D, NM
CHELATING AGENTS		
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)	
CONTRACEPTIVES - DRUGS FOR BIRTH CONTROL		
<i>afirmelle</i>	\$0(1)	
<i>aftera</i> TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>altavera</i>	\$0(1)	
<i>alyacen 1/35</i>	\$0(1)	
<i>alyacen 7/7/7</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>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 1/20</i>	\$0(1)	
<i>aurovela 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>aurovela fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>aviane</i>	\$0(1)	
<i>ayuna</i>	\$0(1)	
<i>azurette</i>	\$0(1)	
<i>balziva</i>	\$0(1)	
<i>blisovi 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>briellyn</i>	\$0(1)	
<i>camila TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<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 & eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>	\$0(1)	
<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	\$0(1)	
<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.03-0.451 mg</i>	\$0(1)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	\$0(1)	

* - 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>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	\$0(1)	
<i>econtra ez TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>econtra one-step TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<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 & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>	\$0(1)	
<i>ethynodiol diacetate & 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)	
<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)	

* - 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>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 & eth est 0.01 mg</i>	\$0(1)	
<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)</i>	\$0(1)	
<i>levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)</i>	\$0(1)	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	\$0(1)	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	\$0(1)	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	\$0(1)	
<i>levonorgestrel (emergency oc) TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	\$0(1)	
<i>levora 0.15/30-28</i>	\$0(1)	

* - 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>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>luttera</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)	
<i>mono-linyah</i>	\$0(1)	
<i>my choice TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>my way TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>necon 0.5/35-28</i>	\$0(1)	
<i>new day TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nikki</i>	\$0(1)	
<i>nora-be TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.8 mg-25 mcg</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone (contraceptive) TABS .35mg</i>	\$0(1)	

* - 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>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab 1 mg-20 mcg (24)</i>	\$0(1)	
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	\$0(1)	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	\$0(1)	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>	\$0(1)	
<i>norlyroc TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	\$0(1)	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	\$0(1)	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	\$0(1)	
<i>nortrel 7/7/7</i>	\$0(1)	
<i>nylia 1/35</i>	\$0(1)	
<i>nylia 7/7/7</i>	\$0(1)	
<i>nymyo</i>	\$0(1)	
<i>ocella</i>	\$0(1)	
<i>opcicon one-step TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>option 2 TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>orsythia</i>	\$0(1)	
<i>philith</i>	\$0(1)	
<i>pimtrea</i>	\$0(1)	
<i>pirmella 1/35</i>	\$0(1)	
<i>PLAN B ONE-STEP TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>portia-28</i>	\$0(1)	
<i>reclipsen</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>rivelsa</i>	\$0(1)	
<i>setlakin</i>	\$0(1)	
<i>sharobel</i> TABS .35mg	\$0(1)	
<i>simliya</i>	\$0(1)	
<i>simpesse</i>	\$0(1)	
<i>sprintec 28</i>	\$0(1)	
<i>sronyx</i>	\$0(1)	
<i>syeda</i>	\$0(1)	
<i>take action</i> TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>tarina 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	\$0(1)	
<i>tilia fe</i>	\$0(1)	
<i>tri-estarylla</i>	\$0(1)	
<i>tri-legest fe</i>	\$0(1)	
<i>tri-linyah</i>	\$0(1)	
<i>tri-lo-estarylla</i>	\$0(1)	
<i>tri-lo-marzia</i>	\$0(1)	
<i>tri-lo-mili</i>	\$0(1)	
<i>tri-lo-sprintec</i>	\$0(1)	
<i>tri-mili</i>	\$0(1)	
<i>tri-nymyo</i>	\$0(1)	
<i>tri-sprintec</i>	\$0(1)	
<i>tri-vylibra</i>	\$0(1)	
<i>tri-vylibra lo</i>	\$0(1)	
<i>trivora-28</i>	\$0(1)	
<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)	

* - 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>xulane</i>	\$0(1)	
<i>zafemy</i>	\$0(1)	
<i>zovia 1/35</i>	\$0(1)	
<i>zumandimine</i>	\$0(1)	
ENDOMETRIOSIS		
<i>danazol</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	\$0(1)	
SYNAREL SOLN 2mg/ml	\$0(2)	NDS
ESTROGENS - DRUGS TO REGULATE FEMALE HORMONES		
<i>amabelz</i>	\$0(2)	
DELESTROGEN OIL 10mg/ml	\$0(2)	
<i>dotti</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	\$0(2)	
<i>estradiol</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr; PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr; TABS .5mg, 1mg, 2mg	\$0(2)	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab</i> 0.5-0.1 mg	\$0(2)	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab</i> 1-0.5 mg	\$0(2)	
<i>estradiol vaginal</i> CREA .1mg/gm; TABS 10mcg	\$0(1)	
<i>estradiol valerate</i> OIL 20mg/ml, 40mg/ml	\$0(1)	
<i>fyavolv tab</i> 0.5mg-2.5mcg	\$0(2)	
<i>fyavolv tab</i> 1mg-5mcg	\$0(2)	
<i>jinteli</i>	\$0(2)	
<i>lyllana</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	\$0(2)	
<i>mimvey</i>	\$0(2)	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab</i> 0.5 mg-2.5 mcg	\$0(2)	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab</i> 1 mg-5 mcg	\$0(2)	

* - 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
yuvafem TABS 10mcg	\$0(1)	
GLUCOCORTICOIDS - DRUGS TO TREAT INFLAMMATORY RESPONSE		
dexamethasone ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	\$0(1)	
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml	\$0(2)	
dexamethasone sodium phosphate SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml	\$0(1)	
fludrocortisone acetate TABS .1mg	\$0(1)	
hydrocortisone TABS 5mg, 10mg, 20mg	\$0(1)	
methylprednisolone TABS 4mg, 8mg, 16mg, 32mg	\$0(1)	B/D
methylprednisolone TBPK 4mg	\$0(1)	
methylprednisolone acetate SUSP 40mg/ml, 80mg/ml	\$0(1)	B/D
methylprednisolone sod succ SOLR 40mg, 125mg, 1000mg	\$0(1)	B/D
prednisolone SOLN 15mg/5ml	\$0(1)	B/D
prednisolone sodium phosphate SOLN 5mg/5ml, 15mg/5ml, 25mg/5ml	\$0(1)	B/D
prednisone SOLN 5mg/5ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	\$0(1)	B/D
prednisone TBPK 5mg, 10mg	\$0(1)	
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	\$0(2)	B/D
SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg	\$0(2)	
GLUCOSE ELEVATING AGENTS - DRUGS TO TREAT LOW BLOOD SUGAR		
diazoxide SUSP 50mg/ml	\$0(2)	NDS
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	\$0(2)	
GVOKE KIT SOLN 1mg/0.2ml	\$0(2)	
GVOKE PFS SOSY .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	\$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
MISCELLANEOUS		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>betaine powder for oral solution</i>	\$0(2)	NDS, NM, LA
<i>cabergoline</i> TABS .5mg	\$0(1)	
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
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

* - 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
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
XENICAL CAPS 120mg	\$0(3)	NM; *
PHOSPHATE BINDER AGENTS - DRUGS TO REGULATE CALCIUM AND PHOSPHORUS LEVELS		
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> CAPS 667mg	\$0(1)	QL (360 caps / 30 days)
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> TABS 667mg	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days)
<i>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)

* - 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
PROGESTINS - DRUGS TO REGULATE FEMALE HORMONES		
<i>medroxyprogesterone acetate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>megestrol acetate</i> SUSP 40mg/ml	\$0(2)	
<i>megestrol acetate (appetite)</i> SUSP 625mg/5ml	\$0(2)	PA
<i>norethindrone acetate</i> TABS 5mg	\$0(1)	
THYROID AGENTS - DRUGS TO REGULATE THYROID LEVELS		
<i>euthyrox</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	\$0(1)	
<i>levo-t</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	\$0(1)	
<i>levothyroxine sodium</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	\$0(1)	
<i>levoxyl</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	\$0(1)	
<i>liothyronine sodium</i> TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg	\$0(1)	
<i>methimazole</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>propylthiouracil</i> TABS 50mg	\$0(1)	
SYNTHROID TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	\$0(2)	
<i>unithroid</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	\$0(1)	

* - 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
VITAMIN D ANALOGS		
<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
GASTROINTESTINAL - DRUGS TO TREAT STOMACH AND INTESTINAL DISORDERS		
ANTACIDS		
<i>acid gone</i>	\$0(3)	NM; *
<i>almacone double strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>alum & mag hydroxide-simethicone susp</i> 200-200-20 mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>alum & 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> CHEW 500mg	\$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; *
<i>antacid ultra strength</i> CHEW 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>cal-gest antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium antacid extra str</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
GAVISCON SUS	\$0(3)	NM; *
GAVISCON SUS CHERRY	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid & anti-gas/re</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid and anti-gas/</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid anti-gas/maxi</i>	\$0(3)	NM; *

* - 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 antacid extra strengt</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid/regular stren</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp foaming antacid</i>	\$0(3)	NM; *
<i>heartburn relief extra st</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm advanced antacid maxim</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm antacid</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm antacid anti-gas extra</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm antacid extra strength</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm antacid regular streng</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm antacid/antigas</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm calcium antacid extra</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
MAG-AL LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>mag-al plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mag-al plus xs</i>	\$0(3)	NM; *
<i>magnesium oxide</i> TABS 400mg, 420mg	\$0(3)	NM; *
<i>mi-acid</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mintox maximum strength</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>sm antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm antacid advanced</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm antacid advanced maxi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm antacid maximum streng</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm antacid/antigas</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium antacid extra</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>sodium bicarbonate (antacid)</i> TABS 325mg, 650mg	\$0(3)	NM; *
TUMS CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
TUMS CHEWY BITES CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
TUMS CHEWY DELIGHTS CHEW 1177mg	\$0(3)	NM; *
TUMS E-X 750 CHEW 750mg	\$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
TUMS EXTRA STRENGTH 750 CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>tums smoothies</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
TUMS SMOOTHIES CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
TUMS ULTRA 1000 CHEW 1000mg	\$0(3)	NM; *
ANTI-DIARRHEAL		
<i>anti-diarrheal</i> CAPS 2mg; LIQD 1mg/7.5ml; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>bismatrol</i> CHEW 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>bismuth subsalicylate</i> CHEW 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp anti-diarrheal</i> CAPS 2mg; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp k-pec</i> SUSP 262mg/15ml	\$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</i> SUSP 262mg/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>hm anti-diarrheal</i> CAPS 2mg; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm stomach relief</i> CHEW 262mg; SUSP 262mg/15ml, 525mg/30ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm stomach relief ultra</i> SUSP 525mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>loperamide hcl</i> LIQD 1mg/7.5ml; SUSP 1mg/7.5ml	\$0(3)	NM; *
LOPERAMIDE HYDROCHLORIDE SOLN 1mg/7.5ml, 2mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>peptic relief</i> CHEW 262mg	\$0(3)	NM; *
PEPTO BISMOL TABS 262mg	\$0(3)	NM; *
PEPTO-BISMOL CHEW 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc anti-diarrheal</i> CAPS 2mg; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc diarrhea relief</i> SUSP 262mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc pink bismuth</i> CHEW 262mg	\$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>sm anti-diarrheal</i> CAPS 2mg; LIQD 1mg/7.5ml; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm stomach relief</i> CHEW 262mg; TABS 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>stomach relief</i> CHEW 262mg; SUSP 525mg/15ml, 525mg/30ml	\$0(3)	NM; *
<i>stomach relief extra stre</i> SUSP 525mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>stomach relief ultra</i> SUSP 525mg/15ml	\$0(3)	NM; *
ANTIEMETICS - DRUGS FOR NAUSEA AND VOMITING		
<i>aprepitant</i> CAPS 40mg, 80mg, 125mg	\$0(1)	B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>compro</i> SUPP 25mg	\$0(1)	
<i>dronabinol</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	B/D, QL (60 caps / 30 days)
<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> TABS 12.5mg, 25mg	\$0(2)	
<i>metoclopramide hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml; TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
<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)	
<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>scopolamine</i> PT72 1mg/3days	\$0(2)	QL (10 patches / 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
ANTISPASMODICS - DRUGS FOR STOMACH SPASMS		
<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; SOLN 10mg/5ml; TABS 20mg	\$0(2)	
<i>glycopyrrolate</i> TABS 1mg, 2mg	\$0(1)	
H2-RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>acid reducer</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>acid reducer maximum stre</i> TABS 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>acid reducer original str</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml	\$0(1)	
<i>famotidine</i> SUSR 40mg/5ml	\$0(1)	QL (300 mL / 30 days)
<i>famotidine</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>famotidine</i> TABS 20mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>famotidine</i> TABS 40mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln</i> 20 mg/50ml	\$0(1)	
<i>famotidine maximum streng</i> TABS 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp acid reducer</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp acid reducer maximum</i> TABS 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp heartburn relief</i> TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>heartburn relief</i> TABS 10mg, 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>heartburn relief maximum</i> TABS 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm famotidine</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	\$0(1)	
<i>qc acid controller</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc acid controller maximu</i> TABS 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm acid reducer</i> TABS 10mg, 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm acid reducer maximum s</i> TABS 20mg	\$0(3)	NM; *
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
<i>balsalazide disodium</i> CAPS 750mg	\$0(1)	
<i>budesonide</i> CPEP 3mg	\$0(1)	PA
<i>budesonide</i> TB24 9mg	\$0(2)	NDS, PA
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> ENEM 100mg/60ml	\$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>mesalamine</i> CP24 .375gm	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> CPDR 400mg	\$0(1)	QL (180 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm; SUPP 1000mg	\$0(1)	
<i>mesalamine</i> TBEC 1.2gm	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>mesalamine w/ cleanser</i> KIT 4gm	\$0(1)	
<i>sulfasalazine</i> TABS 500mg; TBEC 500mg	\$0(1)	
LAXATIVES		
<i>bisacodyl</i> SUPP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>bisacodyl ec</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
COLACE CAPS 100mg	\$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 sodium</i> CAPS 100mg, 250mg; LIQD 50mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>dok</i> CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>enema ready-to-use</i>	\$0(3)	NM; *
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
FLEET ENE	\$0(3)	NM; *
FLEET ENE ENEMA	\$0(3)	NM; *
FLEET ENE PED	\$0(3)	NM; *
<i>gavilyte-c</i>	\$0(1)	
<i>gavilyte-g</i>	\$0(1)	
<i>gavilyte-n/ flavor pack</i>	\$0(1)	
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>gentle laxative</i> SUPP 10mg; TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp clearlax</i> PACK 17gm	\$0(3)	NM; *
<i>gnp enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp gentle laxative</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp laxative</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp natural fiber</i> POWD 48.57%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp stool softener</i> CAPS 100mg, 250mg; LIQD 50mg/5ml; SYRP 60mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp womens gentle laxativ</i> TBEC 5mg	\$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
GOLYTELY SOL	\$0(2)	
<i>hm enema saline laxative</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm fiber POWD 48.57%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm laxative TBEC 5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm stool softener CAPS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>konsyl daily fiber POWD 28.3%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lactulose SOLN 10gm/15ml</i>	\$0(1)	
<i>lactulose (encephalopathy) SOLN 10gm/15ml</i>	\$0(1)	
<i>metamucil POWD 28.3%</i>	\$0(3)	NM; *
NULYTELY SOL LMN/LIME	\$0(2)	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>	\$0(1)	
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	\$0(1)	
PLENVU SOL	\$0(2)	
<i>polyethylene glycol 3350 PACK 17gm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc gentle laxative SUPP 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc natural vegetable POWD 95%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc stool softener CAPS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>silace LIQD 150mg/15ml; SYRP 60mg/15ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm fiber POWD 58.6%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm gentle laxative TBEC 5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm laxative SUPP 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm stool softener CAPS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	\$0(1)	
<i>*sodium phosphates - enema***</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stool softener CAPS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stool softener laxative CAPS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stool softener laxative e CAPS 250mg</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
SUPREP BOWEL SOL PREP KIT	\$0(2)	
womens laxative TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
MISCELLANEOUS		
acid reducer complete	\$0(3)	NM; *
alosetron hcl TABS 1mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
alosetron hcl TABS .5mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
cromolyn sodium (mastocytosis) CONC 100mg/5ml	\$0(1)	
diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml	\$0(2)	
diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg	\$0(2)	
GATTEX KIT 5mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg	\$0(2)	QL (30 caps / 30 days)
loperamide hcl CAPS 2mg	\$0(1)	
misoprostol TABS 100mcg, 200mcg	\$0(1)	
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
sucralfate TABS 1gm	\$0(1)	
ursodiol 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
PANCREATIC ENZYMES		
CREON CAP 3000UNIT	\$0(2)	
CREON CAP 6000UNIT	\$0(2)	
CREON CAP 12000UNT	\$0(2)	
CREON CAP 24000UNT	\$0(2)	
CREON CAP 36000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 3000UNIT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 5000UNIT	\$0(2)	

* - 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)	
PROTON PUMP INHIBITORS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<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>gnp lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp omeprazole</i> TBEC 20mg	\$0(3)	NM, PA; *
<i>goodsense lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm omeprazole</i> TBEC 20mg	\$0(3)	NM, PA; *
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg, 30mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	
<i>omeprazole</i> TBEC 20mg	\$0(3)	NM, PA; *
<i>pantoprazole sodium</i> SOLR 40mg; TBEC 20mg, 40mg	\$0(1)	
PREVACID 24HR CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>rabeprazole sodium</i> TBEC 20mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>sm lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm omeprazole</i> TBEC 20mg	\$0(3)	NM, PA; *
GENITOURINARY - DRUGS TO TREAT GENITAL AND URINARY TRACT CONDITIONS		
BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA - DRUGS TO TREAT ENLARGED PROSTATE		
<i>alfuzosin hcl</i> TB24 10mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>dutasteride</i> CAPS .5mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap</i> 0.5-0.4 mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>finasteride</i> TABS 5mg	\$0(1)	
<i>tamsulosin hcl</i> CAPS .4mg	\$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
MISCELLANEOUS		
<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)	
URINARY ANTISPASMODICS - DRUGS TO TREAT URINARY INCONTINENCE		
<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)	
<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)
VAGINAL ANTI-INFECTIVES		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i> CREA 2%	\$0(1)	
<i>clotrimazole</i> 3 CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>clotrimazole vaginal</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
3 day vaginal CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp clotrimazole</i> 3 CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp miconazole 1 combinat</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp miconazole</i> 3	\$0(3)	NM; *
<i>gnp miconazole 7</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>metronidazole vaginal</i> GEL .75%	\$0(1)	
<i>miconazole</i> 1	\$0(3)	NM; *
<i>miconazole</i> 3 CREA 4%	\$0(3)	NM; *
<i>miconazole 3 combination</i>	\$0(3)	NM; *
<i>miconazole 3 combo pack</i>	\$0(3)	NM; *
<i>miconazole 7</i> CREA 2%; SUPP 100mg	\$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>miconazole nitrate vaginal</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>miconazole nitrate vaginal supp 1200 mg & 2% cream kit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc 3 day vaginal cream</i> CREA 4%	\$0(3)	NM; *
<i>qc miconazole 7</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>sm 3-day vaginal</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>sm clotrimazole vaginal</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm miconazole 3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm miconazole 7</i> CREA 2%; SUPP 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm tioconazole-1</i> OINT 6.5%	\$0(3)	NM; *
<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	\$0(1)	
<i>tioconazole 1</i> OINT 6.5%	\$0(3)	NM; *
VANDAZOLE GEL .75%	\$0(1)	
HEMATOLOGIC - DRUGS TO TREAT BLOOD DISORDERS		
ANTICOAGULANTS - BLOOD THINNERS		
ELIQUIS TABS 2.5mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
ELIQUIS TABS 5mg	\$0(2)	QL (74 tabs / 30 days)
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5mg	\$0(2)	QL (74 tabs / 30 days)
<i>enoxaparin sodium</i> SOLN 300mg/3ml; SOSY 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml, 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml	\$0(1)	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 2.5mg/0.5ml	\$0(1)	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	\$0(2)	NDS
HEP SOD/D5W INJ 20000UNT	\$0(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)	

* - 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>warfarin sodium</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	\$0(1)	
XARELTO SUSR 1mg/ml	\$0(2)	QL (620 mL / 30 days)
XARELTO TABS 2.5mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
XARELTO STAR TAB 15/20MG	\$0(2)	QL (51 tabs / 30 days)
HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS		
PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	\$0(2)	NM, PA
PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
IRON		
<i>wee care</i> SUSP 15mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
MISCELLANEOUS		
<i>anagrelide hcl</i> CAPS .5mg, 1mg	\$0(1)	
BERINERT KIT 500unit	\$0(2)	NDS, QL (24 boxes / 30 days), NM, LA, PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	\$0(1)	
DOPTELET TABS 20mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	\$0(2)	
ENDARI PACK 5gm	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
HAEGARDA SOLR 2000unit	\$0(2)	NDS, QL (30 vials / 30 days), NM, LA, PA
HAEGARDA SOLR 3000unit	\$0(2)	NDS, QL (20 vials / 30 days), NM, LA, PA
<i>icatibant acetate</i> 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

* - 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
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)	
PLATELET AGGREGATION INHIBITORS		
<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)	
IMMUNOLOGIC AGENTS - DRUGS TO TREAT DISORDERS OF THE IMMUNE SYSTEM		
AUTOIMMUNE AGENTS		
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
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

* - 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
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
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

* - 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
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
DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS) - DRUGS TO TREAT RHEUMATOID ARTHRITIS		
<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
IMMUNOGLOBULINS		
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
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

* - 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
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
IMMUNOMODULATORS		
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
IMMUNOSUPPRESSANTS		
<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
<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>engraf</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

* - 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>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
VACCINES		
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)	
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)	

* - 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
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)	
VARIVAX INJ 1350pfu/0.5ml	\$0(2)	
YF-VAX INJ	\$0(2)	
NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS - VITAMINS AND SUPPLEMENTS		
<i>ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE</i>		
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)	

* - 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>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% & nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
KCL 20 MEQ/L (0.15%) IN NACL 0.45% INJ	\$0(2)	
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
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 SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%</i>	\$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>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 SOLN 2meq/ml, 10meq/100ml, 20meq/100ml, 40meq/100ml</i>	\$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 SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%</i>	\$0(1)	
TPN ELECTROL INJ	\$0(2)	B/D
ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL		
<i>klor-con</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)	
<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)	

* - 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
IV NUTRITION		
<i>chromic chloride</i> SOLN 40mcg/10ml	\$0(3)	NM; *
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	\$0(2)	B/D
<i>clinisol sf</i> 15%	\$0(1)	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	\$0(2)	B/D
<i>cupric chloride</i> SOLN .4mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>dextrose</i> SOLN 5%, 10%	\$0(1)	
<i>dextrose</i> SOLN 50%, 70%	\$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
MINERALS		
<i>calcium 600+d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate</i> TABS 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate (antacid)</i> SUSP 1250mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate-cholecalciferol tab</i> 600 mg-5 mcg(200 unit)	\$0(3)	NM; *
<i>calcium high potency</i> TABS 1500mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium high potency + vi</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
K-PHOS TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>manganese chloride</i> SOLN .1mg/ml	\$0(3)	NM; *
SLOW-MAG TAB	\$0(3)	NM; *
VITAMINS		
BACMIN TAB	\$0(3)	NM; *
BP VIT 3 CAP	\$0(3)	NM; *
<i>cholecalciferol</i> CAPS 10000unit	\$0(3)	NM; *
<i>corvita</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cyanocobalamin</i> SOLN 1000mcg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>dialyvite</i>	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE TAB 3000	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE TAB 5000	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE TAB SUPREM D	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE/ TAB ZINC	\$0(3)	NM; *
DRISDOL CAPS 50000unit	\$0(3)	NM; *
ENLYTE CAP	\$0(3)	NM; *
<i>ergocalciferol</i> CAPS 1.25mg, 50000unit	\$0(3)	NM; *
<i>fabb</i>	\$0(3)	NM; *
FOLBIC TAB	\$0(3)	NM; *
<i>folic acid</i> SOLN 5mg/ml; TABS 1mg	\$0(3)	NM; *
FOLTRATE TAB	\$0(3)	NM; *
<i>hydroxocobalamin acetate</i> SOLN 1000mcg/ml	\$0(3)	NM; *
INFUVITE INJ	\$0(3)	NM; *
INFUVITE INJ ADULT	\$0(3)	NM; *
INFUVITE INJ PEDIATRI	\$0(3)	NM; *
M.V.I PEDIAT INJ	\$0(3)	NM; *
MEPHYTON TABS 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>multi-vit/iron/fluoride</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin with fluorid</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin/fluoride</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin/fluoride/iro</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mvc-fluoride</i>	\$0(3)	NM; *
NASCOBAL SOLN 500mcg/0.1ml	\$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
NEPHPLEX RX TAB	\$0(3)	NM; *
<i>niacin</i> CPCR 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>phytonadione</i> SOLN 1mg/0.5ml, 10mg/ml; TABS 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>pyridoxine hcl</i> SOLN 100mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>renal caps</i>	\$0(3)	NM; *
<i>reno caps</i>	\$0(3)	NM; *
STROVITE FOR TAB	\$0(3)	NM; *
STROVITE ONE TAB	\$0(3)	NM; *
<i>thiamine hcl</i> SOLN 100mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>tri-vitamin/fluoride</i>	\$0(3)	NM; *
<i>triphrocaps</i>	\$0(3)	NM; *
<i>virt-caps</i>	\$0(3)	NM; *
<i>virt-gard</i>	\$0(3)	NM; *
VITAL-D RX TAB	\$0(3)	NM; *
<i>vitamins a/c/d/fluoride</i>	\$0(3)	NM; *
<i>westab mini</i>	\$0(3)	NM; *
OPHTHALMIC - DRUGS TO TREAT EYE CONDITIONS		
ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY - DRUGS TO TREAT INFECTIONS AND INFLAMMATION		
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	\$0(1)	
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)	

* - 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
ZYLET SUS 0.5-0.3%	\$0(2)	
ANTI-INFECTIVES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>bacitracin (ophthalmic)</i> OINT 500unit/gm	\$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)</i> SOLN .3%	\$0(1)	
<i>erythromycin (ophth)</i> OINT 5mg/gm	\$0(1)	
<i>gatifloxacin (ophth)</i> SOLN .5%	\$0(1)	
<i>gentak</i> OINT .3%	\$0(1)	
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i> SOLN .3%	\$0(1)	
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i> SOLN .5%	\$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)</i> SOLN .3%	\$0(1)	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	\$0(1)	
<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i> OINT 10%; SOLN 10%	\$0(1)	
<i>tobramycin (ophth)</i> SOLN .3%	\$0(1)	
<i>trifluridine</i> SOLN 1%	\$0(1)	
ZIRGAN GEL .15%	\$0(2)	
ANTI-INFLAMMATORIES - DRUGS TO TREAT INFLAMMATION		
ALREX SUSP .2%	\$0(2)	
<i>bromfenac sodium (ophth)</i> SOLN .09%	\$0(1)	
BROMSITE SOLN .075%	\$0(2)	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i> SOLN .1%	\$0(1)	
<i>diclofenac sodium (ophth)</i> SOLN .1%	\$0(1)	
<i>difluprednate</i> EMUL .05%	\$0(1)	
FLAREX SUSP .1%	\$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>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)	
ANTIALLERGICS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
<i>alaway SOLN .025%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>alaway childrens allergy SOLN .025%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>azelastine hcl (ophth) SOLN .05%</i>	\$0(1)	
<i>bepotastine besilate SOLN 1.5%</i>	\$0(1)	
BEPREVE SOLN 1.5%	\$0(2)	
<i>cromolyn sodium (ophth) SOLN 4%</i>	\$0(1)	
<i>eye itch relief SOLN .025%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ketotifen fumarate (ophth) SOLN .025%</i>	\$0(3)	NM; *
LASTACFT SOLN .25%	\$0(2)	
<i>olopatadine hcl SOLN .1%</i>	\$0(1)	
<i>sm eye itch relief SOLN .025%</i>	\$0(3)	NM; *
ZADITOR SOLN .025%	\$0(3)	NM; *
ZERVIATE SOLN .24%	\$0(2)	
ANTIGLAUCOMA - DRUGS TO TREAT GLAUCOMA		
ALPHAGAN P SOLN .1%	\$0(2)	
<i>betaxolol hcl (ophth) SOLN .5%</i>	\$0(1)	
BETOPTIC-S SUSP .25%	\$0(2)	
<i>brimonidine tartrate SOLN .15%, .2%</i>	\$0(1)	
<i>brinzolamide SUSP 1%</i>	\$0(1)	
<i>carteolol hcl (ophth) SOLN 1%</i>	\$0(1)	
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	\$0(2)	
<i>dorzolamide hcl SOLN 2%</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>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 22.3-6.8 mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>latanoprost SOLN .005%</i>	\$0(1)	
<i>levobunolol hcl SOLN .5%</i>	\$0(1)	
LUMIGAN SOLN .01%	\$0(2)	
<i>pilocarpine hcl SOLN 1%, 2%, 4%</i>	\$0(1)	
RHOPRESSA SOLN .02%	\$0(2)	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	\$0(2)	
<i>timolol maleate (ophth) SOLG .25%, .5%; SOLN .25%, .5%</i>	\$0(1)	
<i>timolol maleate (ophth) once-daily SOLN .5%</i>	\$0(1)	
VYZULTA SOLN .024%	\$0(2)	
MISCELLANEOUS		
<i>artificial tears SOLN 1.4%</i>	\$0(3)	NM; *
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	\$0(2)	
<i>atropine sulfate (ophthalmic) SOLN 1%</i>	\$0(1)	
<i>carboxymethylcellulose sodium (ophth) SOLN .5%</i>	\$0(3)	NM; *
CYSTADROPS SOLN .37%	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
CYSTARAN SOLN .44%	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
GENTEAL SEVERE TEARS GEL .3%	\$0(3)	NM; *
<i>genteal tears mild</i>	\$0(3)	NM; *
<i>genteal tears night-time</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp artificial tears</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp lubricating plus eye SOLN .5%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense lubricating plu SOLN .5%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm lubricating plus SOLN .5%</i>	\$0(3)	NM; *
ISOPTO ATROPINE SOLN 1%	\$0(2)	
ISOPTO TEARS SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
<i>lubricant eye drops SOLN .5%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lubricant eye nighttime</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lubricating plus eye drop SOLN .5%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>proparacaine hcl SOLN .5%</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>refresh celluvisc</i> GEL 1%	\$0(3)	NM; *
<i>refresh lacri-lube</i>	\$0(3)	NM; *
REFRESH LIQUIGEL GEL 1%	\$0(3)	NM; *
<i>refresh p.m.</i>	\$0(3)	NM; *
REFRESH PLUS SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
REFRESH TEARS SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
RESTASIS EMUL .05%	\$0(2)	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	\$0(2)	
<i>sm lubricating plus</i> SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
<i>systane nighttime</i>	\$0(3)	NM; *
SYSTANE OVERNIGHT THERAPY GEL .3%	\$0(3)	NM; *
XIIDRA SOLN 5%	\$0(2)	
OTIC - DRUGS TO TREAT CONDITIONS OF THE EAR		
OTIC AGENTS		
<i>acetic acid (otic)</i> SOLN 2%	\$0(1)	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp</i> 0.3-0.1%	\$0(1)	
<i>flac</i> OIL .01%	\$0(1)	
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i> OIL .01%	\$0(1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln</i> 1%	\$0(1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp</i> 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%	\$0(1)	
<i>ofloxacin (otic)</i> SOLN .3%	\$0(1)	
RESPIRATORY - DRUGS TO TREAT BREATHING DISORDERS		
ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT COPD		
ANORO ELLIPT AER 62.5-25	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
BEVESPI AER 9-4.8MCG	\$0(2)	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE	\$0(2)	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	\$0(2)	QL (4 inhalers / 28 days)
COMBIVENT AER 20-100	\$0(2)	QL (2 inhalers / 30 days)
<i>ipratropium-albuterol nebu soln</i> 0.5-2.5(3) mg/3ml	\$0(1)	B/D
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)

* - 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
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
ANTICHOLINERGICS - DRUGS TO TREAT COPD		
ATROVENT HFA AERS 17mcg/act	\$0(2)	QL (2 inhalers / 30 days)
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh	\$0(2)	QL (30 blisters / 30 days)
<i>ipratropium bromide</i> SOLN .02%	\$0(1)	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal)</i> SOLN .03%, .06%	\$0(1)	
ANTIHISTAMINES - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
AHIST TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
ALA-HIST IR TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>alavert</i> TBDP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>all day allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>all day allergy childrens</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>all-day allergy childrens</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>aller-chlor</i> TABS 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>aller-ease</i> TABS 60mg	\$0(3)	NM; *
<i>allergy</i> TABS 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>allergy childrens</i> LIQD 12.5mg/5ml; SYRP 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief</i> CAPS 25mg; TABS 4mg, 10mg, 25mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief 24hr</i> TABS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief childrens</i> LIQD 12.5mg/5ml; SOLN 1mg/ml, 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief/indoor/out</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>allergy-time</i> TABS 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>azelastine hcl</i> SOLN .1%, .15%	\$0(1)	
<i>banophen</i> CAPS 25mg, 50mg; TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hcl</i> CHEW 5mg, 10mg; TABS 5mg, 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hcl</i> SOLN 1mg/ml	\$0(1)	
<i>cetirizine hcl allergy ch</i> SOLN 5mg/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>cetirizine hcl childrens</i> CHEW 5mg, 10mg; SOLN 1mg/ml, 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hydrochloride</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>childrens loratadine</i> SOLN 5mg/5ml; SYRP 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>chlorpheniramine maleate</i> TABS 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>complete allergy medicine</i> CAPS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>ciproheptadine hcl</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>diphenhist</i> CAPS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>diphenhydramine hcl</i> CAPS 25mg, 50mg; LIQD 12.5mg/5ml; TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>diphenhydramine hcl</i> SOLN 50mg/ml	\$0(1)	
<i>ed chlorped jr</i> SYRP 2mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>fexofenadine hcl</i> TABS 60mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp all day allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp all day allergy child</i> SOLN 1mg/ml, 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy</i> CAPS 25mg; TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy antihistamine</i> LIQD 50mg/20ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy relief</i> CAPS 25mg; TABS 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp childrens allergy</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp loratadine</i> SYRP 5mg/5ml; TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp loratadine childrens</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense all day allergy</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense aller-ease</i> TABS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense allergy relief</i> TABS 4mg, 10mg	\$0(3)	NM; *
HISTEX SYRP 2.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
HISTEX PD LIQD .938mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm all day allergy childr</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm allergy relief</i> CAPS 25mg; TABS 4mg, 25mg	\$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>hm allergy relief childre</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm cetirizine hcl childre</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm cetirizine hydrochlori</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm fexofenadine hydrochlo</i> TABS 60mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm loratadine</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm loratadine childrens</i> SYRP 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>24hr allergy relief</i> TABS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>hydroxyzine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml; SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>hydroxyzine pamoate</i> CAPS 25mg, 50mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> SOLN 2.5mg/5ml; TABS 5mg	\$0(1)	
<i>loratadine</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>loratadine childrens</i> SYRP 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>m-dryl</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>pediaclear pd childrens</i> LIQD .625mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>PEDIAVENT</i> SYRP 2mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>pharbedryl</i> CAPS 25mg, 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc all day allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc childrens allergy</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc chlor-pheniramine</i> TABS 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc complete allergy medic</i> TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc fexofenadine hydrochlo</i> TABS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc loratadine allergy rel</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>siladryl allergy</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm all day allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm all day allergy childr</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy 4 hour</i> TABS 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy childrens</i> SYRP 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy relief</i> LIQD 12.5mg/5ml; TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm fexofenadine hydrochlo</i> TABS 180mg	\$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>sm loratadine</i> SYRP 5mg/5ml; TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>triprolidine hcl</i> LIQD .938mg/ml	\$0(3)	NM; *
TRIPROLIDINE HYDROCHLORID LIQD 2.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
BETA AGONISTS - DRUGS TO TREAT ASTHMA AND COPD		
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proair HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proventil HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Ventolin HFA)
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .083%, .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	\$0(1)	B/D
<i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 2mg, 4mg	\$0(1)	
<i>levalbuterol hcl</i> NEBU .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	\$0(1)	B/D
<i>levalbuterol tartrate</i> AERO 45mcg/act	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days)
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)
LEUKOTRIENE MODULATORS		
<i>montelukast sodium</i> CHEW 4mg, 5mg; PACK 4mg; TABS 10mg	\$0(1)	
<i>zafirlukast</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	
MISCELLANEOUS		
<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
<i>cromolyn sodium (nasal)</i> AERS 5.2mg/act	\$0(3)	NM; *
DALIRESP TABS 250mcg, 500mcg	\$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>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
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

* - 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
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
NASAL STEROIDS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
<i>allergy relief</i> SUSP 50mcg/act	\$0(3)	NM; *
<i>budesonide (nasal)</i> SUSP 32mcg/act	\$0(3)	NM; *
FLONASE ALLERGY RELIEF SUSP 50mcg/act	\$0(3)	NM; *
FLONASE ALLERGY RELIEF CH SUSP 50mcg/act	\$0(3)	NM; *
FLONASE SENSIMIST SUSP 27.5mcg/spray	\$0(3)	NM; *
<i>flunisolide (nasal)</i> SOLN .025%	\$0(1)	QL (3 bottles / 30 days)
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act	\$0(1)	QL (1 bottle / 30 days)
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act	\$0(3)	NM; *
<i>gnp budesonide nasal spra</i> SUSP 32mcg/act	\$0(3)	NM; *
<i>gnp fluticasone propionat</i> SUSP 50mcg/act	\$0(3)	NM; *
<i>hm allergy relief nasal s</i> SUSP 50mcg/act	\$0(3)	NM; *
<i>qc allergy relief</i> SUSP 50mcg/act	\$0(3)	NM; *

* - 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>sm allergy relief nasal s</i> SUSP 50mcg/act	\$0(3)	NM; *
STEROID INHALANTS - DRUGS TO TREAT ASTHMA		
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act	\$0(2)	QL (30 inhalations / 30 days)
<i>budesonide (inhalation)</i> SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	\$0(1)	B/D
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)
STEROID/BETA-AGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT ASTHMA AND COPD		
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)
TOPICAL - DRUGS TO TREAT EAR AND SKIN CONDITIONS		
DERMATOLOGY, ACNE		
<i>accutane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(1)	PA
<i>acne medication 2.5</i> GEL 2.5%	\$0(3)	NM; *
<i>acne medication 5</i> GEL 5%	\$0(3)	NM; *
<i>acne medication 10</i> GEL 10%	\$0(3)	NM; *
ACNE MEDICATION 10 LOTN 10%	\$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>adapalene</i> GEL .1%	\$0(3)	NM; *
<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</i> GEL 2.5%, 5%, 10%	\$0(3)	NM; *
<i>benzoyl peroxide wash</i> LIQD 5%	\$0(3)	NM; *
<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)
DIFFERIN GEL .1%	\$0(3)	NM; *
<i>ery</i> PADS 2%	\$0(1)	QL (60 pledgets / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid)</i> SOLN 2%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>isotretinoin</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(1)	PA
<i>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
DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS		
<i>first aid antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gentamicin sulfate (topical)</i> CREA .1%; OINT .1%	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
<i>gnp triple antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm triple antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mupirocin</i> OINT 2%	\$0(1)	QL (220 gm / 30 days)
<i>silver sulfadiazine</i> CREA 1%	\$0(1)	
<i>sm triple antibiotic orig</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ssd</i> CREA 1%	\$0(1)	
SULFAMYLON CREA 85mg/gm	\$0(2)	QL (453.6 gm / 30 days)
<i>triple antibiotic</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
DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS		
<i>anti-fungal powder</i> POWD 1%	\$0(3)	NM; *
<i>antifungal</i> CREA 1%, 2%	\$0(3)	NM; *
<i>baza antifungal</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>carrington antifungal</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<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> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>clotrimazole (topical)</i> SOLN 1%	\$0(1)	QL (30 mL / 30 days)
<i>clotrimazole antifungal</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>clotrimazole athletes foo</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i> 1-0.05%	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
FUNGOID TINCTURE SOLN 2%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp athletes foot</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tolnaftate</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>ketoconazole (topical)</i> CREA 2%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>miconazole nitrate (topical)</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>nyamyc</i> POWD 100000unit/gm	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> POWD 100000unit/gm	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystop</i> POWD 100000unit/gm	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>qc tolnaftate</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm antifungal clotrimazol</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm antifungal miconazole</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>sm antifungal tolnaftate</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>soothe & cool inzo antifu</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>tolnaftate</i> CREA 1%; POWD 1%	\$0(3)	NM; *
<i>tolnaftate antifungal</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS		
<i>acitretin</i> CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg	\$0(1)	PA
<i>calcipotriene</i> OINT .005%	\$0(1)	QL (120 gm / 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>calcipotriene</i> SOLN .005%	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days), PA
<i>calcitrene</i> OINT .005%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>tazarotene</i> CREA .1%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days), PA
TAZORAC CREA .05%	\$0(2)	QL (60 gm / 30 days), PA
DERMATOLOGY, ANTISEBORRHEICS		
<i>ketoconazole (topical)</i> SHAM 2%	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days)
<i>selenium sulfide</i> LOTN 2.5%	\$0(1)	
DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS		
<i>ala-cort</i> CREA 1%, 2.5%	\$0(1)	
<i>alclometasone dipropionate</i> CREA .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>anti-itch maximum strengt</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<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)

* - 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</i> GEL .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinonide</i> SOLN .05%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>fluocinonide emulsified base</i> CREA .05%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluticasone propionate</i> CREA .05%; OINT .005%	\$0(1)	
<i>gnp hydrocortisone</i> CREA .5%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp hydrocortisone maximu</i> OINT 1%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp hydrocortisone plus</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp hydrocortisone/aloe</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>halobetasol propionate</i> CREA .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (50 gm / 30 days)
<i>hm hydrocortisone plus</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>hm hydrocortisone/aloe ma</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 1%, 2.5%; LOTN 2.5%; OINT 2.5%	\$0(1)	
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA .5%, 1%; OINT 1%	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocortisone maximum st</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>mometasone furoate</i> CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	\$0(1)	
<i>scalpicin maximum strengt</i> SOLN 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm hydrocortisone</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm hydrocortisone maximum</i> OINT 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm hydrocortisone plus</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm hydrocortisone/aloe ma</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<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)	
DERMATOLOGY, LOCAL ANESTHETICS		
<i>glydo</i> PRSY 2%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> OINT 5%	\$0(1)	QL (50 gm / 30 days), PA

* - 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>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
DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE		
BETADINE SOLN 10%	\$0(3)	NM; *
<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>hm povidone-iodine</i> SOLN 10%	\$0(3)	NM; *
<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>lactic acid (ammonium lactate)</i> CREA 12%; LOTN 12%	\$0(3)	NM; *
<i>metronidazole (topical)</i> CREA .75%; GEL .75%	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
<i>metronidazole (topical)</i> LOTN .75%	\$0(1)	QL (59 mL / 30 days)
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>povidone-iodine</i> OINT 10%; SOLN 10%	\$0(3)	NM; *
<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)	
<i>qc povidone iodine</i> SOLN 10%	\$0(3)	NM; *
RECTIV OINT .4%	\$0(2)	QL (30 gm / 30 days)
RENOVA CREA .02%	\$0(3)	NM; *
RENOVA PUMP CREA .02%	\$0(3)	NM; *
<i>rosadan</i> CREA .75%	\$0(1)	QL (45 gm / 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>sm povidone-iodine</i> SOLN 10%	\$0(3)	NM; *
<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
DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES		
<i>gnp lice treatment</i> LIQD 1%	\$0(3)	NM; *
<i>hm lice killing maximum s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm lice treatment</i> LIQD 1%	\$0(3)	NM; *
<i>lice killing maximum stre</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lice killing shampoo</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lice treatment</i> LOTN 1%	\$0(3)	NM; *
<i>malathion</i> LOTN .5%	\$0(1)	QL (59 mL / 30 days)
<i>permethrin</i> CREA 5%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>sm lice killing maximum s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm lice treatment</i> LOTN 1%	\$0(3)	NM; *
DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS		
REGANEX 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)	
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS		
<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
*		<i>acne medication 2.5</i>	109
*sodium phosphates - enema***	82	<i>acne medication 5</i>	109
2		<i>acne medication 10</i>	109
<i>24hr allergy relief</i>	105	ACNE MEDICATION 10	109
3		ACTHIB INJ.....	92
<i>3 day vaginal</i>	85	ACTIMMUNE	91
8		<i>acyclovir</i>	16
<i>8 hour arthritis pain rel</i>	3	<i>acyclovir sodium</i>	16
<i>8hr muscle aches & pain</i>	3	ADACEL INJ.....	92
A		<i>adapalene</i>	110
<i>abacavir sulfate</i>	12	<i>adefovir dipivoxil</i>	16
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-</i> <i>300 mg</i>	14	ADEMPAS	42
<i>abacavir sulfate-lamivudine-zidovudine tab</i> <i>300-150-300 mg</i>	14	ADRENALIN	41
ABELCET	11	<i>adriamycin</i>	22
ABILIFY MAINTENA.....	51	<i>adult aspirin regimen</i>	2
<i>abiraterone acetate</i>	22	ADVAIR DISKU AER 100/50.....	109
ABRAXANE INJ 100MG	24	ADVAIR DISKU AER 250/50	109
<i>acamprosate calcium</i>	58	ADVAIR DISKU AER 500/50	109
<i>acarbose</i>	60	ADVAIR HFA AER 45/21	109
<i>accutane</i>	109	ADVAIR HFA AER 115/21.....	109
<i>acebutolol hcl</i>	38	ADVAIR HFA AER 230/21	109
<i>acetaminophen</i>	1	ADVIL.....	4
<i>acetaminophen extra stren</i>	2	<i>advil junior strength</i>	4
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-</i> <i>12 mg/5ml</i>	7	ADVIL MIGRAINE	4
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i> ..	7	AFINITOR	25
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i> ..	7	AFINITOR DISPERZ.....	25
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i> ..	7	<i>afirmelle</i>	64
<i>acetazolamide</i>	40	<i>aftera</i>	64
<i>acetic acid</i>	85	AHIST	103
<i>acetic acid (otic)</i>	102	AIMOVIG	56
<i>acetylcysteine</i>	106	<i>ala-cort</i>	112
<i>acid gone</i>	76	ALA-HIST IR.....	103
<i>acid reducer</i>	80	<i>alavert</i>	103
<i>acid reducer complete</i>	83	<i>alaway</i>	100
<i>acid reducer maximum stre</i>	80	<i>alaway childrens allergy</i>	100
<i>acid reducer original str</i>	80	<i>albendazole</i>	9
<i>acitretin</i>	111	<i>albuterol sulfate</i>	106
		<i>alclometasone dipropionate</i>	112
		ALDURAZYME.....	73
		ALECENSA.....	25
		<i>alendronate sodium</i>	64
		<i>alfuzosin hcl</i>	84
		ALIMTA.....	22
		<i>aliskiren fumarate</i>	41

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>all day allergy</i>	103	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i>	
<i>all day allergy childrens</i>	103	5-10 mg.....	31
<i>all-day allergy childrens</i>	103	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i>	
<i>all day pain relief</i>	4	5-20 mg.....	31
<i>all day relief</i>	4	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i>	
<i>aller-chlor</i>	103	5-40 mg.....	32
<i>aller-ease</i>	103	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-</i>	
<i>allergy</i>	103	20 mg	32
<i>allergy childrens</i>	103	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-</i>	
<i>allergy relief</i>	103, 108	40 mg	32
<i>allergy relief 24hr</i>	103	<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>	
<i>allergy relief childrens</i>	103	tab 5-20 mg	33
<i>allergy relief/indoor/out</i>	103	<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>	
<i>allergy-time</i>	103	tab 5-40 mg.....	33
<i>allopurinol</i>	1	<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>	
<i>almacone double strength</i>	76	tab 10-20 mg.....	34
<i>alose tron hcl</i>	83	<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i>	
ALPHAGAN P	100	tab 10-40 mg	34
<i>alprazolam</i>	42	<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i>	
ALREX	99	5-160 mg	34
<i>altavera</i>	64	<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i>	
<i>alumina/magnesia/simethic</i>	76	5-320 mg	34
ALUMINUM HYDROXIDE	76	<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-</i>	
<i>alum & mag hydroxide-simethicone susp</i>		160 mg.....	34
200-200-20 mg/5ml	76	<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-</i>	
<i>alum & mag hydroxide-simethicone susp</i>		320 mg	34
400-400-40 mg/5ml.....	76	<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide</i>	
ALUNBRIG	25	tab 5-160-12.5 mg	34
ALUNBRIG PAK.....	25	<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide</i>	
<i>alyacen 1/35</i>	64	tab 5-160-25 mg.....	34
<i>alyacen 7/7/7</i>	64	<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide</i>	
<i>amabelz</i>	71	tab 10-160-12.5 mg.....	34
<i>amantadine hcl</i>	49	<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide</i>	
AMBISOME	11	tab 10-160-25 mg	34
<i>ambrisentan</i>	42	<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide</i>	
<i>amethia</i>	65	tab 10-320-25 mg	34
<i>amikacin sulfate</i>	9	<i>amnesteem</i>	110
<i>amiloride hcl</i>	40	<i>amoxapine</i>	47
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab</i>		<i>amoxicillin</i>	19
5-50 mg.....	40	<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-</i>	
<i>amiodarone hcl</i>	36	28.5 mg	19
<i>amitriptyline hcl</i>	47	<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-</i>	
<i>amlodipine besylate</i>	39	57 mg.....	19
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-</i>		<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-</i>	
10 mg	31	28.5 mg/5ml.....	19

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	19	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	20
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	19	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	20
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	19	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	20
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i> ..	19	<i>anagrelide hcl</i>	87
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i> ..	19	<i>anastrozole</i>	22
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i> ...	19	ANDRODERM.....	60
<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	19	ANORO ELLIPT AER 62.5-25.....	102
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	54	<i>antacid</i>	76
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	54	<i>antacid anti-gas maximum</i>	76
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	54	<i>antacid calcium regular s</i>	76
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	54	<i>antacid extra strength</i>	76
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	54	<i>antacid fast relief</i>	76
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	54	<i>antacid maximum strength</i>	76
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	54	<i>antacid plus anti-gas fas</i>	76
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	54	<i>antacid plus anti-gas rel</i>	76
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	54	<i>antacid regular strength</i>	76
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	54	<i>antacid ultra strength</i>	76
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	54	<i>anti-diarrheal</i>	78
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	54	<i>antifungal</i>	111
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	54	<i>anti-fungal powder</i>	111
<i>amphotericin b</i>	11	<i>anti-gas/ and gnp antacid</i>	76
<i>amphotericin b liposome</i>	11	<i>anti-itch maximum strengt</i>	112
<i>ampicillin</i>	19	<i>aprepitant</i>	79
<i>ampicillin sodium</i>	20	<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	79
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	19	<i>apri</i>	65
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	19	APTIOM.....	42
		APTIVUS.....	13
		ARALAST NP	106
		<i>aranelle</i>	65
		ARCALYST	91
		<i>aripiprazole</i>	51
		ARISTADA	51
		ARISTADA INITIO	51
		<i>armodafinil</i>	58
		ARNUITY ELLIPTA.....	109
		<i>arthritis pain relief</i>	2
		<i>artificial tears</i>	101
		<i>asenapine maleate</i>	51
		<i>ashlyna</i>	65
		<i>aspirin</i>	2
		ASPIRIN.....	2
		<i>aspirin adult low dose</i>	2

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>aspirin adult low strengt</i>	2	BARACLUDE.....	16
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	88	BASAGLAR KWIKPEN.....	62
<i>aspirin low dose</i>	2	<i>baza antifungal</i>	111
<i>atazanavir sulfate</i>	13	BCG VACCINE.....	92
<i>atenolol</i>	38	BD ALCOHOL SWABS.....	62
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	38	BELSOMRA.....	55
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	38	<i>benazepril hcl</i>	33
<i>atomoxetine hcl</i>	54	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>	32
<i>atorvastatin calcium</i>	37	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	32
<i>atovaquone</i>	9	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	32
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i>	12	<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	32
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i> ...12		BENDEKA.....	21
ATROPINE SULFATE.....	101	BENLYSTA.....	91
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i>	101	<i>benzoyl peroxide</i>	110
ATROVENT HFA.....	103	<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i> ...110	
<i>aubra eq</i>	65	<i>benzoyl peroxide wash</i>	110
<i>aurovela 1/20</i>	65	<i>benztropine mesylate</i>	49
<i>aurovela 24 fe</i>	65	<i>bepotastine besilate</i>	100
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	65	BEPREVE.....	100
<i>aurovela fe 1/20</i>	65	BERINERT.....	87
AUSTEDO.....	56	BESIVANCE.....	99
AVASTIN.....	25	BESREMI.....	24
<i>aviane</i>	65	BETADINE.....	114
<i>avita</i>	110	<i>betaine powder for oral solution</i>	73
<i>ayuna</i>	65	<i>betamethasone dipropionate augmented</i> ...112	
AYVAKIT.....	25	<i>betamethasone dipropionate (topical)</i>	112
<i>azacitidine</i>	22	<i>betamethasone valerate</i>	112
<i>azathioprine</i>	91	BETASERON.....	57
<i>azelastine hcl</i>	103	<i>betaxolol hcl</i>	38
<i>azelastine hcl (ophth)</i>	100	<i>betaxolol hcl (ophth)</i>	100
<i>azithromycin</i>	18	<i>bethanechol chloride</i>	85
<i>aztreonam</i>	9	BETOPTIC-S.....	100
<i>azurette</i>	65	BEVESPI AER 9-4.8MCG.....	102
B		<i>bexarotene</i>	24
<i>bacitracin (ophthalmic)</i>	99	<i>bexarotene (topical)</i>	114
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	99	BEXSERO INJ.....	92
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	98	<i>bicalutamide</i>	22
<i>baclofen</i>	57	BICILLIN L-A.....	20
BACMIN TAB.....	97	BIKTARVY TAB 30-120-15 MG.....	14
<i>balsalazide disodium</i>	80	BIKTARVY TAB 50-200-25 MG.....	14
BALVERSA.....	25	<i>bisacodyl</i>	81
<i>balziva</i>	65	<i>bisacodyl ec</i>	81
<i>banophen</i>	103		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>bismatrol</i>	78	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>	
<i>bismuth subsalicylate</i>	78	12-3 mg (base equiv)	58
<i>bisoprolol fumarate</i>	38	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i>	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-</i>		2-0.5 mg (base equiv)	58
6.25 mg	38	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab</i>	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab</i>		8-2 mg (base equiv)	58
5-6.25 mg	38	<i>bupropion hcl</i>	48
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-</i>		<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i>	58
6.25 mg	38	<i>bupirone hcl</i>	42
BIVIGAM	90	<i>butorphanol tartrate</i>	7
BLEPHAMIDE OIN S.O.P.	98	BYDUREON BCISE	60
<i>blisovi 24 fe</i>	65	BYETTA	60
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	65	C	
BOOSTRIX INJ	92	<i>cabergoline</i>	73
<i>bortezomib</i>	25	CABOMETYX	25
BORTEZOMIB	25	<i>calcipotriene</i>	111, 112
<i>bosentan</i>	42	<i>calcitonin (salmon) spray</i>	64
BOSULIF	25	<i>calcitrene</i>	112
BP VIT 3 CAP	97	<i>calcitriol</i>	76
BRAFTOVI	25	<i>calcium 600+d</i>	96
BREO ELLIPTA INH 100-25	109	<i>calcium acetate (phosphate binder)</i>	74
BREO ELLIPTA INH 200-25	109	<i>calcium antacid</i>	76
BREZTRI AERO AER SPHERE	102	<i>calcium antacid extra str</i>	76
BREZTRI AERO AER SPHERE		<i>calcium carbonate</i>	96
(INSTITUTIONAL PACK)	102	<i>calcium carbonate (antacid)</i>	96
<i>briellyn</i>	65	<i>calcium carbonate-cholecalciferol tab</i>	
BRILINTA	88	600 mg-5 mcg(200 unit)	96
<i>brimonidine tartrate</i>	100	<i>calcium high potency</i>	96
<i>brinzolamide</i>	100	<i>calcium high potency + vi</i>	96
BRIVIACT	42, 43	<i>cal-gest antacid</i>	76
<i>bromfenac sodium (ophth)</i>	99	CALQUENCE	25
<i>bromocriptine mesylate</i>	49	<i>camila</i>	65
BROMSITE	99	<i>camrese</i>	65
BRUKINSA	25	<i>camrese lo</i>	65
<i>budesonide</i>	80	<i>candesartan cilexetil</i>	36
<i>budesonide (inhalation)</i>	109	<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i>	
<i>budesonide (nasal)</i>	108	<i>tab 16-12.5 mg</i>	34
<i>bumetanide</i>	40	<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i>	
<i>buprenorphine</i>	7	<i>tab 32-12.5 mg</i>	34
<i>buprenorphine hcl</i>	58	<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i>	
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>		<i>tab 32-25 mg</i>	34
2-0.5 mg (base equiv)	58	CAPLYTA	51
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>		CAPRELSA	25
4-1 mg (base equiv)	58	<i>captopril</i>	33
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film</i>		CARBAGLU	73
8-2 mg (base equiv)	58		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>carbamazepine</i>	43	<i>ceftazidime</i>	17
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	50	CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM	17
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	50	CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM	18
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	50	<i>ceftriaxone sodium</i>	18
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	50	<i>cefuroxime axetil</i>	18
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	50	<i>cefuroxime sodium</i>	18
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	50	<i>celecoxib</i>	5
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	50	CELONTIN	43
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	50	<i>cephalexin</i>	18
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	50	CERDELGA	73
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	50	CEREZYME	73
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	50	<i>cetirizine hcl</i>	103
<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg</i>	49	<i>cetirizine hcl allergy ch</i>	103
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i>	49	<i>cetirizine hcl childrens</i>	104
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i>	50	<i>cetirizine hydrochloride</i>	104
<i>carboplatin</i>	21	<i>cevimeline hcl</i>	115
<i>carboxymethylcellulose sodium (ophth)</i>	101	CHANTIX TAB 0.5& 1MG	58
<i>carglumic acid</i>	73	<i>chateal</i>	65
<i>carisoprodol</i>	57	CHEMET	64
<i>carrington antifungal</i>	111	<i>childrens acetaminophen</i>	2
<i>carteolol hcl (ophth)</i>	100	CHILDRENS ADVIL	5
<i>cartia xt</i>	39	<i>childrens ibuprofen</i>	5
<i>carvedilol</i>	38	<i>childrens loratadine</i>	104
<i>caspofungin acetate</i>	11	<i>childrens silapap</i>	2
CAYSTON	9	<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>	115
<i>cefaclor</i>	17	<i>chloroquine phosphate</i>	12
CEFACTOR ER	17	<i>chlorpheniramine maleate</i>	104
<i>cefadroxil</i>	17	<i>chlorpromazine hcl</i>	51
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	17	CHLORPROMAZINE HYDROCHLOR	51
<i>cefazolin sodium</i>	17	<i>chlorthalidone</i>	40
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	17	<i>cholecalciferol</i>	97
<i>cefdinir</i>	17	<i>cholestyramine</i>	37
<i>cefepime hcl</i>	17	<i>cholestyramine light</i>	37
<i>cefixime</i>	17	<i>chromic chloride</i>	96
<i>cefoxitin sodium</i>	17	<i>ciclopirox olamine</i>	111
<i>cefpodoxime proxetil</i>	17	<i>cilostazol</i>	87
<i>cefprozil</i>	17	CILOXAN	99
		CIMDUO TAB 300-300	14
		<i>cinacalcet hcl</i>	73
		CIPRO	18
		<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	18
		<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	18
		<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	102
		<i>ciprofloxacin hcl</i>	18
		<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i>	99

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>cisplatin</i>	21	COLACE	81
<i>citalopram hydrobromide</i>	48	<i>colchicine</i>	1
<i>claravis</i>	110	<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	1
<i>clarithromycin</i>	18	<i>colesevelam hcl</i>	37
<i>clindamycin hcl</i>	9	<i>colestipol hcl</i>	37
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	9	<i>colistimethate sodium</i>	9
<i>clindamycin phosphate</i>	9	COMBIGAN SOL 0.2/0.5%.....	100
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 300 mg/50ml	9	COMBIVENT AER 20-100	102
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 600 mg/50ml	9	COMETRIQ (60MG DOSE).....	25
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 900 mg/50ml	9	COMETRIQ KIT 100MG	25
<i>clindamycin phosphate (topical)</i>	110	COMETRIQ KIT 140MG	25
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	85	COMPLERA TAB	14
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML.....	9	<i>complete allergy medicine</i>	104
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML.....	9	<i>compro</i>	79
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML.....	9	<i>constulose</i>	81
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	96	COPIKTRA	25
CLINIMIX INJ 4.25/D10	96	CORLANOR	41
CLINIMIX INJ 5%/D15W	96	<i>corvita</i>	97
CLINIMIX INJ 5%/D20W	96	COTELLIC	25
CLINIMIX INJ 6/5.....	96	CREON CAP 3000UNIT	83
CLINIMIX INJ 8/10	96	CREON CAP 6000UNIT	83
CLINIMIX INJ 8/14	96	CREON CAP 12000UNT	83
<i>clinisol sf 15%</i>	96	CREON CAP 24000UNT	83
CLINOLIPID EMU 20%	96	CREON CAP 36000UNT	83
<i>clobazam</i>	43	<i>cromolyn sodium</i>	106
<i>clobetasol propionate</i>	112	<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i>	83
<i>clobetasol propionate e</i>	112	<i>cromolyn sodium (nasal)</i>	106
<i>clomipramine hcl</i>	48	<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	100
<i>clonazepam</i>	43	<i>cryselle-28</i>	65
<i>clonidine</i>	41	<i>cupric chloride</i>	96
<i>clonidine hcl</i>	41	<i>cyanocobalamin</i>	97
<i>clopidogrel bisulfate</i>	88	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	58
<i>clorazepate dipotassium</i>	43	<i>cyclophosphamide</i>	21
<i>clotrimazole</i>	115	CYCLOPHOSPHAMIDE	21
<i>clotrimazole 3</i>	85	CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR	21
<i>clotrimazole antifungal</i>	111	<i>cycloserine</i>	15
<i>clotrimazole athletes foo</i>	111	<i>cyclosporine</i>	91
<i>clotrimazole (topical)</i>	111	<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> ...91	
<i>clotrimazole vaginal</i>	85	<i>cyproheptadine hcl</i>	104
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i> 1-0.05%	111	<i>cyred eq</i>	65
<i>clozapine</i>	51	CYSTADANE POW	73
COARTEM TAB 20-120MG.....	12	CYSTADROPS.....	101
		CYSTAGON	73
		CYSTARAN	101
		<i>cytarabine</i>	22

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
D			
D2.5W/NAACL INJ 0.45%	93	dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%	94
D5W/LYTES INJ #48	93	dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%	94
D10W/NAACL INJ 0.2%	93	DIACOMIT	43
dalfampridine	57	dialyvite	97
DALIRESP	106	DIALYVITE TAB 3000	97
danazol	71	DIALYVITE TAB 5000	97
dantrolene sodium	58	DIALYVITE TAB SUPREM D	97
dapsone	10	DIALYVITE/ TAB ZINC	97
DAPTACEL INJ	92	diazepam	43
daptomycin	10	diazepam (anticonvulsant)	43
DAPTOMYCIN	10	diazepam inj	43
dasetta 1/35	65	diazoxide	72
dasetta 7/7/7	65	diclofenac potassium	5
DAURISMO	26	diclofenac sodium	5
daysee	65	diclofenac sodium (ophth)	99
deblitane	65	diclofenac sodium (topical)	114
deferasirox	64	dicloxacillin sodium	20
DELESTROGEN	71	dicyclomine hcl	80
DELSTRIGO TAB	14	DIFFERIN	110
DENGVAXIA SUS	92	DIFICID	18
DESCOVY TAB 120-15MG	14	diflunisal	5
DESCOVY TAB 200/25MG	14	difluprednate	99
desipramine hcl	48	digitek	41
desmopressin acetate	73	digoxin	41
desmopressin acetate spray	73	dihydroergotamine mesylate	56
desmopressin acetate spray refrigerated	73	DILANTIN	43
desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15- 0.02/0.01 mg(21/5)	65	DILANTIN-125	43
desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg- 30 mcg	65	DILANTIN INFATABS	43
desvenlafaxine succinate	48	diltiazem hcl	39
dexamethasone	72	diltiazem hcl coated beads	39
DEXAMETHASONE INTENSOL	72	diltiazem hcl extended release beads	39
dexamethasone sodium phosphate	72	dilt-xr	39
dexamethasone sodium phosphate (ophth)	99	diphenhist	104
dexlansoprazole	84	diphenhydramine hcl	104
dexmethylphenidate hcl	54, 55	diphenoxylate w/ atropine liq 2.5- 0.025 mg/5ml	83
dextrose	96	diphenoxylate w/ atropine tab 2.5- 0.025 mg	83
dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45% ...	93	DIP/TET PED INJ 25-5LFU	92
dextrose 5% in lactated ringers	93	dipyridamole	88
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%	94	disopyramide phosphate	36
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%	94	disulfiram	58
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%	94	divalproex sodium	44
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%	94	docetaxel	24
		DOCETAXEL	24
		docu	81

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>docusate calcium</i>	81	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	15
<i>docusate sodium</i>	81	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	15
<i>dofetilide</i>	36	<i>elinest</i>	66
<i>dok</i>	81	ELIQUIS	86
<i>donepezil hydrochloride</i>	47	ELIQUIS STARTER PACK.....	86
DOPTELET	87	ELLA	66
<i>dorzolamide hcl</i>	100	<i>eluryng</i>	66
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 22.3-6.8 mg/ml</i>	101	EMCYT	22
<i>dotti</i>	71	<i>emoquette</i>	66
DOVATO TAB 50-300MG.....	14	EMSAM	48
<i>doxazosin mesylate</i>	33	<i>emtricitabine</i>	13
<i>doxepin hcl</i>	48	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	15
<i>doxepin hcl (sleep)</i>	55	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	15
<i>doxorubicin hcl</i>	22	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	15
<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	22	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	15
<i>doxy 100</i>	21	EMTRIVA	13
<i>doxycycline hyclate</i>	21	EMVERM	10
<i>doxycycline (monohydrate)</i>	21	<i>enalapril maleate</i>	33
DRISDOL	97	<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	32
DRIZALMA SPRINKLE	48	<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	32
<i>dronabinol</i>	79	ENBREL	88
<i>drosiprenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	65	ENBREL MINI.....	88
<i>drosiprenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	66	ENBREL SURECLICK	88
<i>drosiprenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.03-0.451 mg</i>	65	ENDARI.....	87
DROXIA	87	<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	7
<i>droxidopa</i>	41	<i>endocet tab 5-325mg</i>	7
<i>duloxetine hcl</i>	48	<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	7
<i>dutasteride</i>	84	<i>endocet tab 10-325mg</i>	8
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i>	84	<i>enema ready-to-use</i>	81
E		ENGERIX-B.....	92
<i>ec-naproxen</i>	5	ENLYTE CAP	97
<i>econtra ez</i>	66	<i>enoxaparin sodium</i>	86
<i>econtra one-step</i>	66	<i>enpresse-28</i>	66
<i>ed-apap</i>	2	<i>enskyce</i>	66
<i>ed chlorped jr</i>	104	ENSTILAR AER	112
EDURANT.....	13	<i>entacapone</i>	50
<i>e.e.s. 400</i>	18	<i>entecavir</i>	16
<i>efavirenz</i>	13	ENTRESTO TAB 24-26MG.....	34
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	14		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
ENTRESTO TAB 49-51MG	34	<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab</i>	
ENTRESTO TAB 97-103MG	34	1 mg-50 mcg.....	66
<i>enulose</i>	81	<i>etodolac</i>	5
EPCLUSA PAK 150-37.5	16	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.120-</i>	
EPCLUSA PAK 200-50MG	16	0.015 mg/24hr	66
EPCLUSA TAB 200-50MG.....	16	<i>etoposide</i>	24
EPCLUSA TAB 400-100	16	<i>etravirine</i>	13
EPIDIOLEX	44	EULEXIN	22
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	107	<i>euthyrox</i>	75
<i>epirubicin hcl</i>	22	<i>everolimus</i>	26
<i>epitol</i>	44	<i>everolimus (immunosuppressant)</i>	91
EPIVIR HBV	16	EVOTAZ TAB 300-150	15
<i>eplerenone</i>	33	<i>exemestane</i>	22
EPRONTIA.....	44	EXKIVITY	26
<i>ergocalciferol</i>	97	<i>eye itch relief</i>	100
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	56	<i>ezetimibe</i>	38
ERIVEDGE	26	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	38
ERLEADA.....	22	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	38
<i>erlotinib hcl</i>	26	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	38
<i>errin</i>	66	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	38
<i>ertapenem sodium</i>	10	F	
<i>ery</i>	110	<i>fabb</i>	97
<i>ery-tab</i>	18	FABRAZYME.....	73
ERYTHROCIN LACTOBIONATE.....	18	<i>falmina</i>	66
<i>erythrocine stearate</i>	18	<i>famciclovir</i>	16
<i>erythromycin (acne aid)</i>	110	<i>famotidine</i>	80
<i>erythromycin base</i>	18	<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i> 80	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	18	<i>famotidine maximum streng</i>	80
<i>erythromycin lactobionate</i>	18	FANAPT	51
<i>erythromycin (ophth)</i>	99	FANAPT PAK	51
ESBRIET	107	FARXIGA	60
<i>escitalopram oxalate</i>	48	FASENRA	107
<i>esomeprazole magnesium</i>	84	FASENRA PEN.....	107
<i>estarylla</i>	66	<i>felbamate</i>	44
<i>estradiol</i>	71	<i>felodipine</i>	39
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-</i>		<i>femynor</i>	66
0.1 mg	71	<i>fenofibrate</i>	37
<i>estradiol & norethindrone acetate tab</i>		<i>fenofibrate micronized</i>	37
1-0.5 mg	71	<i>fentanyl</i>	7
<i>estradiol vaginal</i>	71	<i>fentanyl citrate</i>	8
<i>estradiol valerate</i>	71	<i>fesoterodine fumarate</i>	85
<i>eszopiclone</i>	55	FETZIMA	48
<i>ethambutol hcl</i>	15	FETZIMA CAP TITRATIO	48
<i>ethosuximide</i>	44	<i>feverall adults</i>	2
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab</i>		<i>feverall childrens</i>	2
1 mg-35 mcg.....	66		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
FEVERALL INFANTS	2	FOLTRATE TAB	97
FEVERALL JUNIOR STRENGTH	2	<i>fondaparinux sodium</i>	86
<i>fexofenadine hcl</i>	104	FORTEO.....	64
FIASP FLEX INJ TOUCH	62	<i>fosamprenavir calcium</i>	13
FIASP INJ 100/ML.....	62	<i>fosinopril sodium</i>	33
FIASP PENFIL INJ U-100	62	<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab</i> 10-12.5 mg	32
<i>finasteride</i>	84	<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab</i> 20-12.5 mg	32
FINTEPLA.....	44	FOTIVDA.....	26
<i>finzala</i>	66	FREAMINE III INJ 10%	96
<i>first aid antibiotic</i>	110	<i>fulvestrant</i>	23
<i>flac</i>	102	FUNGOID TINCTURE	111
FLAREX	99	<i>furosemide</i>	40
FLEBOGAMMA DIF	90	<i>furosemide inj</i>	40
<i>flecainide acetate</i>	36	FUZEON.....	13
FLEET ENE	81	<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	71
FLEET ENE ENEMA	81	<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	71
FLEET ENE PED	81	FYCOMPA	44
FLONASE ALLERGY RELIEF	108	G	
FLONASE ALLERGY RELIEF CH	108	<i>gabapentin</i>	44
FLONASE SENSIMIST.....	108	<i>galantamine hydrobromide</i>	47
FLOVENT DISKUS	109	GAMASTAN INJ	90
FLOVENT HFA	109	GAMMAGARD LIQUID	90
<i>fluconazole</i>	11	GAMMAGARD S/D IGA LESS TH.....	90
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml</i> ..	12	GAMMAKED	90
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i> ..	12	GAMMAPLEX	90
<i>flucytosine</i>	12	GAMUNEX-C	91
<i>fludrocortisone acetate</i>	72	<i>ganciclovir sodium</i>	16
<i>flunisolide (nasal)</i>	108	GARDASIL 9 INJ.....	92
<i>fluocinolone acetonide</i>	112	<i>gatifloxacin (ophth)</i>	99
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i>	102	GATTEX.....	83
<i>fluocinonide</i>	112, 113	GAUZE PADS 2	62
<i>fluocinonide emulsified base</i>	113	<i>gavilyte-c</i>	81
<i>fluorometholone (ophth)</i>	100	<i>gavilyte-g</i>	81
<i>fluorouracil</i>	22	<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	81
<i>fluorouracil (topical)</i>	114	GAVISCON SUS.....	76
<i>fluoxetine hcl</i>	48	GAVISCON SUS CHERRY	76
<i>fluphenazine decanoate</i>	51	GAVRETO	26
<i>fluphenazine hcl</i>	52	<i>gemcitabine hcl</i>	22
<i>flurbiprofen</i>	5	<i>gemfibrozil</i>	37
<i>flurbiprofen sodium</i>	100	<i>generlac</i>	81
<i>flutamide</i>	23	<i>gengraf</i>	91
<i>fluticasone propionate</i>	113	GENOTROPIN.....	73
<i>fluticasone propionate (nasal)</i>	108	GENOTROPIN MINIQUICK.....	73
<i>fluvoxamine maleate</i>	42		
FOLBIC TAB	97		
<i>folic acid</i>	97		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>gentak</i>	99	<i>gnp anti-diarrheal</i>	78
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	10	<i>gnp arthritis pain relief</i>	2
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	10	<i>gnp artificial tears</i>	101
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	10	<i>gnp aspirin</i>	2
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	10	<i>gnp aspirin low dose</i>	2
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	10	<i>gnp athletes foot</i>	111
<i>gentamicin sulfate</i>	10	<i>gnp budesonide nasal spra</i>	108
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>	99	<i>gnp childrens allergy</i>	104
<i>gentamicin sulfate (topical)</i>	110	<i>gnp childrens ibuprofen</i>	5
GENTEAL SEVERE TEARS	101	<i>gnp clearlax</i>	81
<i>genteal tears mild</i>	101	<i>gnp clotrimazole 3</i>	85
<i>genteal tears night-time</i>	101	<i>gnp enema</i>	81
<i>gentle laxative</i>	81	<i>gnp fluticasone propionat</i>	108
GENVOYA TAB.....	15	<i>gnp foaming antacid</i>	77
GILENYA.....	57	<i>gnp gentle laxative</i>	81
GILOTRIF	26	<i>gnp heartburn relief</i>	80
<i>glatiramer acetate</i>	57	<i>gnp hydrocortisone</i>	113
<i>glatopa</i>	57	<i>gnp hydrocortisone/aloe</i>	113
<i>glimepiride</i>	60	<i>gnp hydrocortisone maximu</i>	113
<i>glipizide</i>	60	<i>gnp hydrocortisone plus</i>	113
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	60	<i>gnp ibuprofen</i>	5
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	61	<i>gnp ibuprofen infants</i>	5
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	61	<i>gnp ibuprofen junior stre</i>	5
<i>glipizide xl</i>	60	<i>gnp infants pain/fever</i>	2
<i>glycopyrrolate</i>	80	<i>gnp k-pec</i>	78
<i>glydo</i>	113	<i>gnp lansoprazole</i>	84
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	61	<i>gnp laxative</i>	81
GLYXAMBI TAB 25-5 MG.....	61	<i>gnp lice treatment</i>	115
<i>gnp 8 hour arthritis reli</i>	2	<i>gnp loperamide hydrochlor</i>	78
<i>gnp 8 hour pain relief</i>	2	<i>gnp loratadine</i>	104
<i>gnp 8 hour pain reliever</i>	2	<i>gnp loratadine childrens</i>	104
<i>gnp acetaminophen</i>	2	<i>gnp lubricating plus eye</i>	101
<i>gnp acetaminophen extra s</i>	2	<i>gnp miconazole 1 combinat</i>	85
<i>gnp acid reducer</i>	80	<i>gnp miconazole 3</i>	85
<i>gnp acid reducer maximum</i>	80	<i>gnp miconazole 7</i>	85
<i>gnp adult aspirin low str</i>	2	<i>gnp naproxen</i>	5
<i>gnp all day allergy</i>	104	<i>gnp naproxen sodium</i>	5
<i>gnp all day allergy child</i>	104	<i>gnp natural fiber</i>	81
<i>gnp allergy</i>	104	<i>gnp nicotine gum</i>	58
<i>gnp allergy antihistamine</i>	104	<i>gnp nicotine mini lozenge</i>	58
<i>gnp allergy relief</i>	104	<i>gnp nicotine polacrilex</i>	59
<i>gnp antacid and anti-gas/</i>	76	<i>gnp nicotine polacrilex m</i>	59
<i>gnp antacid anti-gas/maxi</i>	76	<i>gnp nicotine transdermal</i>	59
<i>gnp antacid & anti-gas/re</i>	76	<i>gnp omeprazole</i>	84
<i>gnp antacid extra strengt</i>	77	<i>gnp pain & fever children</i>	2
<i>gnp antacid/regular stren</i>	77	<i>gnp pain relief</i>	2

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>gnp pain relief extra str</i>	2	HARVONI PAK 33.75-150MG.....	16
<i>gnp pink bismuth</i>	78	HARVONI PAK 45-200MG.....	16
<i>gnp stomach relief</i>	78	HARVONI TAB 45-200MG	16
<i>gnp stool softener</i>	81	HARVONI TAB 90-400MG	16
<i>gnp tolnaftate</i>	111	HAVRIX.....	92
<i>gnp triple antibiotic</i>	110	<i>heartburn relief</i>	80
<i>gnp womens gentle laxativ</i>	81	<i>heartburn relief extra st</i>	77
GOLYTELY SOL	82	<i>heartburn relief maximum</i>	80
<i>goodsense all day allergy</i>	104	<i>heather</i>	66
<i>goodsense aller-ease</i>	104	HEPARIN/NACL INJ 25000UNT	86
<i>goodsense allergy relief</i>	104	<i>heparin sodium (porcine)</i>	86
<i>goodsense anti-diarrheal</i>	78	<i>hepatamine</i>	96
<i>goodsense arthritis pain</i>	2	HEP SOD/D5W INJ 20000UNT	86
<i>goodsense aspirin</i>	3	HEP SOD/D5W INJ 25000UNT	86
<i>goodsense aspirin adult l</i>	3	HEP SOD/NACL INJ 25000UNT.....	86
<i>goodsense ibuprofen</i>	5	HERCEP HYLEC SOL 60-10000.....	26
<i>goodsense ibuprofen child</i>	5	HERCEPTIN	26
<i>goodsense ibuprofen infan</i>	5	HERZUMA.....	26
<i>goodsense lansoprazole</i>	84	HETLIOZ	55
<i>goodsense lubricating plu</i>	101	HIBERIX	92
<i>goodsense naproxen sodium</i>	5	HISTEX	104
<i>goodsense nicotine</i>	59	HISTEX PD	104
<i>goodsense nicotine gum</i>	59	<i>hm advanced antacid maxim</i>	77
<i>goodsense nicotine polacr</i>	59	<i>hm all day allergy childr</i>	104
<i>goodsense pain & fever ch</i>	3	<i>hm allergy relief</i>	104
<i>goodsense pain & fever in</i>	3	<i>hm allergy relief childre</i>	105
<i>goodsense pain relief</i>	3	<i>hm allergy relief nasal s</i>	108
<i>goodsense pain relief ext</i>	3	<i>hm antacid</i>	77
<i>goodsense stomach relief</i>	78	<i>hm antacid/antigas</i>	77
<i>granisetron hcl</i>	79	<i>hm antacid anti-gas extra</i>	77
<i>griseofulvin microsize</i>	12	<i>hm antacid extra strength</i>	77
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	12	<i>hm antacid regular streng</i>	77
<i>guanfacine hcl</i>	41	<i>hm anti-diarrheal</i>	78
<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	55	<i>hm arthritis pain relief</i>	3
GVOKE HYPOPEN 2-PACK.....	72	<i>hm aspirin</i>	3
GVOKE KIT	72	<i>hm aspirin ec low dose</i>	3
GVOKE PFS.....	72	<i>hm calcium antacid extra</i>	77
H		<i>hm cetirizine hcl childre</i>	105
HAEGARDA.....	87	<i>hm cetirizine hydrochlori</i>	105
<i>hailey 1.5/30</i>	66	<i>hm enema saline laxative</i>	82
<i>hailey 24 fe</i>	66	<i>hm famotidine</i>	80
<i>halobetasol propionate</i>	113	<i>hm fexofenadine hydrochlo</i>	105
<i>haloperidol</i>	52	<i>hm fiber</i>	82
<i>haloperidol decanoate</i>	52	<i>hm hydrocortisone/aloe ma</i>	113
<i>haloperidol lactate</i>	52	<i>hm hydrocortisone plus</i>	113
		<i>hm ibuprofen</i>	5

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>hm ibuprofen childrens</i>	5	<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	80
<i>hm ibuprofen ib</i>	5	<i>hydrocortisone maximum st</i>	113
<i>hm ibuprofen ib/junior st</i>	6	<i>hydrocortisone (rectal)</i>	114
<i>hm ibuprofen infants</i>	6	<i>hydrocortisone (topical)</i>	113
<i>hm lansoprazole</i>	84	<i>hydromorphone hcl</i>	8
<i>hm laxative</i>	82	<i>hydroxocobalamin acetate</i>	97
<i>hm lice killing maximum s</i>	115	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	90
<i>hm lice treatment</i>	115	<i>hydroxyurea</i>	24
<i>hm loratadine</i>	105	<i>hydroxyzine hcl</i>	105
<i>hm loratadine childrens</i>	105	<i>hydroxyzine pamoate</i>	105
<i>hm lubricating plus</i>	101	HYSINGLA ER	7
<i>hm naproxen sodium</i>	6	I	
<i>hm nicotine polacrilex</i>	59	<i>ibandronate sodium</i>	64
<i>hm nicotine transdermal s</i>	59	IBRANCE	26
<i>hm omeprazole</i>	84	<i>ibu</i>	6
<i>hm pain & fever childrens</i>	3	<i>ibu-200</i>	6
<i>hm pain & fever infants</i>	3	<i>ibuprofen</i>	6
<i>hm pain relief</i>	3	<i>ibuprofen childrens</i>	6
<i>hm pain relief extra stre</i>	3	<i>ibuprofen infants</i>	6
<i>hm pain reliever</i>	3	<i>ibuprofen infants drops</i>	6
<i>hm povidone-iodine</i>	114	<i>ibuprofen junior strength</i>	6
<i>hm stomach relief</i>	78	<i>icatibant acetate</i>	87
<i>hm stomach relief ultra</i>	78	<i>iclevia</i>	66
<i>hm stool softener</i>	82	ICLUSIG	26
<i>hm triple antibiotic</i>	110	IDHIFA	26
HUMIRA	88	ILEVRO	100
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	88	<i>imatinib mesylate</i>	26, 27
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D	88	IMBRUVICA	27
HUMIRA PEN	89	<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> 250 mg	10
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START	89	<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> 500 mg	10
HUMIRA PEN KIT PS/UV	89	<i>imipramine hcl</i>	48
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S	89	<i>imiquimod</i>	114
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	89	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	92
HUMULIN R U-500 (CONCENTR)	62	<i>incassia</i>	66
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	63	INCRELEX	73
<i>hydralazine hcl</i>	41	INCRUSE ELLIPTA	103
<i>hydrochlorothiazide</i>	40	<i>indapamide</i>	40
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-</i> 325 mg/15ml	8	INFANRIX INJ	92
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i> .8		INFANTS ADVIL	6
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-</i> 325 mg	8	<i>infants ibuprofen</i>	6
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg</i> 8		INFLIXIMAB	89
<i>hydrocodone bitartrate</i>	7	INFUVITE INJ	97
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	8	INFUVITE INJ ADULT	97
<i>hydrocortisone</i>	72		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
INFUVITE INJ PEDIATRI.....	97	J	
INGREZZA.....	56	JAKAFI	27
INGREZZA CAP 40-80MG.....	57	<i>jantoven</i>	86
INLYTA.....	27	JANUMET TAB 50-500MG.....	61
INQOVI TAB 35-100MG.....	22	JANUMET TAB 50-1000	61
INREBIC.....	27	JANUMET XR TAB 50-500MG.....	61
INSULIN SAFETY NEEDLES.....	63	JANUMET XR TAB 50-1000	61
INSULIN SYRINGES\ BD/ULTIMED/ ALLISON/TRIVIDIA/MHC	63	JANUMET XR TAB 100-1000.....	61
INTELENCE.....	13	JANUVIA	61
INTRALIPID.....	96	JARDIANCE	61
INTRON A.....	91	<i>jasmiel</i>	66
<i>introvale</i>	66	<i>javygtor</i>	73
INVEGA SUSTENNA	52	JENTADUETO TAB 2.5-500	61
INVEGA TRINZA.....	52	JENTADUETO TAB 2.5-850	61
INVIRASE	13	JENTADUETO TAB 2.5-1000	61
IPOL INJ INACTIVE.....	92	JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	61
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	102	JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	61
<i>ipratropium bromide</i>	103	<i>jinteli</i>	71
<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	103	<i>jolessa</i>	66
<i>irbesartan</i>	36	<i>juleber</i>	66
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150- 12.5 mg</i>	34	JULUCA TAB 50-25MG.....	15
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300- 12.5 mg</i>	34	<i>junel 1.5/30</i>	66
IRESSA	27	<i>junel 1/20</i>	66
<i>irinotecan hcl</i>	24	<i>junel fe 1.5/30</i>	66
ISENTRESS	13	<i>junel fe 1/20</i>	67
ISENTRESS HD.....	13	<i>junel fe 24</i>	67
<i>isibloom</i>	66	K	
ISOLYTE-P INJ /D5W	94	KADCYLA	27
ISOLYTE-S INJ.....	94	<i>kaitlib fe</i>	67
ISOLYTE-S INJ PH 7.4.....	94	KALYDECO	107
<i>isoniazid</i>	15	KANJINTI.....	27
ISOPTO ATROPINE	101	<i>kariva</i>	67
ISOPTO TEARS.....	101	<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	94
<i>isosorbide dinitrate</i>	41	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	94
<i>isosorbide mononitrate</i>	41	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	94
<i>isotretinoin</i>	110	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	94
<i>isradipine</i>	39	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	94
<i>itraconazole</i>	12	<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	94
<i>ivermectin</i>	10	KCL 20 MEQ/L (0.15%) IN NAACL 0.45% INJ.....	94
IXIARO INJ	92		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	94	<i>lapatinib ditosylate</i>	27
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	94	<i>larin 1.5/30</i>	67
KCL 40 MEQ/L (0.3%) IN NACL 0.9% INJ....	94	<i>larin 1/20</i>	67
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%.....	94	<i>larin 24 fe</i>	67
<i>kelnor 1/35</i>	67	<i>larin fe 1.5/30</i>	67
<i>kelnor 1/50</i>	67	<i>larin fe 1/20</i>	67
KERENDIA.....	33	<i>larissia</i>	67
KESIMPTA.....	57	LASTACRAFT.....	100
<i>ketoconazole</i>	12	<i>latanoprost</i>	101
<i>ketoconazole (topical)</i>	111, 112	LATUDA.....	52
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>	100	<i>layolis fe</i>	67
<i>ketotifen fumarate (ophth)</i>	100	<i>leena</i>	67
KEYTRUDA.....	27	<i>leflunomide</i>	90
KINRIX INJ.....	92	<i>lenalidomide</i>	23
KISQALI 200 DOSE.....	27	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE.....	27
KISQALI 200 PAK FEMARA.....	24	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE.....	27
KISQALI 400 DOSE.....	27	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE.....	27
KISQALI 400 PAK FEMARA.....	24	LENVIMA 12MG DAILY DOSE.....	28
KISQALI 600 DOSE.....	27	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE.....	28
KISQALI 600 PAK FEMARA.....	24	LENVIMA CAP 14 MG.....	28
<i>klor-con</i>	95	LENVIMA CAP 18 MG.....	28
<i>klor-con 8</i>	95	LENVIMA CAP 24 MG.....	28
<i>klor-con 10</i>	95	<i>lessina</i>	67
<i>klor-con m10</i>	95	<i>letrozole</i>	23
<i>klor-con m15</i>	95	<i>leucovorin calcium</i>	31
<i>klor-con m20</i>	95	LEUKERAN.....	21
<i>konsyl daily fiber</i>	82	<i>leuprolide acetate</i>	23
KORLYM.....	73	<i>levabuterol hcl</i>	106
K-PHOS.....	97	<i>levabuterol tartrate</i>	106
<i>kurvelo</i>	67	LEVEMIR.....	63
KYNMOBI.....	50	LEVEMIR FLEXTOUCH.....	63
L		<i>levetiracetam</i>	45
<i>labetalol hcl</i>	39	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>	45
<i>lacosamide</i>	44	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	45
<i>lactated ringer's solution</i>	94	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	45
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	114	<i>levobunolol hcl</i>	101
<i>lactulose</i>	82	<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>	73
<i>lactulose (encephalopathy)</i>	82	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	105
<i>lamivudine</i>	13	<i>levofloxacin</i>	19
<i>lamivudine (hbv)</i>	16	<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	19
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	15	<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	19
<i>lamotrigine</i>	44	<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	19
<i>lansoprazole</i>	84	<i>levonest</i>	67

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
levonor-eth est tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg ð est 0.01 mg	67	loestrin fe 1/20.....	68
levonorgestrel (emergency oc)	67	LOKELMA.....	64
levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg	67	LONSURF TAB 15-6.14	22
levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg	67	LONSURF TAB 20-8.19	22
levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg- 20 mcg	67	loperamide hcl	78, 83
levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg	67	LOPERAMIDE HYDROCHLORIDE.....	78
levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)	67	lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80- 20 mg/ml)	15
levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)	67	lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg	15
levora 0.15/30-28.....	67	lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg.....	15
levo-t.....	75	loratadine	105
levothyroxine sodium	75	loratadine childrens	105
levoxyl	75	lorazepam	42
LEXIVA.....	13	lorazepam intensol	42
lice killing maximum stre	115	LORBRENA	28
lice killing shampoo	115	loryna.....	68
lice treatment	115	losartan potassium	36
lidocaine.....	113, 114	losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg.....	35
lidocaine hcl	114	losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg.....	35
lidocaine hcl (local anesth.)	9	losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg	35
lidocaine hcl (mouth-throat)	115	LOTEMAX	100
lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%	114	lovastatin	37
lillow.....	68	low-ogestrel.....	68
linezolid	10	loxapine succinate	52
linezolid in sodium chloride iv soln 600 mg/300ml-0.9%.....	10	lubricant eye drops.....	101
LINZESS	83	lubricant eye nighttime	101
liothyronine sodium	75	lubricating plus eye drop	101
lisinopril.....	33	LUMAKRAS.....	28
lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10- 12.5 mg	32	LUMIGAN	101
lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20- 12.5 mg	32	LUMIZYME	73
lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20- 25 mg.....	32	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	23
LITHIUM	57	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	23
lithium carbonate	57	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH.....	73
loestrin 1.5/30-21.....	68	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH	74
loestrin 1/20-21.....	68	lutera	68
loestrin fe 1.5/30	68	lyleq	68
		lyllana	71
		LYNPARZA	28
		LYSODREN	23
		lyza.....	68
		M	
		MAG-AL LIQ.....	77

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>mag-al plus</i>	77	<i>methadone hydrochloride i</i>	7
<i>mag-al plus xs</i>	77	<i>methazolamide</i>	40
<i>magnesium oxide</i>	77	<i>methenamine hippurate</i>	10
<i>magnesium sulfate</i>	94	<i>methimazole</i>	75
MAGNESIUM SULFATE	94	<i>methocarbamol</i>	58
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1</i> <i>gm/100ml</i>	95	<i>methotrexate sodium</i>	22, 90
<i>malathion</i>	115	<i>methylphenidate hcl</i>	55
<i>manganese chloride</i>	97	<i>methylprednisolone</i>	72
<i>mapap</i>	3	<i>methylprednisolone acetate</i>	72
<i>mapap acetaminophen extra</i>	3	<i>methylprednisolone sod succ</i>	72
<i>mapap arthritis pain</i>	3	<i>metoclopramide hcl</i>	79
<i>mapap childrens</i>	3	<i>metolazone</i>	40
<i>maraviroc</i>	13	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-</i> <i>25 mg</i>	38
<i>marlissa</i>	68	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-</i> <i>25 mg</i>	38
MARPLAN	48	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-</i> <i>50 mg</i>	38
MATULANE.....	24	<i>metoprolol succinate</i>	39
MAVYRET PAK 50-20MG	16	<i>metoprolol tartrate</i>	39
MAVYRET TAB 100-40MG	16	<i>metronidazole</i>	10
<i>m-dryl</i>	105	<i>metronidazole (topical)</i>	114
<i>meclizine hcl</i>	79	<i>metronidazole vaginal</i>	85
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	75	<i>metyrosine</i>	41
<i>medroxyprogesterone acetate</i> <i>(contraceptive)</i>	68	MG SO4/D5W INJ 10MG/ML.....	95
<i>mefloquine hcl</i>	12	<i>mi-acid</i>	77
<i>megestrol acetate</i>	23, 75	<i>micafungin sodium</i>	12
<i>megestrol acetate (appetite)</i>	75	<i>miconazole 1</i>	85
MEKINIST	28	<i>miconazole 3</i>	85
MEKTOVI.....	28	<i>miconazole 3 combination</i>	85
<i>meloxicam</i>	6	<i>miconazole 3 combo pack</i>	85
<i>memantine hcl</i>	47	<i>miconazole 7</i>	85
<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i> <i>titration pack</i>	47	<i>miconazole nitrate (topical)</i>	111
MENACTRA INJ	92	<i>miconazole nitrate vaginal</i>	86
MENQUADFI INJ	92	<i>miconazole nitrate vaginal supp 1200 mg &</i> <i>2% cream kit</i>	86
MENVEO INJ	93	<i>microgestin 1.5/30</i>	68
MEPHYTON	97	<i>microgestin 1/20</i>	68
<i>mercaptopurine</i>	22	<i>microgestin 24 fe</i>	68
<i>meropenem</i>	10	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	68
<i>mesalamine</i>	81	<i>microgestin fe 1/20</i>	68
<i>mesalamine w/ cleanser</i>	81	<i>midodrine hcl</i>	41
MESNEX.....	31	<i>miglustat</i>	74
<i>metadate er</i>	55	<i>mili</i>	68
<i>metamucil</i>	82	<i>mimvey</i>	71
<i>metformin hcl</i>	61	<i>minocycline hcl</i>	21
<i>methadone hcl</i>	7		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>minoxidil</i>	41	NAMZARIC CAP 28-10MG.....	47
<i>mintox maximum strength</i>	77	NAMZARIC CAP PACK.....	47
<i>mirtazapine</i>	48	<i>naproxen</i>	6
<i>misoprostol</i>	83	<i>naproxen sodium</i>	6
MITIGARE.....	1	<i>naratriptan hcl</i>	56
M-M-R II INJ	92	NASCOBAL.....	97
M-NATAL PLUS TAB	95	NATACYN.....	99
<i>moexipril hcl</i>	33	<i>nateglinide</i>	61
<i>molindone hcl</i>	52	NATPARA.....	64
<i>mometasone furoate</i>	113	NAYZILAM	45
MONJUVI.....	28	<i>nebivolol hcl</i>	39
<i>mono-linyah</i>	68	<i>necon 0.5/35-28</i>	68
<i>montelukast sodium</i>	106	<i>nefazodone hcl</i>	48
<i>morphine sulfate</i>	7, 8	<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	99
MORPHINE SULFATE	8	<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	99
MOVANTIK.....	83	<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	98
<i>moxifloxacin hcl</i>	19	<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	98
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	99	<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	98
<i>m-pap</i>	3	<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	102
MULTAQ	36	<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	102
<i>multivitamin/fluoride</i>	97	<i>neomycin sulfate</i>	10
<i>multivitamin/fluoride/iro</i>	97	NEPHPLEX RX TAB.....	98
<i>multivitamin with fluorid</i>	97	NERLYNX	28
<i>multi-vit/iron/fluoride</i>	97	NEUPRO	50
<i>mupirocin</i>	110	<i>nevirapine</i>	13
MVASI.....	28	<i>new day</i>	68
<i>mvc-fluoride</i>	97	NEXAVAR.....	28
M.V.I PEDIAT INJ	97	<i>niacin</i>	98
<i>my choice</i>	68	<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	38
<i>mycophenolate mofetil</i>	91, 92	<i>nicardipine hcl</i>	39
<i>mycophenolate sodium</i>	92	NICODERM CQ	59
<i>myorisan</i>	110	NICORETTE	59
MYRBETRIQ.....	85	NICORETTE MINI.....	59
<i>my way</i>	68	NICORETTE STARTER KIT	59
N		<i>nicotine</i>	59
<i>nabumetone</i>	6	<i>nicotine mini lozenge</i>	59
<i>nadolol</i>	39	<i>nicotine polacrilex</i>	59
<i>nafcillin sodium</i>	20	NICOTINE SYS KIT TRANSDER.....	59
NAGLAZYME.....	74	<i>nicotine transdermal syst</i>	59
<i>nalbuphine hcl</i>	8	NICOTROL INHALER	59
<i>naloxone hcl</i>	59	NICOTROL NS	59
<i>naltrexone hcl</i>	59		
NAMZARIC CAP 7-10MG	47		
NAMZARIC CAP 14-10MG	47		
NAMZARIC CAP 21-10MG.....	47		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>nifedipine</i>	39	<i>nortriptyline hcl</i>	48
<i>nikki</i>	68	NORVIR	13
<i>nilutamide</i>	23	NOVOLIN INJ 70/30	63
<i>nimodipine</i>	40	NOVOLIN INJ 70/30 FP	63
NINLARO.....	28	NOVOLIN N.....	63
<i>nitazoxanide</i>	10	NOVOLIN N FLEXPEN	63
<i>nitisinone</i>	74	NOVOLIN R.....	63
NITRO-BID	41	NOVOLIN R FLEXPEN.....	63
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	10	NOVOLOG.....	63
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	10	NOVOLOG FLEXPEN	63
<i>nitroglycerin</i>	41	NOVOLOG MIX INJ 70/30	63
<i>nizatidine</i>	80	NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN.....	63
<i>non-aspirin pain relief e</i>	3	NOVOLOG PENFILL	63
<i>nora-be</i>	68	NOXAFIL	12
<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab</i> <i>1 mg-20 mcg (24)</i>	69	NUBEQA.....	23
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab</i> <i>1 mg-20 mcg</i>	69	NUDEXTA CAP 20-10MG.....	57
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab</i> <i>1.5 mg-30 mcg</i>	69	NULOJIX	92
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab</i> <i>1 mg-20 mcg</i>	69	NULYTELY SOL LMN/LIME.....	82
<i>norethindrone acetate</i>	75	NUPLAZID.....	52
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab</i> <i>0.5 mg-2.5 mcg</i>	71	NURTEC	56
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab</i> <i>1 mg-5 mcg</i>	71	NUTRILIPID.....	96
<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab</i> <i>1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	69	NUZYRA	21
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	68	<i>nyamyc</i>	111
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew</i> <i>tab 0.4 mg-35 mcg</i>	68	<i>nylia 1/35</i>	69
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew</i> <i>tab 0.8 mg-25 mcg</i>	68	<i>nylia 7/7/7</i>	69
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-</i> <i>25/0.25-25 mg-mcg</i>	69	NYMALIZE.....	40
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-</i> <i>35/0.25-35 mg-mcg</i>	69	<i>nymyo</i>	69
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab</i> <i>0.25 mg-35 mcg</i>	69	<i>nystatin</i>	12
<i>norlyroc</i>	69	<i>nystatin (mouth-throat)</i>	115
NORPACE CR	36	<i>nystatin (topical)</i>	111
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	69	<i>nystop</i>	111
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	69	o	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	69	<i>ocella</i>	69
<i>nortrel 7/7/7</i>	69	OCTAGAM	91
		<i>octreotide acetate</i>	74
		ODEFSEY TAB	15
		ODOMZO	28
		OFEV.....	107
		<i>ofloxacin (ophth)</i>	99
		<i>ofloxacin (otic)</i>	102
		OGIVRI.....	28
		OGIVRI INJ 420MG.....	28
		<i>olanzapine</i>	52
		<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 20-5-12.5 mg</i>	35

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	35	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg</i>	8
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	35	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i> 8	
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>	35	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	9
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	35	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg</i>	9
<i>olmesartan medoxomil</i>	36	OXYCONTIN	7
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	35	OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE)	61
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	35	OZEMPIC (1MG/DOSE).....	61
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	35	OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8MG/3ML	61
<i>olopatadine hcl</i>	100	P	
<i>omeprazole</i>	84	<i>pacerone</i>	36
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO.....	63	<i>paclitaxel</i>	24
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS.....	63	PACLITAXEL INJ 100MG.....	24
OMNIPOD DASH KIT INTRO.....	63	<i>paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg</i>	24
OMNIPOD DASH MIS PODS.....	63	<i>pain & fever childrens</i>	3
OMNIPOD MIS CLASSIC	63	<i>pain & fever infants</i>	3
OMNIPOD PDM KIT CLASSIC.....	63	<i>pain relief extra strengt</i>	3
<i>ondansetron</i>	79	<i>paliperidone</i>	52
<i>ondansetron hcl</i>	79	<i>pamidronate disodium</i>	64
ONTRUZANT	28	PAMIDRONATE DISODIUM.....	64
ONUREG.....	22	PANRETIN	114
<i>opcicon one-step</i>	69	<i>pantoprazole sodium</i>	84
OPSUMIT	42	PANZYGA.....	91
<i>option 2</i>	69	<i>paraplatin</i>	21
ORGOVYX.....	23	<i>paricalcitol</i>	76
ORKAMBI GRA 100-125	107	<i>paromomycin sulfate</i>	10
ORKAMBI GRA 150-188	107	<i>paroxetine hcl</i>	48, 49
ORKAMBI TAB 100-125	107	PASER.....	15
ORKAMBI TAB 200-125.....	107	PAXIL.....	49
<i>orsythia</i>	69	<i>pediaclear pd childrens</i>	105
<i>oseltamivir phosphate</i>	16	PEDIARIX INJ 0.5ML	93
OTEZLA	89	PEDIAVENT	105
OTEZLA TAB 10/20/30.....	89	PEDVAX HIB	93
<i>oxacillin sodium</i>	20	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>	82
<i>oxaliplatin</i>	21	<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	82
<i>oxandrolone</i>	60	PEGASYS	16
<i>oxcarbazepine</i>	45	PEMAZYRE	28
<i>oxybutynin chloride</i>	85	<i>pemetrexed disodium</i>	22
<i>oxycodone hcl</i>	8	PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	20
		PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	20

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>penicillamine</i>	64	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	20
<i>penicillin g potassium</i>	20	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	21
PENICILLIN G PROCAINE	20	PIQRAY 200MG DAILY DOSE.....	28
<i>penicillin g sodium</i>	20	PIQRAY 250MG TAB DOSE.....	28
<i>penicillin v potassium</i>	20	PIQRAY 300MG DAILY DOSE.....	28
PEN NEEDLES\ NOVO/BD/ULTIMED/ OWEN/TRIVIDIA	63	<i>pirfenidone</i>	107
PENTACEL INJ.....	93	<i>pirmella 1/35</i>	69
<i>pentamidine isethionate inh</i>	10	<i>piroxicam</i>	6
<i>pentamidine isethionate inj</i>	11	PLAN B ONE-STEP	69
<i>pentoxifylline</i>	87	PLASMA-LYTE INJ -148	95
<i>peptic relief</i>	78	PLASMA-LYTE INJ -A.....	95
PEPTO BISMOL.....	78	<i>plenamine</i>	96
PEPTO-BISMOL	78	PLENVU SOL	82
<i>perindopril erbumine</i>	33	<i>podofilox</i>	114
<i>periogard</i>	115	<i>polyethylene glycol 3350</i>	82
<i>permethrin</i>	115	<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	99
<i>perphenazine</i>	52	POMALYST	23
PERSERIS	52	<i>portia-28</i>	69
<i>pfizerpen</i>	20	<i>posaconazole</i>	12
<i>pharbedryl</i>	105	<i>potassium chloride</i>	95
<i>pharbetol</i>	3	POTASSIUM CHLORIDE.....	95
<i>pharbetol extra strength</i>	3	<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	95
<i>phenelzine sulfate</i>	49	<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i>	95
<i>phenobarbital</i>	45	<i>potassium citrate (alkalinizer)</i>	85
<i>phenobarbital sodium</i>	45	<i>povidone-iodine</i>	114
PHENYTEK.....	45	PRALUENT.....	38
<i>phenytoin</i>	45	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	50
<i>phenytoin sodium</i>	45	<i>prasugrel hcl</i>	88
<i>phenytoin sodium extended</i>	45	<i>pravastatin sodium</i>	37
PHESGO SOL.....	28	<i>praziquantel</i>	11
<i>philith</i>	69	<i>prazosin hcl</i>	33
<i>phytonadione</i>	98	<i>prednisolone</i>	72
PIFELTRO	13	<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	100
<i>pilocarpine hcl</i>	101	PREDNISOLONE SODIUM PHOSP	100
<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	115	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	72
<i>pimozide</i>	53	<i>prednisone</i>	72
<i>pimtrea</i>	69	PREDNISON INTENSOL.....	72
<i>pindolol</i>	39	<i>pregabalin</i>	45
<i>pioglitazone hcl</i>	61	<i>pregabalin (once-daily)</i>	57
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	20	PREHEVBRIO.....	93
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	20	PREMASOL SOL 10%	96
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	20		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
PRENATAL TAB 27-1MG.....	95	<i>qc acid controller</i>	80
PRENATAL TAB PLUS	95	<i>qc acid controller maximu</i>	80
PRENATAL VIT TAB LOW IRON	95	<i>qc all day allergy</i>	105
PREVACID 24HR	84	<i>qc allergy relief</i>	108
<i>prevalite</i>	38	<i>qc antacid</i>	77
PREVYMIS	17	<i>qc antacid/anti-gas</i>	77
PREZCOBIX TAB 800-150.....	15	<i>qc antacid/anti-gas maxim</i>	77
PREZISTA	13	<i>qc anti-diarrheal</i>	78
PRIFTIN	16	<i>qc arthritis pain relief</i>	3
<i>primaquine phosphate</i>	12	<i>qc aspirin</i>	3
PRIMAQUINE PHOSPHATE	12	<i>qc aspirin low dose</i>	4
<i>primidone</i>	45	<i>qc chewable aspirin low d</i>	4
PRIORIX INJ.....	93	<i>qc childrens allergy</i>	105
PRIVIGEN	91	<i>qc childrens ibuprofen</i>	6
<i>probenecid</i>	1	<i>qc chlor-pheniramine</i>	105
PROCALAMINE INJ 3%	96	<i>qc complete allergy medic</i>	105
<i>prochlorperazine</i>	79	<i>qc diarrhea relief</i>	78
<i>prochlorperazine edisylate</i>	79	<i>qc enema</i>	82
<i>prochlorperazine maleate</i>	79	<i>qc enteric aspirin</i>	4
PROCRIT	87	<i>qc fexofenadine hydrochlo</i>	105
<i>procto-med hc</i>	114	<i>qc gentle laxative</i>	82
<i>procto-pak</i>	114	<i>qc ibuprofen</i>	6
<i>proctosol hc</i>	114	<i>qc ibuprofen ib</i>	6
<i>proctozone-hc</i>	114	<i>qc lansoprazole</i>	84
PROGRAF	92	<i>qc loratadine allergy rel</i>	105
PROLASTIN-C	107	<i>qc miconazole 7</i>	86
PROLENSA.....	100	<i>qc naproxen sodium</i>	6
PROLIA	64	<i>qc natural vegetable</i>	82
PROMACTA	87, 88	<i>qc non-aspirin childrens</i>	4
<i>promethazine hcl</i>	79	<i>qc non-aspirin extra stre</i>	4
<i>propafenone hcl</i>	37	<i>qc pain relief</i>	4
<i>proparacaine hcl</i>	101	<i>qc pain relief childrens</i>	4
<i>propranolol hcl</i>	39	<i>qc pain relief extra stre</i>	4
<i>propylthiouracil</i>	75	<i>qc pink bismuth</i>	78
PROQUAD INJ.....	93	<i>qc povidone iodine</i>	114
PROSOL INJ 20%	96	<i>qc stool softener</i>	82
<i>protriptyline hcl</i>	49	<i>qc tolnaftate</i>	111
PULMICORT FLEXHALER	109	QINLOCK	28
PULMOZYME.....	107	QUADRACEL INJ.....	93
PURIXAN.....	22	QUADRACEL INJ 0.5ML	93
<i>pyrazinamide</i>	16	<i>quetiapine fumarate</i>	53
<i>pyridostigmine bromide</i>	57	<i>quinapril hcl</i>	33
<i>pyridoxine hcl</i>	98	<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 10-</i> <i>12.5 mg</i>	32
Q		<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-</i> <i>12.5 mg</i>	32
<i>qc 3 day vaginal cream</i>	86		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	32	<i>risedronate sodium</i>	64
<i>quinidine sulfate</i>	37	RISPERDAL CONSTA.....	53
<i>quinine sulfate</i>	12	<i>risperidone</i>	53
R		<i>ritonavir</i>	14
RABAVERT INJ.....	93	RITUXAN.....	29
<i>rabeprazole sodium</i>	84	RITUXAN INJ HYCELA.....	29
<i>raloxifene hcl</i>	74	<i>rivastigmine</i>	47
<i>ramipril</i>	33	<i>rivastigmine tartrate</i>	47
<i>ranolazine</i>	41	<i>rivelsa</i>	70
<i>rasagiline mesylate</i>	50	<i>rizatriptan benzoate</i>	56
RAYALDEE.....	76	<i>ropinirole hydrochloride</i>	50
<i>reclipsen</i>	69	<i>rosadan</i>	114
RECOMBIVAX HB.....	93	<i>rosuvastatin calcium</i>	37
RECTIV.....	114	ROTARIX SUS.....	93
<i>refresh celluvisc</i>	102	ROTATEQ SOL.....	93
<i>refresh lacri-lube</i>	102	<i>roweepira</i>	45
REFRESH LIQUIGEL.....	102	ROZLYTREK.....	29
REFRESH PLUS.....	102	RUBRACA.....	29
<i>refresh p.m.</i>	102	<i>rufinamide</i>	45, 46
REFRESH TEARS.....	102	RUKOBIA.....	14
REGRANEX.....	115	RUXIENCE.....	29
RELENZA DISKHALER.....	17	RYBELSUS.....	62
RELISTOR.....	83	RYDAPT.....	29
REMICADE.....	89	S	
<i>renal caps</i>	98	<i>sajazir</i>	88
RENFLEXIS.....	89	SANDIMMUNE.....	92
<i>reno caps</i>	98	SANTYL.....	115
RENOVA.....	114	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	74
RENOVA PUMP.....	114	<i>scalpicin maximum strengt</i>	113
<i>repaglinide</i>	61, 62	SCSEMBLIX.....	29
RESTASIS.....	102	<i>scopolamine</i>	79
RESTASIS MULTIDOSE.....	102	SECUADO.....	53
RETEVMO.....	29	<i>selegiline hcl</i>	50
REVLIMID.....	23	<i>selenium sulfide</i>	112
REXULTI.....	53	SELZENTRY.....	14
REYATAZ.....	13	SEREVENT DISKUS.....	106
REZUROCK.....	92	<i>sertraline hcl</i>	49
RHOPRESSA.....	101	<i>setlakin</i>	70
RIABNI.....	29	<i>sevelamer carbonate</i>	74
<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	17	<i>sharobel</i>	70
<i>rifabutin</i>	16	SHINGRIX.....	93
<i>rifampin</i>	16	SIGNIFOR.....	74
<i>riluzole</i>	57	<i>silace</i>	82
<i>rimantadine hydrochloride</i>	17	<i>siladryl allergy</i>	105
RINVOQ.....	89	<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> ..	42

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>silver sulfadiazine</i>	110	<i>sm hydrocortisone maximum</i>	113
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	101	<i>sm hydrocortisone plus</i>	113
<i>simliya</i>	70	<i>sm ibuprofen</i>	6
<i>simpesse</i>	70	<i>sm ibuprofen ib</i>	6
<i>simvastatin</i>	37	<i>sm infants ibuprofen</i>	6
<i>sirolimus</i>	92	<i>sm lansoprazole</i>	84
SIRTURO	16	<i>sm laxative</i>	82
SIVEXTRO	11	<i>sm lice killing maximum s</i>	115
SKYRIZI	89	<i>sm lice treatment</i>	115
SKYRIZI PEN	89	<i>sm loratadine</i>	106
SLOW-MAG TAB	97	<i>sm lubricating plus</i>	102
<i>sm 3-day vaginal</i>	86	<i>sm miconazole 3</i>	86
<i>sm acid reducer</i>	80	<i>sm miconazole 7</i>	86
<i>sm acid reducer maximum s</i>	80	<i>sm naproxen sodium</i>	7
<i>sm all day allergy</i>	105	<i>sm nicotine</i>	59
<i>sm all day allergy childr</i>	105	<i>sm nicotine polacrilex</i>	60
<i>sm allergy 4 hour</i>	105	<i>sm nicotine transdermal s</i>	60
<i>sm allergy childrens</i>	105	<i>sm omeprazole</i>	84
<i>sm allergy relief</i>	105	<i>sm pain & fever childrens</i>	4
<i>sm allergy relief nasal s</i>	109	<i>sm pain & fever infants</i>	4
<i>sm antacid</i>	77	<i>sm pain relief extra stre</i>	4
<i>sm antacid advanced</i>	77	<i>sm pain reliever</i>	4
<i>sm antacid advanced maxi</i>	77	<i>sm pain reliever extra st</i>	4
<i>sm antacid/antigas</i>	77	<i>sm povidone-iodine</i>	115
<i>sm antacid maximum streng</i>	77	<i>sm stomach relief</i>	79
<i>sm anti-diarrheal</i>	79	<i>sm stool softener</i>	82
<i>sm antifungal clotrimazol</i>	111	<i>sm tioconazole-1</i>	86
<i>sm antifungal miconazole</i>	111	<i>sm triple antibiotic orig</i>	110
<i>sm antifungal tolnaftate</i>	111	<i>sodium bicarbonate (antacid)</i>	77
<i>sm arthritis pain relieve</i>	4	<i>sodium chloride</i>	95
<i>sm aspirin</i>	4	<i>sodium chloride (gu irrigant)</i>	115
<i>sm aspirin adult low stre</i>	4	<i>sodium fluoride chew\; tab\; 1.1 (0.5 f) mg/ml</i> <i>soln</i>	95
<i>sm aspirin enteric coated</i>	4	<i>sodium phenylbutyrate</i>	74
<i>sm aspirin low dose</i>	4	<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	64
<i>sm calcium antacid</i>	77	<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-</i> <i>1.6 gm/177ml</i>	82
<i>sm calcium antacid extra</i>	77	<i>solifenacin succinate</i>	85
<i>sm childrens aspirin</i>	4	SOLQUA INJ 100/33.....	63
<i>sm childrens ibuprofen</i>	6	SOLTAMOX	23
<i>sm clotrimazole vaginal</i>	86	SOLU-CORTEF	72
<i>sm enema</i>	82	SOMATULINE DEPOT	74
<i>sm eye itch relief</i>	100	SOMAVERT	74
<i>sm fexofenadine hydrochlo</i>	105	<i>soothe & cool inzo antifu</i>	111
<i>sm fiber</i>	82	<i>sorafenib tosylate</i>	29
<i>sm gentle laxative</i>	82	<i>sorine</i>	37
<i>sm hydrocortisone</i>	113		
<i>sm hydrocortisone/aloe ma</i>	113		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>sotalol hcl</i>	37	<i>sunitinib malate</i>	29
<i>sotalol hcl (afib/afl)</i>	37	SUPREP BOWEL SOL PREP KIT	83
<i>spironolactone</i>	33	<i>syeda</i>	70
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab</i>		SYMBICORT AER 80-4.5	109
<i>25-25 mg</i>	40	SYMBICORT AER 160-4.5.....	109
<i>sprintec 28</i>	70	SYMDEKO TAB 50-75MG	107
SPRITAM	46	SYMDEKO TAB 100-150	108
SPRYCEL.....	29	SYMJEPI.....	108
<i>sps</i>	64	SYMPAZAN.....	46
<i>sronyx</i>	70	SYMTUZA TAB.....	15
<i>ssd</i>	110	SYNAREL	71
<i>stavudine</i>	14	SYNERCID INJ 500MG	11
STELARA.....	89, 90	SYNJARDY TAB 5-500MG.....	62
STIVARGA	29	SYNJARDY TAB 5-1000MG	62
<i>st joseph aspirin</i>	4	SYNJARDY TAB 12.5-500	62
<i>st joseph low dose aspiri</i>	4	SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	62
<i>stomach relief</i>	79	SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	62
<i>stomach relief extra stre</i>	79	SYNJARDY XR TAB 10-1000.....	62
<i>stomach relief ultra</i>	79	SYNJARDY XR TAB 12.5-1000MG.....	62
<i>stool softener</i>	82	SYNJARDY XR TAB 25-1000	62
<i>stool softener laxative</i>	82	SYNRIBO	24
<i>stool softener laxative e</i>	82	SYNTHROID.....	75
<i>streptomycin sulfate</i>	11	<i>systane nighttime</i>	102
STRIBILD TAB	15	SYSTANE OVERNIGHT THERAPY	102
STROVITE FOR TAB	98		
STROVITE ONE TAB.....	98	T	
<i>subvenite</i>	46	TABLOID.....	22
<i>sucrafate</i>	83	TABRECTA	29
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	110	<i>tacrolimus</i>	92
<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i>	99	<i>tacrolimus (topical)</i>	115
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth</i>		TAFINLAR.....	29
<i>soln 10-0.23(0.25)%</i>	98	TAGRISSE	29
<i>sulfadiazine</i>	11	<i>take action</i>	70
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-</i>		TALTZ.....	90
<i>80 mg/5ml</i>	11	TALZENNA	29
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-</i>		<i>tamoxifen citrate</i>	23
<i>40 mg/5ml</i>	11	<i>tamsulosin hcl</i>	84
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-</i>		TARGETIN.....	115
<i>80 mg</i>	11	<i>tarina 24 fe</i>	70
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-</i>		<i>tarina fe 1/20 eq</i>	70
<i>160 mg</i>	11	TASIGNA	29
SULFAMYLON	110	<i>tazarotene</i>	112
<i>sulfasalazine</i>	81	<i>tazicef</i>	18
<i>sulindac</i>	7	TAZORAC	112
<i>sumatriptan</i>	56	<i>taztia xt</i>	40
<i>sumatriptan succinate</i>	56	TAZVERIK.....	29

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
TDVAX INJ 2-2 LF	93	TIVICAY	14
TECENTRIQ.....	29	TIVICAY PD	14
TEFLARO.....	18	<i>tizanidine hcl</i>	58
<i>telmisartan</i>	36	TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	98
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i>	35	TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	98
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i>	35	<i>tobramycin</i>	11
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i>	35	<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-</i>	
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i>	35	0.1%	98
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-</i>		<i>tobramycin (ophth)</i>	99
12.5 mg	35	<i>tobramycin sulfate</i>	11
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i>		<i>tolnaftate</i>	111
12.5 mg	35	<i>tolnaftate antifungal</i>	111
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i>		<i>tolterodine tartrate</i>	85
25 mg.....	35	<i>topiramate</i>	46
<i>temazepam</i>	55	<i>toposar</i>	24
TEMIXYS TAB 300-300	15	<i>toremifene citrate</i>	23
TENIVAC INJ 5-2LF.....	93	<i>toremide</i>	40
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	14	TOVIAZ.....	85
<i>tension headache</i>	4	TPN ELECTROL INJ	95
TEPMETKO	29	TRADJENTA	62
<i>terazosin hcl</i>	33	<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	9
<i>terbinafine hcl</i>	12	<i>tramadol hcl</i>	9
<i>terbutaline sulfate</i>	106	<i>trandolapril</i>	33
<i>terconazole vaginal</i>	86	<i>tranexamic acid</i>	88
<i>testosterone</i>	60	<i>tranylcypramine sulfate</i>	49
<i>testosterone cypionate</i>	60	TRAVASOL INJ 10%.....	96
<i>testosterone enanthate</i>	60	TRAZIMERA.....	30
<i>tetrabenazine</i>	57	<i>trazodone hcl</i>	49
<i>tetracycline hcl</i>	21	TRECATOR.....	16
THALOMID.....	23	TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG .	102
THEO-24	108	TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	103
<i>theophylline</i>	108	TRELSTAR MIXJECT	23
<i>thiamine hcl</i>	98	<i>treprostinil</i>	42
<i>thioridazine hcl</i>	53	TRESIBA	63
<i>thiothixene</i>	53	TRESIBA FLEXTOUCH.....	63
<i>tiadylt er</i>	40	<i>tretinoin</i>	110
<i>tiagabine hcl</i>	46	<i>tretinoin (chemotherapy)</i>	24
TIBSOVO	30	<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i>	116
TICOVAC	93	<i>triamcinolone acetonide (topical)</i>	113
<i>tigecycline</i>	21	<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-</i>	
TIGECYCLINE	21	25 mg.....	40
<i>tilia fe</i>	70	<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-</i>	
<i>timolol maleate</i>	39	25 mg.....	40
<i>timolol maleate (ophth)</i>	101	<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-</i>	
<i>timolol maleate (ophth) once-daily</i>	101	50 mg	41
<i>tioconazole 1</i>	86	<i>tri-buffered aspirin</i>	4

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
TRICARE TAB PRENATAL.....	95	TRUXIMA.....	30
<i>triderm</i>	113	TUKYSA.....	30
<i>trientine hcl</i>	64	TUMS.....	77
<i>tri-estarylla</i>	70	TUMS CHEWY BITES	77
<i>trifluoperazine hcl</i>	53	TUMS CHEWY DELIGHTS	77
<i>trifluridine</i>	99	TUMS E-X 750	77
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	50	TUMS EXTRA STRENGTH 750.....	78
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG.62		<i>tums smoothies</i>	78
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG ..62		TUMS SMOOTHIES.....	78
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG	62	TUMS ULTRA 1000	78
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG..62		TURALIO	30
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG.....	108	TWINRIX INJ.....	93
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG.....	108	TYBOST.....	14
<i>tri-legest fe</i>	70	<i>tydemy</i>	70
<i>tri-lynyah</i>	70	TYPHIM VI	93
<i>tri-lo-estarylla</i>	70	U	
<i>tri-lo-marzia</i>	70	UBRELVY	56
<i>tri-lo-mili</i>	70	<i>unithroid</i>	75
<i>tri-lo-sprintec</i>	70	<i>ursodiol</i>	83
TRIMETHOPRIM.....	11	V	
<i>tri-mili</i>	70	<i>valacyclovir hcl</i>	17
<i>trimipramine maleate</i>	49	VALCHLOR.....	115
TRINTELLIX.....	49	<i>valganciclovir hcl</i>	17
<i>tri-nymyo</i>	70	<i>valproate sodium</i>	46
<i>triphrocaps</i>	98	<i>valproic acid</i>	46
<i>triple antibiotic</i>	110	<i>valsartan</i>	36
<i>triprolidine hcl</i>	106	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	35
TRIPROLIDINE HYDROCHLORID.....	106	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i>	36
<i>tri-sprintec</i>	70	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i>	36
TRIUMEQ PD TAB	15	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i>	36
TRIUMEQ TAB	15	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	36
<i>tri-vitamin/fluoride</i>	98	VALTOCO	46
<i>trivora-28</i>	70	<i>vanadom</i>	58
<i>tri-vylibra</i>	70	<i>vancomycin hcl</i>	11
<i>tri-vylibra lo</i>	70	VANCOMYCIN INJ 1 GM	11
TRIZIVIR TAB	15	VANCOMYCIN INJ 500MG	11
TROGARZO.....	14	VANCOMYCIN INJ 750MG.....	11
TROPHAMINE INJ 10%	96	VANDAZOLE	86
<i>tropium chloride</i>	85	VAQTA	93
TRULICITY	62		
TRUMENBA INJ.....	93		
TRUSELTIQ 50 MG DAILY DOSE	30		
TRUSELTIQ 75 MG DAILY DOSE	30		
TRUSELTIQ 100 MG DAILY DOSE	30		
TRUSELTIQ 125 MG DAILY DOSE	30		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>varenicline tartrate</i>	60	VOSEVI TAB.....	17
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack</i>	60	VOTRIENT.....	30
VARIVAX.....	93	VRAYLAR.....	53
VASCEPA.....	38	VRAYLAR CAP 1.5-3MG.....	53
VELCADE.....	30	<i>vyfemla</i>	70
<i>velivet</i>	70	<i>vylibra</i>	70
VELPHORO.....	74	VYZULTA.....	101
VELTASSA.....	64	W	
VEMLIDY.....	17	<i>warfarin sodium</i>	87
VENCLEXTA.....	30	<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	115
VENCLEXTA TAB START PK.....	30	<i>wee care</i>	87
<i>venlafaxine hcl</i>	49	WELIREG.....	24
VENTAVIS.....	42	<i>wera</i>	70
VENTOLIN HFA.....	106	<i>westab mini</i>	98
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK).....	106	<i>womens laxative</i>	83
<i>verapamil hcl</i>	40	<i>wymzya fe</i>	70
VERQUVO.....	41	X	
VERSACLOZ.....	53	XALKORI.....	30
VERZENIO.....	30	XARELTO.....	87
<i>vestura</i>	70	XARELTO STAR TAB 15/20MG.....	87
V-GO 20 KIT.....	63	XATMEP.....	90
V-GO 30 KIT.....	63	XCOPRI.....	46
V-GO 40 KIT.....	63	XCOPRI PAK 12.5-25.....	46
VICTOZA.....	62	XCOPRI PAK 50-100MG.....	46
<i>vienna</i>	70	XCOPRI PAK 100-150.....	46
<i>vigabatrin</i>	46	XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE).....	46
<i>vigadrone</i>	46	XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION).....	47
VIIBRYD.....	49	XELJANZ.....	90
VIIBRYD KIT STARTER.....	49	XELJANZ XR.....	90
<i>vilazodone hcl</i>	49	XENICAL.....	74
VIMPAT.....	46	XERMELO.....	83
<i>vincristine sulfate</i>	24	XGEVA.....	64
<i>vinorelbine tartrate</i>	25	XIFAXAN.....	83
<i>viorele</i>	70	XIGDUO XR TAB 2.5-1000.....	62
VIRACEPT.....	14	XIGDUO XR TAB 5-500MG.....	62
VIREAD.....	14	XIGDUO XR TAB 5-1000MG.....	62
<i>virt-caps</i>	98	XIGDUO XR TAB 10-500MG.....	62
<i>virt-gard</i>	98	XIGDUO XR TAB 10-1000.....	62
VITAL-D RX TAB.....	98	XIIDRA.....	102
<i>vitamins a/c/d/fluoride</i>	98	XOFLUZA.....	17
VITRAKVI.....	30	XOLAIR.....	108
VIVITROL.....	60	XOSPATA.....	30
VIZIMPRO.....	30	XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY.....	30
VONJO.....	30	XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY.....	31
<i>voriconazole</i>	12		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	31	<i>zumandimine</i>	71
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	31	ZYDELIG.....	31
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	31	ZYKADIA	31
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	31	ZYLET SUS 0.5-0.3%	99
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	31	ZYPREXA RELPREVV	53, 54
XTANDI.....	23		
<i>xulane</i>	71		
XULTOPHY INJ 100/3.6.....	63		
XYREM	58		
Y			
YF-VAX INJ	93		
<i>yuvafem</i>	72		
Z			
ZADITOR	100		
<i>zafemy</i>	71		
<i>zafirlukast</i>	106		
<i>zaleplon</i>	55		
ZARXIO.....	87		
ZEJULA	31		
ZELBORAF	31		
ZEMAIRA.....	108		
<i>zenatane</i>	110		
ZENPEP CAP 3000UNIT	83		
ZENPEP CAP 5000UNIT	83		
ZENPEP CAP 10000UNT	84		
ZENPEP CAP 15000UNT.....	84		
ZENPEP CAP 20000UNT.....	84		
ZENPEP CAP 25000UNT.....	84		
ZENPEP CAP 40000UNT.....	84		
ZERVIAE	100		
<i>zidovudine</i>	14		
<i>ziprasidone hcl</i>	53		
<i>ziprasidone mesylate</i>	53		
ZIRABEV.....	31		
ZIRGAN	99		
<i>zoledronic acid</i>	64		
ZOLINZA.....	31		
<i>zolmitriptan</i>	56		
<i>zolpidem tartrate</i>	56		
ZONISADE.....	47		
<i>zonisamide</i>	47		
ZORTRESS	92		
<i>zovia 1/35</i>	71		
ZTALMY.....	47		

Para obtener información reciente o realizar otras consultas, comuníquese con nosotros llamando al **1-855-676-5772 (TTY: 711)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana o visite **www.AetnaBetterHealth.com/Michigan**



©2022 Aetna Inc.
92.05.304.2-MI L (12/22)
Actualizado el 12/01/2022