

Lista de medicamentos cubiertos/ Formulario 2024

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

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

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



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

Introducción

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

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

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

Índice

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

Esta sección continúa en la siguiente página.

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



B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos?	VIII
B8. ¿Qué sucede si el medicamento que deseo tomar no figura en la Lista de medicamentos?	VIII
B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo de Aetna Better Health of Ohio y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos, o si tengo algún problema para obtener mi medicamento?	IX
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?	X
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?	XI
B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?	XI
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	XI
B14. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?	XI
B15. ¿Aetna Better Health of Ohio cubre productos OTC que no sean medicamentos?	XI
B16. ¿Cuál es mi copago?	XII
B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?	XII
C. Medicamentos agrupados según la afección médica	XIII
D. Índice de medicamentos cubiertos	190



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

A. Descargos de responsabilidad

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

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

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

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

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



B. Preguntas frecuentes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esta sección continúa en la siguiente página.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esta sección continúa en la siguiente página.

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



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

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

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

Cuando estos cambios tengan lugar, haremos lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

Esta sección continúa en la siguiente página.



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

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

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos adicionales o límites consultando las tablas en las páginas 1 a 189. También puede obtener más información en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/Ohio**. Hemos publicado documentos en Internet que explican nuestras restricciones de tratamiento escalonado y autorización previa. También puede pedirnos que le enviemos una copia.

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

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

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

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

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

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



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

Hay dos formas para encontrar un medicamento:

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


Para buscar por **orden alfabético**, vaya a la sección del Índice de medicamentos cubiertos. Podrá encontrarla en la página 190. El Índice proporciona un listado alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos se encuentran en el Índice. Consulte el Índice y busque su medicamento. Junto al medicamento, verá el número de página en el que puede encontrar la información de cobertura.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esta sección continúa en la siguiente página.

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



Miembros actuales con un cambio en el nivel de atención

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

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

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

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

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

También puede solicitarnos que cambiemos las normas para su medicamento.

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



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

X **AetnaBetterHealth.com/Ohio.**

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

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

B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?

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

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

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

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

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

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

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

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

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

Esta sección continúa en la siguiente página.

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



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

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

B16. ¿Cuál es mi copago?

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

B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?

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

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

Ningún nivel tiene copago.



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

C. Medicamentos agrupados según la afección médica

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

La siguiente Lista de medicamentos cubiertos le proporciona información sobre los medicamentos cubiertos por Aetna Better Health of Ohio. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página 190. En el índice se encuentran todos los medicamentos cubiertos por Aetna Better Health of Ohio por orden alfabético.

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

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

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

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

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

Esta sección continúa en la siguiente página.

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



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

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



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

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

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

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

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

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

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v17

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v17

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v17

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CALQUENCE CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
CALQUENCE TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
CAPRELSA TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
CAPRELSA TABS 300mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg	\$0(2)	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, LA, PA
COMETRIQ KIT 100MG	\$0(2)	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, LA, PA
COMETRIQ KIT 140MG	\$0(2)	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, LA, PA
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg	\$0(2)	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, LA, PA
COTELLIC TABS 20mg	\$0(2)	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, LA, PA
<i>dasatinib</i> TABS 20mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>dasatinib</i> TABS 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
DAURISMO TABS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
DAURISMO TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ERIVEDGE CAPS 150mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 100mg, 150mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 2mg	\$0(2)	NDS, QL (150 tabs / 30 days), NM, PA

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
IMBRUVICA SUSP 70mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (216 mL / 27 days), NM, LA, PA
IMBRUVICA TABS 140mg, 280mg, 420mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
INLYTA TABS 1mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
INLYTA TABS 5mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
INREBIC CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
JAYPIRCA TABS 50mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
JAYPIRCA TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	\$0(2)	NDS, B/D, NM, LA
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg	\$0(2)	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 400 DOSE TBPK 200mg	\$0(2)	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 DOSE TBPK 200mg	\$0(2)	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, PA
KOSELUGO CAPS 10mg	\$0(2)	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, LA, PA
KOSELUGO CAPS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
KRAZATI TABS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>lapatinib ditosylate</i> TABS 250mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA CAP 14 MG	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA CAP 18 MG	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
LENVIMA CAP 24 MG	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
LORBRENA TABS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
LORBRENA TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
LUMAKRAS TABS 120mg	\$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, LA, PA
LUMAKRAS TABS 320mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	\$0(2)	NDS, QL (140 tabs / 28 days), NM, LA, PA
MEKINIST SOLR .05mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (1260 mL / 30 days), NM, LA, PA
MEKINIST TABS 2mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
MEKINIST TABS .5mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MEKTOVI TABS 15mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
MONJUVI SOLR 200mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
NERLYNX TABS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
NEXAVAR TABS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg	\$0(2)	NDS, QL (3 caps / 28 days), NM, PA
ODOMZO CAPS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
OGIVRI SOLR 150mg, 420mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
OGSIVEO TABS 50mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
OGSIVEO TABS 100mg, 150mg	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
OJEMDA SUSR 25mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (96 mL / 28 days), NM, LA, PA
OJEMDA TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (24 tabs / 28 days), NM, LA, PA
OJJAARA TABS 100mg, 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>pazopanib hcl</i> TABS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, LA, PA
PHESGO SOL	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200mg	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
PIQRAY 250MG TAB DOSE	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150mg	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
QINLOCK TABS 50mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RETEVMO CAPS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA
RETEVMO CAPS 80mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
RETEVMO TABS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
RETEVMO TABS 80mg, 120mg, 160mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
REZLIDHIA CAPS 150mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
ROZLYTREK CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (150 caps / 30 days), NM, LA, PA
ROZLYTREK CAPS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
ROZLYTREK PACK 50mg	\$0(2)	NDS, QL (336 packets / 28 days), NM, LA, PA
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
RYDAPT CAPS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (224 caps / 28 days), NM, PA
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
SCEMBLIX TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sorafenib tosylate</i> TABS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
SPRYCEL TABS 20mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
SPRYCEL TABS 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
STIVARGA TABS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
<i>sunitinib malate</i> CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TABRECTA TABS 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
TAFINLAR TBSO 10mg	\$0(2)	NDS, QL (900 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TAGRISSO TABS 40mg, 80mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TALZENNA CAPS .1mg, .35mg, .5mg, .75mg, 1mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA
TALZENNA CAPS .25mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, LA, PA
TASIGNA CAPS 50mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
TASIGNA CAPS 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
TAZVERIK TABS 200mg	\$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
TEPMETKO TABS 225mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TIBSOVO TABS 250mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>torpenz</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
TRUQAP TABS 160mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (64 tabs / 28 days), NM, LA, PA
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
TURALIO CAPS 125mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VANFLYTA TABS 17.7mg, 26.5mg	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VENCLEXTA TABS 10mg	\$0(2)	QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VENCLEXTA TABS 50mg	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VENCLEXTA TABS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
VENCLEXTA TAB START PK	\$0(2)	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
VITRAKVI CAPS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA
VITRAKVI CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
VITRAKVI SOLN 20mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (300 mL / 30 days), NM, LA, PA
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
VONJO CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
XALKORI CAPS 200mg, 250mg; CPSP 50mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
XALKORI CPSP 20mg	\$0(2)	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, LA, PA
XALKORI CPSP 150mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA
XOSPATA TABS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY TBPK 40mg	\$0(2)	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY TBPK 40mg	\$0(2)	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY TBPK 60mg	\$0(2)	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	\$0(2)	NDS, QL (24 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY TBPK 40mg	\$0(2)	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	\$0(2)	NDS, QL (32 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY TBPK 50mg	\$0(2)	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, LA, PA
ZEJULA TABS 100mg, 200mg, 300mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ZELBORAF TABS 240mg	\$0(2)	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ZOLINZA CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ZYKADIA TABS 150mg	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
PROTECTIVE AGENTS		
<i>leucovorin calcium</i> SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	\$0(1)	B/D
<i>leucovorin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 25mg	\$0(1)	
MESNEX TABS 400mg	\$0(2)	NDS
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)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i> 5-40 mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>	\$0(1)	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg</i>	\$0(1)	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</i>	\$0(1)	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<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)	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTILIPEMICS, FIBRATES		
<i>fenofibrate</i> TABS 48mg, 54mg, 145mg, 160mg	\$0(1)	
<i>fenofibrate micronized</i> CAPS 67mg, 134mg, 200mg	\$0(1)	
<i>gemfibrozil</i> TABS 600mg	\$0(1)	
ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS - DRUGS TO TREAT HIGH CHOLESTEROL		
<i>atorvastatin calcium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lovastatin</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pravastatin sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>rosuvastatin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>simvastatin</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS - DRUGS TO TREAT HIGH CHOLESTEROL		
<i>cholestyramine</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	\$0(1)	
<i>cholestyramine light</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	\$0(1)	
<i>colesevelam hcl</i> PACK 3.75gm; TABS 625mg	\$0(1)	
<i>colestipol hcl</i> GRAN 5gm; PACK 5gm; TABS 1gm	\$0(1)	
<i>ezetimibe</i> TABS 10mg	\$0(1)	
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
NEXLETOL TABS 180mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
NEXLIZET TAB 180/10MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> TBCR 500mg, 750mg, 1000mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	\$0(1)	PA
<i>prevalite PACK 4gm; POWD 4gm/dose</i>	\$0(1)	
REPATHA SOSY 140mg/ml	\$0(2)	NM, PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SOCT 420mg/3.5ml	\$0(2)	NM, PA
REPATHA SURECLICK SOAJ 140mg/ml	\$0(2)	NM, PA
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	\$0(2)	
BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS		
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	\$0(1)	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	\$0(1)	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	\$0(1)	
BETA-BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS		
<i>acebutolol hcl CAPS 200mg, 400mg</i>	\$0(1)	
<i>atenolol TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	\$0(1)	
<i>betaxolol hcl TABS 10mg, 20mg</i>	\$0(1)	
<i>bisoprolol fumarate TABS 5mg, 10mg</i>	\$0(1)	
<i>carvedilol TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg</i>	\$0(1)	
<i>labetalol hcl TABS 100mg, 200mg, 300mg</i>	\$0(1)	
<i>metoprolol succinate TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg</i>	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metoprolol tartrate</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>nadolol</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg	\$0(1)	
<i>nebivolol hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>nebivolol hcl</i> TABS 20mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pindolol</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>propranolol hcl</i> CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg; SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	\$0(1)	
<i>timolol maleate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	\$0(1)	
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS		
<i>amlodipine besylate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>cartia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	\$0(1)	
<i>dilt-xr</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl</i> CP12 60mg, 90mg, 120mg; SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml; TABS 30mg, 60mg, 90mg, 120mg	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl coated beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl extended release beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	\$0(1)	
<i>felodipine</i> TB24 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>isradipine</i> CAPS 2.5mg, 5mg	\$0(1)	
<i>nicardipine hcl</i> CAPS 20mg, 30mg	\$0(1)	
<i>nifedipine</i> TB24 30mg, 60mg, 90mg	\$0(1)	
<i>nimodipine</i> CAPS 30mg	\$0(1)	
NYMALIZE SOLN 6mg/ml	\$0(2)	NDS
<i>tiadylt er</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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 5-50 mg</i>	\$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 25-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>toremide</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	\$0(1)	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i>	\$0(1)	
MISCELLANEOUS		
<i>aliskiren fumarate</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)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CORLANOR SOLN 5mg/5ml	\$0(2)	QL (450 mL / 30 days)
CORLANOR TABS 5mg, 7.5mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>digoxin</i> SOLN .05mg/ml, .25mg/ml	\$0(1)	
<i>digoxin</i> TABS 125mcg, 250mcg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>droxidopa</i> CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
<i>droxidopa</i> CAPS 200mg, 300mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOLN 1mg/ml	\$0(1)	
<i>guanfacine hcl</i> TABS 1mg, 2mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>hydralazine hcl</i> SOLN 20mg/ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>ivabradine hcl</i> TABS 5mg, 7.5mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>metyrosine</i> CAPS 250mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>midodrine hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>minoxidil</i> TABS 2.5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>ranolazine</i> TB12 500mg, 1000mg	\$0(1)	
VERQUVO TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
NITRATES - DRUGS TO TREAT HEART CONDITIONS		
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	\$0(1)	
<i>isosorbide mononitrate</i> TABS 10mg, 20mg; TB24 30mg, 60mg, 120mg	\$0(1)	
NITRO-BID OINT 2%	\$0(2)	
<i>nitroglycerin</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr; SOLN .4mg/spray; SUBL .3mg, .4mg, .6mg	\$0(1)	
PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION - DRUGS TO TREAT PULMONARY HYPERTENSION		
ADEMPAS TABS .5mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 2.5mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>ambrisentan</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>bosentan</i> TABS 62.5mg, 125mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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, 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)	
AUVELITY TAB 45-105MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg	\$0(1)	
<i>bupropion hcl</i> TB12 100mg, 150mg, 200mg; TB24 150mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl</i> TB24 300mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<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

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amantadine hcl</i> SOLN 50mg/5ml; TABS 100mg	\$0(1)	
<i>benztropine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	\$0(1)	
<i>benztropine mesylate</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>bromocriptine mesylate</i> CAPS 5mg; TABS 2.5mg	\$0(1)	
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i> 10-100mg	\$0(1)	
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i> 25-100mg	\$0(1)	
<i>carb/levo orally disintegrating tab</i> 25-250mg	\$0(1)	
<i>carbidopa & levodopa tab</i> 10-100 mg	\$0(1)	
<i>carbidopa & levodopa tab</i> 25-100 mg	\$0(1)	
<i>carbidopa & levodopa tab</i> 25-250 mg	\$0(1)	
<i>carbidopa & levodopa tab er</i> 25-100 mg	\$0(1)	
<i>carbidopa & levodopa tab er</i> 50-200 mg	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 12.5-50-200 mg	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 18.75-75-200 mg	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 25-100-200 mg	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 31.25-125-200 mg	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 37.5-150-200 mg	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i> 50-200-200 mg	\$0(1)	
<i>entacapone</i> TABS 200mg	\$0(1)	
INBRIJA CAPS 42mg	\$0(2)	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, LA, PA
NEUPRO PT24 1mg/24hr, 2mg/24hr, 3mg/24hr, 4mg/24hr, 6mg/24hr, 8mg/24hr	\$0(2)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg	\$0(1)	
<i>rasagiline mesylate</i> TABS .5mg, 1mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ropinirole hydrochloride</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg	\$0(1)	
<i>selegiline hcl</i> CAPS 5mg; TABS 5mg	\$0(1)	
<i>trihexyphenidyl hcl</i> SOLN .4mg/ml; TABS 2mg, 5mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
ANTIPSYCHOTICS - DRUGS TO TREAT PSYCHOSES		
ABILIFY MAINTENA PRSY 300mg, 400mg	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ABILIFY MAINTENA SRER 300mg, 400mg	\$0(2)	NDS, QL (1 injection / 28 days)
<i>aripiprazole</i> SOLN 1mg/ml	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days)
<i>aripiprazole</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>aripiprazole</i> TBDP 10mg, 15mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 56 days)
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	\$0(2)	NDS
<i>asenapine maleate</i> SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days)
<i>chlorpromazine hcl</i> CONC 30mg/ml, 100mg/ml; SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	\$0(1)	
<i>clozapine</i> TABS 25mg, 50mg	\$0(1)	
<i>clozapine</i> TABS 100mg	\$0(1)	QL (270 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TABS 200mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg	\$0(1)	PA
<i>clozapine</i> TBDP 100mg	\$0(1)	QL (270 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 150mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 200mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), PA

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg, 3mg, 9mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>paliperidone</i> TB24 6mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	\$0(1)	
PERSERIS PRSY 90mg, 120mg	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 30 days)
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	\$0(1)	
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 25mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 300mg, 400mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 50mg, 300mg, 400mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 150mg, 200mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), PA
REXULTI TABS 3mg, 4mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
<i>risperidone</i> SOLN 1mg/ml	\$0(1)	QL (240 mL / 30 days)
<i>risperidone</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	\$0(1)	
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>risperidone</i> TBDP 4mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>risperidone microspheres</i> SRER 12.5mg, 25mg	\$0(1)	QL (2 injections / 28 days)
<i>risperidone microspheres</i> SRER 37.5mg, 50mg	\$0(2)	NDS, QL (2 injections / 28 days)
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr	\$0(2)	NDS, QL (30 patches / 30 days)
<i>thioridazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>thiothixene</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>trifluoperazine hcl</i> TABS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
VERSACLOZ SUSP 50mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VRAYLAR CAPS 1.5mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days)
VRAYLAR CAPS 3mg, 4.5mg, 6mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days)
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	\$0(2)	QL (2 packs / year)
ziprasidone hcl CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
ziprasidone mesylate SOLR 20mg	\$0(1)	QL (6 injections / 3 days)
ZYPREXA RELPREVV SUSR 210mg, 300mg	\$0(2)	NDS, QL (2 vials / 28 days), NM, PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 405mg	\$0(2)	NDS, QL (1 vial / 28 days), NM, PA
ANTIEPILEPTIC AGENTS		
APTIOM TABS 200mg, 400mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
APTIOM TABS 600mg, 800mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
BRIVIACT SOLN 10mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA
BRIVIACT SOLN 50mg/5ml	\$0(2)	PA
BRIVIACT TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
carbamazepine CHEW 100mg; CP12 100mg, 200mg, 300mg; SUSP 100mg/5ml; TABS 200mg; TB12 100mg, 200mg, 400mg	\$0(1)	
clobazam SUSP 2.5mg/ml	\$0(1)	QL (480 mL / 30 days), PA
clobazam TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
clonazepam TABS 2mg; TDBP 2mg	\$0(1)	QL (300 tabs / 30 days)
clonazepam TABS .5mg, 1mg; TDBP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
clorazepate dipotassium 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

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FYCOMPA TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>gabapentin</i> CAPS 100mg, 300mg, 400mg	\$0(1)	QL (180 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> SOLN 250mg/5ml, 300mg/6ml	\$0(1)	QL (2160 mL / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 600mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 800mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> SOLN 200mg/20ml	\$0(1)	
<i>lacosamide</i> TABS 50mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> TABS 100mg, 150mg, 200mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>lacosamide oral</i> SOLN 10mg/ml	\$0(1)	QL (1200 mL / 30 days)
<i>lamotrigine</i> CHEW 5mg, 25mg; TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg; TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg	\$0(1)	
<i>levetiracetam</i> SOLN 100mg/ml, 500mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	\$0(1)	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 500 mg/100ml	\$0(1)	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1000 mg/100ml	\$0(1)	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1500 mg/100ml	\$0(1)	
LIBERVANT FILM 5mg, 7.5mg, 10mg, 12.5mg, 15mg	\$0(2)	
<i>methsuximide</i> CAPS 300mg	\$0(1)	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	\$0(2)	
<i>oxcarbazepine</i> SUSP 300mg/5ml; TABS 150mg, 300mg, 600mg	\$0(1)	
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml	\$0(2)	QL (1500 mL / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>phenobarbital</i> TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg	\$0(2)	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VALTOCO 5 MG DOSE LIQD 5mg/0.1ml	\$0(2)	
VALTOCO 10 MG DOSE LIQD 10mg/0.1ml	\$0(2)	
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5mg/0.1ml	\$0(2)	
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10mg/0.1ml	\$0(2)	
<i>vigabatrin</i> PACK 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
<i>vigabatrin</i> TABS 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>vigadrone</i> PACK 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
<i>vigadrone</i> TABS 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, LA, PA
VIGAFYDE SOLN 100mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (900 mL / 30 days), NM, LA, PA
<i>vigpoder</i> PACK 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
XCOPRI TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
XCOPRI TABS 150mg, 200mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
XCOPRI PAK 12.5-25	\$0(2)	QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 50-100MG	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 100-150	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	\$0(2)	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
ZONISADE SUSP 100mg/5ml	\$0(2)	NDS, QL (900 mL / 30 days), PA
<i>zonisamide</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
ZTALMY SUSP 50mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (1100 mL / 30 days), NM, LA, PA
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER - DRUGS TO TREAT ADHD		
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>atomoxetine hcl CAPS 10mg, 18mg, 25mg</i>	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 40mg</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 60mg, 80mg, 100mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 2.5mg, 5mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 10mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>guanfacine hcl (adhd) TB24 1mg, 2mg, 4mg</i>	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>guanfacine hcl (adhd) TB24 3mg</i>	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>methylphenidate hcl SOLN 5mg/5ml</i>	\$0(1)	QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl SOLN 10mg/5ml</i>	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl TABS 5mg, 10mg</i>	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days), PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 20mg; TBCR 10mg, 20mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
HYPNOTICS - DRUGS TO TREAT INSOMNIA		
DAYVIGO TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl (sleep)</i> TABS 3mg, 6mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>eszopiclone</i> TABS 1mg, 2mg, 3mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>tasimelteon</i> CAPS 20mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>temazepam</i> CAPS 7.5mg, 30mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>temazepam</i> CAPS 15mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>zaleplon</i> CAPS 5mg	\$0(2)	QL (30 caps / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>zaleplon</i> CAPS 10mg	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>zolpidem tartrate</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
MIGRAINE - DRUGS TO TREAT SEVERE HEADACHES		
AIMOVIG SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml	\$0(2)	QL (1 pen / 30 days), NM, PA
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	\$0(2)	NDS
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 4mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (8 mL / 30 days), PA
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	\$0(1)	QL (40 tabs / 28 days), PA
<i>naratriptan hcl</i> TABS 1mg, 2.5mg	\$0(1)	QL (12 tabs / 30 days)
NURTEC TBDP 75mg	\$0(2)	QL (16 tabs / 30 days), PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
QULIPTA TABS 10mg, 30mg, 60mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>rizatriptan benzoate</i> TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (18 tabs / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 5mg/act	\$0(1)	QL (24 units / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 20mg/act	\$0(1)	QL (12 units / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml	\$0(1)	QL (18 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 6mg/0.5ml; SOCT 6mg/0.5ml; SOLN 6mg/0.5ml	\$0(1)	QL (12 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	QL (12 tabs / 30 days)
UBRELVY TABS 50mg, 100mg	\$0(2)	QL (16 tabs / 30 days), PA
MISCELLANEOUS		
AUSTEDO TABS 6mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
AUSTEDO XR TB24 6mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 12mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 18mg, 24mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 30mg, 36mg, 42mg, 48mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TAB TITR KIT	\$0(2)	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
<i>lithium</i> SOLN 8meq/5ml	\$0(1)	
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg; TABS 300mg; TBCR 300mg, 450mg	\$0(1)	
NUEDEXTA CAP 20-10MG	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pyridostigmine bromide</i> TABS 60mg	\$0(1)	
<i>riluzole</i> TABS 50mg	\$0(1)	
<i>tetrabenazine</i> TABS 12.5mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tetrabenazine</i> TABS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - DRUGS TO TREAT MULTIPLE SCLEROSIS		
BAFIERTAM CPDR 95mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, PA
BETASERON KIT .3mg	\$0(2)	NDS, QL (14 syringes / 28 days), NM, PA
<i>dalfampridine</i> TB12 10mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>fingolimod hcl</i> CAPS .5mg	\$0(2)	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 20mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 40mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
<i>glatopa</i> SOSY 20mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
<i>glatopa</i> SOSY 40mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
KESIMPTA SOAJ 20mg/0.4ml	\$0(2)	NDS, QL (16 pens / year), NM, LA, PA
MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS - DRUGS TO TREAT MUSCLE SPASMS		
<i>baclofen</i> TABS 5mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>baclofen</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>carisoprodol</i> TABS 350mg	\$0(2)	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>cyclobenzaprine hcl</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	QL (90 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>dantrolene sodium</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp nicotine mini lozenge</i> LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<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	\$0(3)	NM; *
<i>hm nicotine transdermal s</i> PT24 7mg/24hr, 21mg/24hr	\$0(3)	NM; *
<i>naloxone hcl</i> LIQD 4mg/0.1ml; SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY .4mg/ml, 2mg/2ml	\$0(1)	
<i>naltrexone hcl</i> TABS 50mg	\$0(1)	
<i>nicotine</i> PT24 7mg/24hr, 14mg/24hr, 21mg/24hr	\$0(3)	NM; *
<i>nicotine mini lozenge</i> LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>nicotine polacrilex</i> GUM 2mg, 4mg; LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>nicotine polacrilex mini</i> LOZG 2mg	\$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; *
<i>sm nicotine polacrilex</i> GUM 2mg, 4mg; LOZG 2mg, 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm nicotine transdermal s</i> PT24 7mg/24hr, 14mg/24hr, 21mg/24hr	\$0(3)	NM; *
<i>varenicline tartrate</i> TABS .5mg, 1mg	\$0(1)	QL (56 tabs / 28 days), PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack</i>	\$0(1)	QL (2 packs / year), PA
VIVITROL SUSR 380mg	\$0(2)	NDS, NM
ENDOCRINE AND METABOLIC - DRUGS TO TREAT DIABETES AND REGULATE HORMONES		
ANDROGENS - DRUGS TO REGULATE MALE HORMONES		
<i>depo-testosterone SOLN 100mg/ml, 200mg/ml</i>	\$0(1)	PA
<i>methyltestosterone CAPS 10mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (600 caps / 30 days), PA
<i>testosterone GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	\$0(1)	QL (300 gm / 30 days), PA
<i>testosterone GEL 1.62%</i>	\$0(1)	QL (150 gm / 30 days), PA
<i>testosterone cypionate SOLN 100mg/ml, 200mg/ml</i>	\$0(1)	PA
<i>testosterone enanthate SOLN 200mg/ml</i>	\$0(1)	PA
ANTIDIABETICS		
<i>acarbose TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	\$0(1)	
BYDUREON BCISE AUIJ 2mg/0.85ml	\$0(2)	QL (4 pens / 28 days), PA
BYETTA SOPN 5mcg/0.02ml, 10mcg/0.04ml	\$0(2)	QL (1 pen / 30 days), PA
FARXIGA TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>glimepiride TABS 1mg, 2mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glimepiride TABS 4mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide TABS 5mg</i>	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide TABS 10mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide TB24 2.5mg, 5mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide TB24 10mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl TB24 2.5mg, 5mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl TB24 10mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v17

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
JANUMET TAB 50-500MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-500MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 100-1000	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
JARDIANCE TABS 10mg, 25mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-500	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-850	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 500mg	\$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 850mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 1000mg	\$0(1)	QL (75 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TB24 500mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
<i>metformin hcl</i> TB24 750mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
MOUNJARO SOAJ 2.5mg/0.5ml, 5mg/0.5ml, 7.5mg/0.5ml, 10mg/0.5ml, 12.5mg/0.5ml, 15mg/0.5ml	\$0(2)	QL (4 pens / 28 days), PA
<i>nateglinide</i> TABS 60mg, 120mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml	\$0(2)	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/3ml	\$0(2)	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 4mg/3ml	\$0(2)	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8mg/3ml	\$0(2)	QL (1 pen / 28 days), PA
<i>pioglitazone hcl</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-500 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>repaglinide TABS 2mg</i>	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>repaglinide TABS .5mg, 1mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 14mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days), PA
SYNJARDY TAB 5-500MG	\$0(2)	QL (120 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 12.5-500	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 10-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 25-1000	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
TRADJENTA TABS 5mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
TRULICITY SOAJ .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml	\$0(2)	QL (4 pens / 28 days), PA
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-500MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-1000MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-500MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-1000	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
ANTIDIABETICS, INSULINS		
ADMELOG SOLN 100unit/ml	\$0(2)	
ADMELOG SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	\$0(2)	
BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml	\$0(2)	
BD ALCOHOL SWABS	\$0(2)	
FIASP SOLN 100unit/ml	\$0(2)	
FIASP FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml	\$0(2)	
FIASP PENFILL SOCT 100unit/ml	\$0(2)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FIASP PUMPCART SOCT 100unit/ml	\$0(2)	B/D
GAUZE PADS 2" X 2"	\$0(2)	
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml	\$0(2)	NDS, B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml	\$0(2)	NDS
INSULIN PEN NEEDLES: BD/NOVO	\$0(2)	
INSULIN SAFETY NEEDLES	\$0(2)	
INSULIN SYRINGES: BD	\$0(2)	
LANTUS SOLN 100unit/ml	\$0(2)	
LANTUS SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	\$0(2)	
NOVOLIN INJ 70/30	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN INJ 70/30 FP	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ 70/30	\$0(2)	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	\$0(2)	(brand RELION not covered)
OMNIPOD 5 DX KIT INT G7G6	\$0(2)	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 DX MIS POD G7G6	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO	\$0(2)	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD DASH KIT INTRO	\$0(2)	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD DASH MIS PODS	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD MIS CLASSIC	\$0(2)	QL (15 pods / 30 days), PA
SOLIQUA INJ 100/33	\$0(2)	QL (5 pens / 25 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TOUJEO MAX SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	\$0(2)	
TOUJEO SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	\$0(2)	
TRESIBA SOLN 100unit/ml	\$0(2)	
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml	\$0(2)	
V-GO 20 KIT	\$0(2)	QL (30 devices / 30 days), PA
V-GO 30 KIT	\$0(2)	QL (30 devices / 30 days), PA
V-GO 40 KIT	\$0(2)	QL (30 devices / 30 days), PA
XULTOPHY INJ 100/3.6	\$0(2)	QL (5 pens / 30 days)
CALCIUM REGULATORS		
<i>alendronate sodium</i> SOLN 70mg/75ml; TABS 10mg, 35mg, 70mg	\$0(1)	
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	\$0(1)	B/D
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg	\$0(1)	B/D
NATPARA CART 25mcg, 50mcg, 75mcg, 100mcg	\$0(2)	NDS, LA, PA
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	\$0(2)	B/D
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml	\$0(1)	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml	\$0(2)	QL (1 syringe / 180 days), NM
<i>risedronate sodium</i> TABS 5mg, 35mg, 150mg; TBEC 35mg	\$0(1)	
TERIPARATIDE SOPN 620mcg/2.48ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml; SOLN 5mg/100ml	\$0(1)	B/D, NM
CHELATING AGENTS		
CHEMET CAPS 100mg	\$0(2)	NDS
<i>deferasirox</i> PACK 90mg, 180mg, 360mg; TABS 180mg, 360mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>deferasirox</i> TABS 90mg	\$0(1)	NM, PA
<i>kionex</i> SUSP 15gm/60ml	\$0(1)	
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	\$0(2)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>penicillamine</i> TABS 250mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i> sps SUSP 15gm/60ml	\$0(1)	
<i>trientine hcl</i> CAPS 250mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
VELTASSA PACK 8.4gm, 16.8gm, 25.2gm	\$0(2)	
CONTRACEPTIVES - DRUGS FOR BIRTH CONTROL		
<i>afirmelle</i>	\$0(1)	
<i>aftera</i> TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
AIMSCO MIS LUBRICAT	\$0(3)	NM; *
<i>altavera</i>	\$0(1)	
<i>alyacen 1/35</i>	\$0(1)	
<i>alyacen 7/7/7</i>	\$0(1)	
<i>amethia</i>	\$0(1)	
<i>apri</i>	\$0(1)	
<i>aranelle</i>	\$0(1)	
<i>ashlyna</i>	\$0(1)	
<i>aubra eq</i>	\$0(1)	
<i>aurovela 1/20</i>	\$0(1)	
<i>aurovela 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>aurovela fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>aviane</i>	\$0(1)	
<i>ayuna</i>	\$0(1)	
<i>azurette</i>	\$0(1)	
<i>balziva</i>	\$0(1)	
<i>blisovi 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>briellyn</i>	\$0(1)	
<i>camila</i> TABS .35mg	\$0(1)	
<i>camrese</i>	\$0(1)	
<i>camrese lo</i>	\$0(1)	
<i>chateal eq</i>	\$0(1)	
<i>cryselle-28</i>	\$0(1)	
<i>cyred eq</i>	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>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)	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY 104mg/0.65ml	\$0(2)	
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>	\$0(1)	
<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	\$0(1)	
<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.03-0.451 mg</i>	\$0(1)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	\$0(1)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	\$0(1)	
DUREX MIS REALFEEL	\$0(3)	NM; *
<i>econtra ez TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>econtra one-step TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>elinest</i>	\$0(1)	
<i>eluryng</i>	\$0(1)	
<i>emzahh TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>enilloring</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 0.12-0.015 mg/24hr</i>	\$0(1)	
<i>falmina</i>	\$0(1)	
FANTASY LUBR MIS COLORS	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FANTASY LUBR MIS SPERMICI	\$0(3)	NM; *
FANTASY MIS LUBRICAT	\$0(3)	NM; *
FC2 FEMALE MIS CONDOM	\$0(3)	NM; *
<i>finzala</i>	\$0(1)	
<i>hailey 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>hailey 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>haloette</i>	\$0(1)	
<i>heather</i> TABS .35mg	\$0(1)	
<i>iclevia</i>	\$0(1)	
<i>incassia</i> TABS .35mg	\$0(1)	
<i>introvale</i>	\$0(1)	
<i>isibloom</i>	\$0(1)	
<i>jasmiel</i>	\$0(1)	
<i>jolessa</i>	\$0(1)	
<i>juleber</i>	\$0(1)	
<i>junel 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>junel 1/20</i>	\$0(1)	
<i>junel fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>junel fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>junel fe 24</i>	\$0(1)	
<i>kaitlib fe</i>	\$0(1)	
<i>kariva</i>	\$0(1)	
<i>kelnor 1/35</i>	\$0(1)	
<i>kelnor 1/50</i>	\$0(1)	
KIMONO COLOR MIS	\$0(3)	NM; *
KIMONO MAXX MIS LG FLARE	\$0(3)	NM; *
KIMONO MICRO MIS THIN	\$0(3)	NM; *
KIMONO MICRO MIS THIN +	\$0(3)	NM; *
KIMONO MIS LUBRICAT	\$0(3)	NM; *
KIMONO MIS SENSATIO	\$0(3)	NM; *
KIMONO PLUS MIS SPERMICI	\$0(3)	NM; *
KIMONO SENSAS MIS PLUS	\$0(3)	NM; *
KIMONO SPEC MIS	\$0(3)	NM; *
<i>kurvelo</i>	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>larin 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>larin 1/20</i>	\$0(1)	
<i>larin 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>larin fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>larin fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>layolis fe</i>	\$0(1)	
<i>leena</i>	\$0(1)	
<i>lessina</i>	\$0(1)	
<i>levonest</i>	\$0(1)	
<i>levonor-eth est tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg & eth est 0.01 mg</i>	\$0(1)	
<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)</i>	\$0(1)	
<i>levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)</i>	\$0(1)	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	\$0(1)	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	\$0(1)	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	\$0(1)	
<i>levonorgestrel (emergency oc) TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	\$0(1)	
<i>levora 0.15/30-28</i>	\$0(1)	
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	\$0(1)	
<i>loestrin 1/20-21</i>	\$0(1)	
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>loestrin fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>loryna</i>	\$0(1)	
<i>low-ogestrel</i>	\$0(1)	
<i>lutra</i>	\$0(1)	
<i>lyleq TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>lyza TABS .35mg</i>	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>marlissa</i>	\$0(1)	
MAXX MIS LUBRICAT	\$0(3)	NM; *
MAXX PLUS MIS SPERMICI	\$0(3)	NM; *
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>mibelas 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>microgestin 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>microgestin 1/20</i>	\$0(1)	
<i>microgestin 24 fe</i>	\$0(1)	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>microgestin fe 1/20</i>	\$0(1)	
<i>mili</i>	\$0(1)	
<i>mono-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>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.8 mg-25 mcg</i>	\$0(1)	
<i>norethindrone (contraceptive) TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<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)	

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>take action</i> TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>tarina</i> 24 fe	\$0(1)	
<i>tarina</i> fe 1/20 eq	\$0(1)	
<i>tilia</i> fe	\$0(1)	
<i>tri-estarylla</i>	\$0(1)	
<i>tri-legest</i> fe	\$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</i> lo	\$0(1)	
<i>trivora-28</i>	\$0(1)	
TRUSTEX LUBR MIS ASSORTED	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS BANANA	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS CHOC	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS COLA	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS COLORS	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS EX LARGE	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS EX STR	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS GRAPE	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS RIB/STUD	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS SPERMICI	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS STRWBRY	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX LUBR MIS VANILLA	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX MIS BANANA	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX MIS CHOCOLAT	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX MIS FLAVORS	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX MIS MINT	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX MIS STRWBRY	\$0(3)	NM; *

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

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

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

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>prednisone</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	\$0(1)	B/D
<i>prednisone</i> TBPK 5mg, 10mg	\$0(1)	
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	\$0(2)	B/D
SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg	\$0(2)	
GLUCOSE ELEVATING AGENTS - DRUGS TO TREAT LOW BLOOD SUGAR		
BD GLUCOSE CHEW 5gm	\$0(3)	NM; *
<i>cvs glucose</i> GEL 40%	\$0(3)	NM; *
CVS GLUCOSE CHW FRUIT	\$0(3)	NM; *
DEX4 CHW FRUIT	\$0(3)	NM; *
DEX4 CHW GRAPE	\$0(3)	NM; *
DEX4 CHW ORANGE	\$0(3)	NM; *
DEX4 CHW RASPBERRY	\$0(3)	NM; *
DEX4 CHW SOUR APL	\$0(3)	NM; *
DEX4 CHW WATERMLN	\$0(3)	NM; *
DEX4 POUCH CHW PACK	\$0(3)	NM; *
DEX4 QUICK DISSOLVE GLUCO CHEW 4gm	\$0(3)	NM; *
<i>diazoxide</i> SUSP 50mg/ml	\$0(2)	NDS
GLUCOSE CHEW 4gm	\$0(3)	NM; *
GLUCOSE CHW FRUIT	\$0(3)	NM; *
GLUCOSE CHW GRAPE	\$0(3)	NM; *
GLUCOSE CHW ORANGE	\$0(3)	NM; *
GLUCOSE CHW RASPBERRY	\$0(3)	NM; *
GLUCOSE CHW WATERMLN	\$0(3)	NM; *
GNP GLUCOSE CHW GRAPE	\$0(3)	NM; *
GNP GLUCOSE CHW ORANGE	\$0(3)	NM; *
GNP GLUCOSE CHW RASPBERRY	\$0(3)	NM; *
GNP GLUCOSE CHW WATERMLN	\$0(3)	NM; *
GNP QUICK DISSOLVE GLUCOS CHEW 4gm	\$0(3)	NM; *
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	\$0(2)	
GVOKE KIT SOLN 1mg/0.2ml	\$0(2)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GVOKE PFS SOSY 1mg/0.2ml	\$0(2)	
KROG GLUCOSE CHW ORANGE	\$0(3)	NM; *
KROG GLUCOSE CHW RASPBERRY	\$0(3)	NM; *
KROG GLUCOSE CHW WATERMLN	\$0(3)	NM; *
LEADER QUICK DISSOLVE GLU CHEW 4gm	\$0(3)	NM; *
PX GLUCOSE CHW FRUIT	\$0(3)	NM; *
PX GLUCOSE CHW ORANGE	\$0(3)	NM; *
PX GLUCOSE CHW RASPBERRY	\$0(3)	NM; *
PX GLUCOSE CHW SOUR APL	\$0(3)	NM; *
SM GLUCOSE CHEW 4gm	\$0(3)	NM; *
SM GLUCOSE CHW ORANGE	\$0(3)	NM; *
SM GLUCOSE CHW RASPBERRY	\$0(3)	NM; *
TRUEPLUS GLUCOSE CHEW 4gm	\$0(3)	NM; *
TRUEPLUS GLUCOSE GEL GEL 15gm/32ml	\$0(3)	NM; *
TRUEPLUS GLUCOSE ON THE G CHEW 4gm	\$0(3)	NM; *
<i>value plus glucose</i> GEL 40%	\$0(3)	NM; *
VP GLUCOSE CHW FRUIT	\$0(3)	NM; *
VP GLUCOSE CHW GRAPE	\$0(3)	NM; *
WALGREENS GLUCOSE CHEW 4gm	\$0(3)	NM; *
MISCELLANEOUS		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>betaine powder for oral solution</i>	\$0(2)	NDS, NM, LA
<i>cabergoline</i> TABS .5mg	\$0(1)	
<i>carglumic acid</i> TBSO 200mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
CERDELGA CAPS 84mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
CEREZYME SOLR 400unit	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
CHEMSTRIP 5 TES OB	\$0(3)	NM; *
CHEMSTRIP 7 TES	\$0(3)	NM; *
CHEMSTRIP 10 TES MD	\$0(3)	NM; *
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 30mg, 60mg	\$0(1)	B/D, QL (60 tabs / 30 days), NM

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 90mg	\$0(2)	NDS, B/D, QL (120 tabs / 30 days), NM
CVS KETONE TES CARE	\$0(3)	NM; *
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	\$0(2)	NM, LA, PA
<i>desmopressin acetate</i> SOLN 4mcg/ml	\$0(2)	NDS
<i>desmopressin acetate</i> TABS .1mg, .2mg	\$0(1)	
<i>desmopressin acetate spray</i> SOLN .01%	\$0(1)	
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> SOLN .01%	\$0(1)	
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
GENOTROPIN 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, 500mg; TABS 100mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
KETO-DIASTIX TES	\$0(3)	NM; *
KORLYM TABS 300mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>lanreotide acetate</i> SOLN 120mg/0.5ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	\$0(1)	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH KIT 45mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i> TABS 300mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>miglustat</i> CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
MULTISTIX 10 TES SG	\$0(3)	NM; *
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nitisinone</i> CAPS 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml	\$0(1)	NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
OVIDREL SOSY 250mcg/0.5ml	\$0(3)	NM; *
PRECISN XTRA TES KETONE	\$0(3)	NM; *
<i>raloxifene hcl</i> TABS 60mg	\$0(1)	
<i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>yargesa</i> CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
PHOSPHATE BINDER AGENTS - DRUGS TO REGULATE CALCIUM AND PHOSPHORUS LEVELS		
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> CAPS 667mg	\$0(1)	QL (360 caps / 30 days)
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> TABS 667mg	\$0(1)	QL (360 tabs / 30 days)
<i>lanthanum carbonate</i> CHEW 500mg, 1000mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>lanthanum carbonate</i> CHEW 750mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days)
<i>sevelamer carbonate</i> PACK 2.4gm	\$0(1)	QL (180 packets / 30 days)
<i>sevelamer carbonate</i> PACK .8gm	\$0(1)	QL (540 packets / 30 days)
<i>sevelamer carbonate</i> TABS 800mg	\$0(1)	QL (540 tabs / 30 days)
VELPHORO CHEW 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PROGESTINS - DRUGS TO REGULATE FEMALE HORMONES		
<i>medroxyprogesterone acetate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>megestrol acetate</i> SUSP 40mg/ml	\$0(2)	
<i>megestrol acetate (appetite)</i> SUSP 625mg/5ml	\$0(2)	PA
<i>norethindrone acetate</i> TABS 5mg	\$0(1)	
<i>progesterone</i> CAPS 100mg, 200mg	\$0(1)	
THYROID AGENTS - DRUGS TO REGULATE THYROID LEVELS		
<i>euthyrox</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	\$0(1)	
<i>levo-t</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	\$0(1)	
<i>levothyroxine sodium</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	\$0(1)	
<i>levoxyl</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	\$0(1)	
<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)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VITAMIN D ANALOGS		
<i>calcitriol</i> CAPS .25mcg, .5mcg	\$0(1)	B/D
<i>calcitriol (oral)</i> SOLN 1mcg/ml	\$0(1)	B/D
<i>paricalcitol</i> CAPS 1mcg, 2mcg, 4mcg	\$0(1)	B/D
RAYALDEE CPCR 30mcg	\$0(2)	NDS
GASTROINTESTINAL - DRUGS TO TREAT STOMACH AND INTESTINAL DISORDERS		
ANTACIDS		
<i>acid gone</i>	\$0(3)	NM; *
<i>almacone double strength</i>	\$0(3)	NM; *
ALUMINUM HYDROXIDE SUSP 320mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>antacid</i> CHEW 500mg, 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>antacid calcium regular s</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>antacid extra strength</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>antacid maximum strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antacid regular strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antacid ultra strength</i> CHEW 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>antacid/antigas liquid</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cal-gest antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium antacid extra str</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
CALCIUM CARBONATE SUSP 1250mg/5ml; TABS 648mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate (antacid)</i> CHEW 500mg; SUSP 1250mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid & anti-gas ma</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid & anti-gas/re</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid and anti-gas/</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid anti-gas/maxi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid extra strengt</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid/regular stren</i>	\$0(3)	NM; *
<i>heartburn relief extra st</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm antacid</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm antacid anti-gas extra</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hm antacid extra strength</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>mintox maximum strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mintox plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc antacid/anti-gas</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc antacid/anti-gas maxim</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb antacid</i> CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>sb antacid extra strength</i> CHEW 750mg	\$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 extra strength</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm antacid maximum streng</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>smooth antacid extra stre</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>sodium bicarbonate (antacid)</i> TABS 325mg, 650mg	\$0(3)	NM; *
SODIUM POW BICARBON	\$0(3)	NM; *
TUMS CHEWY DELIGHTS CHEW 1177mg	\$0(3)	NM; *
<i>tums smoothies</i> CHEW 750mg	\$0(3)	NM; *
ANTI-DIARRHEAL		
<i>abatine</i> x CAPS 680mg	\$0(3)	NM; *
ACIDOPHILUS WAFR 1mg	\$0(3)	NM; *
<i>acidophilus extra strengt</i>	\$0(3)	NM; *
<i>acidophilus probiotic</i> CAPS 10mg, 100mg; TABS .5mg, 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>acidophilus probiotic for</i>	\$0(3)	NM; *
ACIDOPHILUS/ TAB CIT PECT	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v17

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>anti-diarrheal</i> CAPS 2mg; SOLN 1mg/7.5ml; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>azo complete feminine bal</i>	\$0(3)	NM; *
AZO DUAL CAP PROTECT	\$0(3)	NM; *
BIO-K PLUS CAP STRONG	\$0(3)	NM; *
BIOMEPRO CAP	\$0(3)	NM; *
BIOMEPRO LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>bismatrol</i> CHEW 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>bismuth subsalicylate</i> CHEW 262mg	\$0(3)	NM; *
CULTURELLE CAP ADV REG	\$0(3)	NM; *
CULTURELLE CAP WOMENS	\$0(3)	NM; *
<i>culturelle prenatal welln</i>	\$0(3)	NM; *
<i>culturelle total balance</i>	\$0(3)	NM; *
<i>culturelle womens wellnes</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs acidophilus probiotic</i> TABS .5mg, 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>eql digestive probiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql probiotic acidophilus</i> OMInterface	\$0(3)	NM; *
FLORAJEN CAP ACIDOPHI	\$0(3)	NM; *
FLORAJEN CAP WOMEN	\$0(3)	NM; *
<i>floranex</i>	\$0(3)	NM; *
<i>freeze dried acidophilus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp anti-diarrheal</i> CAPS 2mg; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp loperamide hydrochlor</i> SOLN 1mg/7.5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pink bismuth</i> CHEW 262mg; TABS 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp stomach relief</i> SUSP 525mg/30ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense anti-diarrheal</i> SOLN 1mg/7.5ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm stomach relief</i> SUSP 525mg/30ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm stomach relief ultra</i> SUSP 525mg/15ml	\$0(3)	NM; *
IDEAL BOWEL SUPPORT CAPS 43.5mg	\$0(3)	NM; *
KALA TAB	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lactobacillus</i> CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>*lactobacillus - packet**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*lactobacillus acidophilus-pectin cap**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*lactobacillus cap**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lactobacillus extra stren</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lactobacillus probiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*lactobacillus tab**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>loperamide hcl</i> SOLN 1mg/7.5ml, 2mg/15ml; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
MORE-DOPHILUS ACIDOPHILUS POWD 1550mg/1.55gm	\$0(3)	NM; *
NEWFLORA CAP PROBIOTI	\$0(3)	NM; *
<i>probiata</i>	\$0(3)	NM; *
<i>probiotic acidophilus</i>	\$0(3)	NM; *
PROBIOTIC CAP	\$0(3)	NM; *
<i>probiotic gold extra stre</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc anti-diarrheal</i> CAPS 2mg; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>ra digestive health</i>	\$0(3)	NM; *
REJUVAFLOR CAP	\$0(3)	NM; *
<i>sb anti-diarrhea</i> TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm acidophilus</i> CAPS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm anti-diarrheal</i> CAPS 2mg; SOLN 1mg/7.5ml; TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm stomach relief</i> CHEW 262mg; TABS 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm stomach relief liquid</i> SUSP 525mg/30ml	\$0(3)	NM; *
<i>stomach relief</i> CHEW 262mg; SUSP 525mg/30ml; TABS 262mg	\$0(3)	NM; *
<i>stomach relief extra stre</i> SUSP 525mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>stomach relief ultra</i> SUSP 525mg/15ml	\$0(3)	NM; *
ANTIEMETICS - DRUGS FOR NAUSEA AND VOMITING		
<i>aprepitant</i> CAPS 40mg, 80mg, 125mg	\$0(1)	B/D

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>compro SUPP 25mg</i>	\$0(1)	
<i>driminate TABS 50mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dronabinol CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	\$0(1)	B/D, QL (60 caps / 30 days)
<i>gnp motion sickness relie TABS 25mg, 50mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>granisetron hcl SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml</i>	\$0(1)	
<i>granisetron hcl TABS 1mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>hm motion sickness TABS 50mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>meclizine hcl CHEW 25mg; TABS 12.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>meclizine hcl TABS 12.5mg, 25mg</i>	\$0(2)	
<i>metoclopramide hcl SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml; TABS 5mg, 10mg</i>	\$0(1)	
<i>motion sickness relief TABS 50mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>motion sickness relief/le TABS 25mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>motion-time CHEW 25mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ondansetron TBDP 4mg, 8mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>ondansetron hcl SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml; SOSY 4mg/2ml</i>	\$0(1)	
<i>ondansetron hcl SOLN 4mg/5ml; TABS 4mg, 8mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>prochlorperazine SUPP 25mg</i>	\$0(1)	
<i>prochlorperazine edisylate SOLN 10mg/2ml</i>	\$0(1)	
<i>prochlorperazine maleate TABS 5mg, 10mg</i>	\$0(1)	
<i>promethazine hcl SOLN 6.25mg/5ml, 25mg/ml, 50mg/ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>scopolamine PT72 1mg/3days</i>	\$0(2)	QL (10 patches / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>sm motion sickness TABS 25mg, 50mg</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTISPASMODICS - DRUGS FOR STOMACH SPASMS		
<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; SOLN 10mg/5ml; TABS 20mg	\$0(2)	
<i>glycopyrrolate</i> TABS 1mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glycopyrrolate</i> TABS 2mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
H2-RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>acid reducer</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>acid reducer maximum stre</i> TABS 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>acid reducer original str</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml	\$0(1)	
<i>famotidine</i> SUSR 40mg/5ml	\$0(1)	QL (300 mL / 30 days)
<i>famotidine</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>famotidine</i> TABS 20mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>famotidine</i> TABS 40mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i>	\$0(1)	
<i>famotidine maximum streng</i> TABS 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>famotidine original stren</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp acid reducer</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp acid reducer maximum</i> TABS 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>heartburn relief</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>heartburn relief maximum</i> TABS 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	\$0(1)	
<i>qc acid controller</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc acid controller maximu</i> TABS 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>sb acid reducer</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm acid reducer</i> TABS 10mg, 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm acid reducer maximum s</i> TABS 20mg	\$0(3)	NM; *
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
<i>balsalazide disodium</i> CAPS 750mg	\$0(1)	
<i>budesonide</i> CPEP 3mg	\$0(1)	QL (90 caps / 30 days), PA
<i>budesonide</i> TB24 9mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydrocortisone (intrarectal) ENEM 100mg/60ml</i>	\$0(1)	
<i>mesalamine CP24 .375gm</i>	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days)
<i>mesalamine CPDR 400mg</i>	\$0(1)	QL (180 caps / 30 days)
<i>mesalamine ENEM 4gm; SUPP 1000mg</i>	\$0(1)	
<i>mesalamine TBEC 1.2gm</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>mesalamine w/ cleanser KIT 4gm</i>	\$0(1)	
<i>sulfasalazine TABS 500mg; TBEC 500mg</i>	\$0(1)	
LAXATIVES		
<i>bisacodyl SUPP 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>bisacodyl ec TBEC 5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium polycarbophil TABS 625mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>castor oil OIL 100%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>castor oil stimulant laxa OIL 100%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>chocolated laxative regul CHEW 15mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>clearlax POWD 17gm/scoop</i>	\$0(3)	NM; *
<i>colace 2-in-1</i>	\$0(3)	NM; *
COLACE CLEAR CAPS 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>constulose SOLN 10gm/15ml</i>	\$0(1)	
<i>cvs castor oil OIL 100%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>docusate calcium CAPS 240mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>docusate mini ENEM 283mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>docusate sodium CAPS 100mg, 250mg; LIQD 50mg/5ml, 100mg/10ml</i>	\$0(3)	NM; *
DOCUSOL KIDS ENEM 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>docusol mini ENEM 283mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>docusol plus mini-enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dok TABS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>enema ready-to-use</i>	\$0(3)	NM; *
<i>enemeez mini ENEM 283mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>enemeez plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>enulose SOLN 10gm/15ml</i>	\$0(1)	
<i>epsom salt</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql castor oil OIL 100%</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fiber-lax</i> TABS 625mg	\$0(3)	NM; *
FLEET BISACODYL ENEM 10mg/30ml	\$0(3)	NM; *
FLEET ENE PED	\$0(3)	NM; *
<i>gavilax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>gavilyte-c</i>	\$0(1)	
<i>gavilyte-g</i>	\$0(1)	
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	\$0(1)	
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>gentle laxative</i> SUPP 10mg; TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>glycolax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>gnp castor oil</i> OIL 100%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp clearlax</i> PACK 17gm; POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>gnp fiber powder</i> POWD 43%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp fiber therapy</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp fiber-caps</i> TABS 625mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp gentle laxative</i> SUPP 10mg; TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp milk of magnesia</i> SUSP 1200mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mineral oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp senna lax</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp senna plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp stool softener</i> CAPS 100mg, 240mg, 250mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp stool softener/stimul</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp womens gentle laxativ</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense clearlax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>healthylax</i> PACK 17gm	\$0(3)	NM; *
<i>hm clearlax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>hm enema mineral oil</i> ENEM 100%	\$0(3)	NM; *
<i>hm enema saline laxative</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm gentle laxative</i> SUPP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm laxative</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm magnesium citrate</i> SOLN 1.745gm/30ml	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hm milk of magnesia</i> SUSP 1200mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm senna</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm stool softener</i> CAPS 100mg, 250mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm stool softener/stimula</i>	\$0(3)	NM; *
KONSYL DAILY FIBER PACK 100%; POWD 60.3%	\$0(3)	NM; *
<i>konsyl daily fiber</i> POWD 28.3%	\$0(3)	NM; *
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>laxative maximum strength</i> TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>laxative regular strength</i> TABS 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>milk of magnesia</i> SUSP 7.75%, 400mg/5ml, 1200mg/15ml, 2400mg/30ml	\$0(3)	NM; *
MILK OF MAGNESIA CONCENTR SUSP 2400mg/10ml	\$0(3)	NM; *
<i>mineral oil</i> OIL 100%	\$0(3)	NM; *
<i>mineral oil enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>onelax senna</i> SYRP 8.8mg/5ml	\$0(3)	NM; *
PEDIA-LAX CHEW 400mg; LIQD 50mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfata for soln</i> 236 gm	\$0(1)	
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln</i> 420 gm	\$0(1)	
PLENVU SOL	\$0(2)	
<i>polyethylene glycol 3350</i> PACK 17gm; POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>qc chocolate laxative</i> CHEW 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc gentle laxative</i> SUPP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc magnesium citrate</i> SOLN 1.745gm/30ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc milk of magnesia</i> SUSP 400mg/5ml	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>qc mineral oil heavy</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc natura-lax POWD 17gm/scoop</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc stool softener CAPS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc stool softener plus la</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc stool softener plus st</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc vegetable laxative TABS 8.6mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb milk of magnesia SUSP 400mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>senexon LIQD 8.8mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>senexon-s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>senna laxative TABS 8.6mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>senna plus</i>	\$0(3)	NM; *
SENNAPLUS CAP 8.6-50MG	\$0(3)	NM; *
<i>senna regular strength TABS 8.6mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>senna-lax TABS 8.6mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>senna-tabs TABS 8.6mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>senna-time TABS 8.6mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>senna-time s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sennosides CAPS 8.6mg; LIQD 8.8mg/5ml; SYRP 8.8mg/5ml; TABS 8.6mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sennosides-docusate sodium tab 8.6-50 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>senokot extra strength TABS 17.2mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm clearlax POWD 17gm/scoop</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm epsom salt</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm fiber POWD 28.3%, 43%, 58.6%; TABS 625mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm fiber laxative TABS 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm gentle laxative TBEC 5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm magnesium citrate SOLN 1.745gm/30ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm milk of magnesia SUSP 1200mg/15ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm stool softener CAPS 100mg, 250mg; TABS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sm stool softener plus la</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm stool softener/stimula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	\$0(1)	
<i>*sodium phosphates - enema***</i>	\$0(3)	NM; *
<i>soluble fiber</i>	\$0(3)	NM; *
SORBITOL SOLN 70%	\$0(3)	NM; *
<i>stimulant laxative</i>	\$0(3)	NM; *
STL SOFT/LAX CAP 8.6-50MG	\$0(3)	NM; *
<i>stool softener CAPS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stool softener + stimulan</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stool softener laxative CAPS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stool softener plus laxat</i>	\$0(3)	NM; *
MISCELLANEOUS		
<i>alosetron hcl TABS .5mg, 1mg</i>	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>cromolyn sodium (mastocytosis) CONC 100mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml</i>	\$0(2)	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i>	\$0(2)	
<i>gas relief CHEW 80mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gas relief extra strength CAPS 125mg; CHEW 125mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gas relief infants SUSP 20mg/0.3ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gas relief ultra strength CAPS 180mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gas-x extra strength CAPS 125mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gas-x ultra strength CAPS 180mg</i>	\$0(3)	NM; *
GATTEX KIT 5mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>gnp anti-gas ultra streng CAPS 180mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp gas relief CHEW 80mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp gas relief extra stre CHEW 125mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm gas relief CHEW 80mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm gas relief extra stren CAPS 125mg</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hm gas relief infants</i> SUSP 20mg/0.3ml	\$0(3)	NM; *
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg	\$0(2)	QL (30 caps / 30 days)
<i>loperamide hcl</i> CAPS 2mg	\$0(1)	
<i>misoprostol</i> TABS 100mcg, 200mcg	\$0(1)	
MOVANTIK TABS 12.5mg, 25mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>qc gas relief extra stren</i> CAPS 125mg	\$0(3)	NM; *
RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml	\$0(2)	NDS, QL (28 syringes / 28 days), PA
<i>simethicone</i> CHEW 80mg, 125mg	\$0(3)	NM; *
<i>simethicone drops infants</i> SUSP 20mg/0.3ml	\$0(3)	NM; *
<i>simethicone ultra strengt</i> CAPS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm gas relief</i> CAPS 180mg; CHEW 80mg, 125mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm gas relief drops infan</i> SUSP 20mg/0.3ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm gas relief extra stren</i> CAPS 125mg	\$0(3)	NM; *
<i>sucralfate</i> TABS 1gm	\$0(1)	
<i>ursodiol</i> CAPS 300mg; TABS 250mg, 500mg	\$0(1)	
XERMELO TABS 250mg	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XIFAXAN TABS 550mg	\$0(2)	NDS, PA
PANCREATIC ENZYMES		
CREON CAP 3000UNIT	\$0(2)	
CREON CAP 6000UNIT	\$0(2)	
CREON CAP 12000UNT	\$0(2)	
CREON CAP 24000UNT	\$0(2)	
CREON CAP 36000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 3000UNIT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 5000UNIT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 10000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 15000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 20000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 25000UNT	\$0(2)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZENPEP CAP 40000UNT	\$0(2)	
ZENPEP CAP 60000UNT	\$0(2)	
PROTON PUMP INHIBITORS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>acid reducer</i> CPDR 20.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg, 40mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg; TBEC 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp omeprazole</i> CPDR 20.6mg; TBEC 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense esomeprazole ma</i> CPDR 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm omeprazole</i> TBEC 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg, 30mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	
<i>omeprazole</i> TBDD 20mg; TBEC 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>omeprazole magnesium</i> CPDR 20.6mg; TBEC 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>pantoprazole sodium</i> SOLR 40mg; TBEC 20mg, 40mg	\$0(1)	
<i>qc esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc omeprazole magnesium</i> CPDR 20.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>rabeprazole sodium</i> TBEC 20mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>sm esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm omeprazole</i> TBEC 20mg	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GENITOURINARY - DRUGS TO TREAT GENITAL AND URINARY TRACT CONDITIONS		
BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA - DRUGS TO TREAT ENLARGED PROSTATE		
<i>alfuzosin hcl</i> TB24 10mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>dutasteride</i> CAPS .5mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap</i> 0.5-0.4 mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>finasteride</i> TABS 5mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tamsulosin hcl</i> CAPS .4mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
MISCELLANEOUS		
<i>acetic acid</i> SOLN .25%	\$0(1)	
<i>bethanechol chloride</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	\$0(1)	
<i>gnp urinary pain relief</i> TABS 95mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm urinary pain relief</i> TABS 95mg, 99.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	\$0(1)	
<i>qc urinary pain relief</i> TABS 95mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm urinary pain relief</i> TABS 95mg, 99.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm urinary pain relief ma</i> TABS 97.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>urinary pain relief</i> TABS 95mg, 99.5mg	\$0(3)	NM; *
URINARY ANTISPASMODICS - DRUGS TO TREAT URINARY INCONTINENCE		
GEMTESA TABS 75mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
MYRBETRIQ SRER 8mg/ml	\$0(2)	QL (300 mL / 28 days)
MYRBETRIQ TB24 25mg, 50mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(1)	QL (600 mL / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TABS 5mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 5mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 10mg, 15mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
OXYTROL FOR WOMEN PTTW 3.9mg/24hr	\$0(3)	NM; *
<i>solifenacin succinate</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tolterodine tartrate</i> CP24 2mg, 4mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>tolterodine tartrate</i> TABS 1mg, 2mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>trosipium chloride</i> TABS 20mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
VAGINAL ANTI-INFECTIVES		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i> CREA 2%	\$0(1)	
<i>clotrimazole</i> 3 CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>clotrimazole vaginal</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>3 day vaginal</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp clotrimazole</i> 3 CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp miconazole 1 combinat</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp miconazole</i> 3	\$0(3)	NM; *
<i>gnp miconazole 7</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>metronidazole vaginal</i> GEL .75%	\$0(1)	
<i>miconazole 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; *
<i>miconazole nitrate vaginal</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>qc 3 day vaginal cream</i> CREA 4%	\$0(3)	NM; *
<i>qc clotrimazole</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>qc miconazole 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</i> 3	\$0(3)	NM; *
<i>sm miconazole 7</i> CREA 2%; SUPP 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	\$0(1)	
HEMATOLOGIC - DRUGS TO TREAT BLOOD DISORDERS		
ANTICOAGULANTS - BLOOD THINNERS		
ELIQUIS TABS 2.5mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
ELIQUIS TABS 5mg	\$0(2)	QL (74 tabs / 30 days)
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5mg	\$0(2)	QL (74 tabs / 30 days)
<i>enoxaparin sodium</i> SOLN 300mg/3ml; SOSY 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml, 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml	\$0(1)	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 2.5mg/0.5ml	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	\$0(2)	NDS
HEP SOD/D5W INJ 20000UNT	\$0(2)	
HEP SOD/D5W INJ 25000UNT	\$0(2)	
HEP SOD/NAACL INJ 12500UNT	\$0(2)	
HEP SOD/NAACL INJ 25000UNT	\$0(2)	
<i>heparin sodium (porcine)</i> SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	\$0(1)	B/D
HEPARIN/NAACL INJ 25000UNT	\$0(2)	
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>warfarin sodium</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	\$0(1)	
XARELTO SUSR 1mg/ml	\$0(2)	QL (620 mL / 30 days)
XARELTO TABS 2.5mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
XARELTO STAR TAB 15/20MG	\$0(2)	QL (51 tabs / 30 days)
HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS		
PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	\$0(2)	NM, PA
PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
ZIEXTENZO SOSY 6mg/0.6ml	\$0(2)	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
IRON		
ACCRUFER CAPS 30mg	\$0(3)	NM; *
ACTIVE FE TAB 75-1.25	\$0(3)	NM; *
<i>bprotected pedia iron</i> SOLN 15mg/ml	\$0(3)	NM; *
CENTRATEX CAP	\$0(3)	NM; *
<i>chromagen</i>	\$0(3)	NM; *
<i>corvita 150</i>	\$0(3)	NM; *
CORVITE 150 TAB	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CORVITE FE TAB	\$0(3)	NM; *
<i>cvs iron</i> TABS 27mg, 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>cvs slow release iron</i> TBCR 45mg	\$0(3)	NM; *
<i>eq slow-release iron</i> TBCR 45mg	\$0(3)	NM; *
<i>eql carbonyl iron</i> TABS 45mg	\$0(3)	NM; *
<i>eql iron supplement thera</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>eql slow release iron</i> TBCR 160mg	\$0(3)	NM; *
EZFE 200 CAPS 200mg	\$0(3)	NM; *
FE SULFATE POW	\$0(3)	NM; *
<i>fe-vite iron</i> SOLN 15mg/ml	\$0(3)	NM; *
FERAHEME SOLN 510mg/17ml	\$0(3)	NM; *
<i>ferate</i> TABS 27mg	\$0(3)	NM; *
<i>fergon</i> TABS 240mg	\$0(3)	NM; *
FERIVA TAB 21/7	\$0(3)	NM; *
FERIVAFA CAP 110-1MG	\$0(3)	NM; *
<i>ferosul</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
FERRALET 90 TAB	\$0(3)	NM; *
<i>ferrex 150</i> CAPS 150mg	\$0(3)	NM; *
<i>ferric x-150</i> CAPS 150mg	\$0(3)	NM; *
<i>ferrous gluconate</i> TABS 27mg, 240mg, 324mg	\$0(3)	NM; *
FERROUS GLUCONATE TABS 324mg	\$0(3)	NM; *
<i>ferrous sulfate</i> SOLN 15mg/ml, 220mg/5ml, 300mg/5ml, 300mg/6.8ml; TABS 65mg, 325mg; TBCR 45mg; TBEC 324mg, 325mg	\$0(3)	NM; *
FERROUS SULFATE TBEC 324mg	\$0(3)	NM; *
FOLIVANE-F CAP	\$0(3)	NM; *
FUSION PLUS CAP	\$0(3)	NM; *
<i>gnp iron</i> TABS 200mg; TBCR 45mg	\$0(3)	NM; *
HEMATEX LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
HEMATEX POLYSACCHARIDE IR TABS 150mg	\$0(3)	NM; *
HEMATOGEN FA CAP	\$0(3)	NM; *
HEMOCYTE PLS CAP	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INFED SOLN 50mg/ml	\$0(3)	NM; *
INJECTAFER SOLN 750mg/15ml	\$0(3)	NM; *
INTEGRA F CAP	\$0(3)	NM; *
INTEGRA PLUS CAP	\$0(3)	NM; *
IRON TABS 90mg	\$0(3)	NM; *
<i>iron 27</i> TABS 240mg	\$0(3)	NM; *
IRON CHEWS PEDIATRIC CHEW 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>iron infant & toddler</i> SOLN 15mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>iron infant/toddler</i> SOLN 15mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>iron slow release</i> TBCR 45mg	\$0(3)	NM; *
<i>iron supplement</i> SOLN 220mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>iron supplement childrens</i> SOLN 15mg/ml	\$0(3)	NM; *
IRON UP LIQD 15mg/0.5ml	\$0(3)	NM; *
IROSPAN 24/6 MIS	\$0(3)	NM; *
<i>kp ferrous gluconate</i> TABS 324mg	\$0(3)	NM; *
<i>kp ferrous sulfate</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
MONOFERRIC SOLN 1000mg/10ml	\$0(3)	NM; *
NEPHRON FA TAB	\$0(3)	NM; *
NIFEREX TAB	\$0(3)	NM; *
NOVAFERRUM 125 LIQD 125mg/5ml	\$0(3)	NM; *
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROP LIQD 15mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>nu-iron 150</i> CAPS 150mg	\$0(3)	NM; *
NUFERA TAB	\$0(3)	NM; *
<i>pc pediatric iron drops</i> SOLN 15mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>poly-iron 150</i> CAPS 150mg	\$0(3)	NM; *
<i>polysaccharide iron complex</i> CAPS 150mg	\$0(3)	NM; *
PROFE CAPS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>purevit dualfe plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>px iron</i> TABS 27mg, 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc ferrous sulfate</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>ra high potency iron</i> TABS 27mg	\$0(3)	NM; *
<i>ra iron</i> TABS 27mg	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ra slow release iron</i> TBCR 45mg	\$0(3)	NM; *
<i>se-tan plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>slow iron</i> TBCR 160mg	\$0(3)	NM; *
<i>slow release iron</i> TBCR 45mg, 50mg, 160mg	\$0(3)	NM; *
SLOW RELEASE IRON TBCR 47.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>slow-release iron</i> TBCR 45mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm iron</i> TABS 325mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm iron slow release</i> TBCR 45mg, 160mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm slow release iron</i> TBCR 45mg	\$0(3)	NM; *
SM SLOW RELEASE IRON TBCR 143mg	\$0(3)	NM; *
<i>sodium ferric gluconate complex in sucrose</i> SOLN 12.5mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>tandem plus</i>	\$0(3)	NM; *
TARON FORTE CAP	\$0(3)	NM; *
<i>tricon</i>	\$0(3)	NM; *
TRIFERIC PACK 272mg	\$0(3)	NM; *
<i>trigels-f forte</i>	\$0(3)	NM; *
VENOFER SOLN 20mg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>wee care</i> SUSP 15mg/1.25ml	\$0(3)	NM; *
MISCELLANEOUS		
ALVAIZ TABS 9mg, 54mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
ALVAIZ TABS 18mg, 36mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>anagrelide hcl</i> CAPS .5mg, 1mg	\$0(1)	
BERINERT KIT 500unit	\$0(2)	NDS, QL (24 boxes / 30 days), NM, LA, PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	\$0(1)	
DOPTELET TABS 20mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	\$0(2)	
ENDARI PACK 5gm	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
HAEGARDA SOLR 2000unit	\$0(2)	NDS, QL (30 vials / 30 days), NM, LA, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HAEGARDA SOLR 3000unit	\$0(2)	NDS, QL (20 vials / 30 days), NM, LA, PA
<i>icatibant acetate</i> SOSY 30mg/3ml	\$0(2)	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
<i>l-glutamine (sickle cell)</i> PACK 5gm	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	\$0(1)	
PROMACTA PACK 12.5mg	\$0(2)	NDS, QL (360 packets / 30 days), NM, LA, PA
PROMACTA PACK 25mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
PROMACTA TABS 12.5mg, 25mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
PROMACTA TABS 50mg, 75mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>sajazir</i> SOSY 30mg/3ml	\$0(2)	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, LA, PA
<i>tranexamic acid</i> SOLN 1000mg/10ml; TABS 650mg	\$0(1)	
PLATELET AGGREGATION INHIBITORS		
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	\$0(1)	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	\$0(2)	
<i>clopidogrel bisulfate</i> TABS 75mg	\$0(1)	
<i>dipyridamole</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>prasugrel hcl</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
IMMUNOLOGIC AGENTS - DRUGS TO TREAT DISORDERS OF THE IMMUNE SYSTEM		
AUTOIMMUNE AGENTS		
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (56 pens / 365 days), NM, PA
ADALIMUMAB-AACF (2 SYRING PSKT 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (56 syringes / 365 days), NM, PA
DUPIXENT SOAJ 200mg/1.14ml, 300mg/2ml; SOSY 100mg/0.67ml, 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml	\$0(2)	NDS, QL (16 vials / 28 days), NM, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml	\$0(2)	NDS, QL (16 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 50mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (8 cartridges / 28 days), NM, PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (8 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml	\$0(2)	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 20mg/0.2ml	\$0(2)	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (6 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN AJKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (6 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN AJKT 80mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV	\$0(2)	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START AJKT 80mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S AJKT 80mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
IDACIO (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (56 pens / 365 days), NM, PA
IDACIO (2 SYRINGE) PSKT 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (56 syringes / 365 days), NM, PA
IDACIO CROHN INJ DISEASE AJKT 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS AJKT 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
KEVZARA SOAJ 150mg/1.14ml, 200mg/1.14ml	\$0(2)	NDS, QL (2 pens / 28 days), NM, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
KEVZARA SOSY 150mg/1.14ml, 200mg/1.14ml	\$0(2)	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
OTEZLA TABS 20mg, 30mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
OTEZLA TAB 10/20	\$0(2)	NDS, QL (110 tabs / year), NM, PA
OTEZLA TAB 10/20/30	\$0(2)	NDS, QL (110 tabs / year), NM, PA
REMICADE SOLR 100mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
RINVOQ TB24 15mg, 30mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
RINVOQ TB24 45mg	\$0(2)	NDS, QL (168 tabs / year), NM, PA
RINVOQ LQ SOLN 1mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (360 mL / 30 days), NM, PA
SKYRIZI SOCT 180mg/1.2ml, 360mg/2.4ml	\$0(2)	NDS, QL (1 cartridge / 56 days), NM, PA
SKYRIZI SOLN 600mg/10ml	\$0(2)	NDS, QL (12 vials / 365 days), NM, PA
SKYRIZI SOSY 150mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (6 syringes / 365 days), NM, PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (6 pens / 365 days), NM, PA
STELARA SOLN 45mg/0.5ml	\$0(2)	NDS, QL (1 vial / 28 days), NM, LA, PA
STELARA SOLN 130mg/26ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
TALTZ SOAJ 80mg/ml; SOSY 80mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (3 syringes / 28 days), NM, LA, PA
TALTZ SOSY 20mg/0.25ml, 40mg/0.5ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, LA, PA
TREMIFYA SOAJ 100mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TREMIFYA SOSY 100mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
XELJANZ SOLN 1mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (480 mL / 24 days), NM, PA
XELJANZ TABS 5mg, 10mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS) - DRUGS TO TREAT RHEUMATOID ARTHRITIS		
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> TABS 200mg	\$0(1)	
JYLAMVO SOLN 2mg/ml	\$0(2)	B/D
<i>leflunomide</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>methotrexate sodium</i> TABS 2.5mg	\$0(1)	
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	\$0(2)	B/D
IMMUNOGLOBULINS		
ALYGLO SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	\$0(2)	NDS, PA
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml, 10%	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 5gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/400ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMASTAN INJ	\$0(2)	B/D, NM, LA
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	\$0(2)	NDS, NM, PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
IMMUNOMODULATORS		
ACTIMMUNE SOLN 100mcg/0.5ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ARCALYST SOLR 220mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
IMMUNOSUPPRESSANTS		
ASTAGRAF XL CP24 5mg	\$0(2)	NDS, B/D, NM
ASTAGRAF XL CP24 .5mg, 1mg	\$0(2)	B/D, NM
<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, LA, PA
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>cyclosporine</i> CAPS 25mg, 100mg	\$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>gengraf</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	\$0(1)	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> CAPS 250mg; TABS 500mg	\$0(1)	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> SUSR 200mg/ml	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>mycophenolate sodium</i> TBEC 180mg, 360mg	\$0(1)	B/D, NM
NULOJIX SOLR 250mg	\$0(2)	NDS, B/D, NM
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	\$0(2)	B/D, NM
REZUROCK TABS 200mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
SANDIMMUNE SOLN 100mg/ml	\$0(2)	B/D, NM

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sirolimus</i> SOLN 1mg/ml	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>sirolimus</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	\$0(1)	B/D, NM
<i>tacrolimus</i> CAPS .5mg, 1mg, 5mg	\$0(1)	B/D, NM
VACCINES		
ABRYSVO SOLR 120mcg/0.5ml	\$0(1)	
ACTHIB INJ	\$0(1)	
ADACEL INJ	\$0(1)	
AREXVY SUSR 120mcg/0.5ml	\$0(1)	
BCG VACCINE SOLR 50mg	\$0(1)	
BEXSERO INJ	\$0(1)	
BOOSTRIX INJ	\$0(1)	
DAPTACEL INJ	\$0(1)	
DENGVAXIA SUS	\$0(1)	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	\$0(1)	B/D
ENGERIX-B SUSP 20mcg/ml; SUSY 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	\$0(1)	B/D
GARDASIL 9 INJ	\$0(1)	
HAVRIX SUSP 720elu/0.5ml, 1440elu/ml	\$0(1)	
HEPLISAV-B SOSY 20mcg/0.5ml	\$0(1)	B/D
HIBERIX SOLR 10mcg	\$0(1)	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR 2.5unit/ml	\$0(1)	B/D
INFANRIX INJ	\$0(1)	
IPOL INJ INACTIVE	\$0(1)	
IXCHIQ INJ	\$0(1)	
IXIARO INJ	\$0(1)	
JYNNEOS SUSP .5ml	\$0(1)	B/D
KINRIX INJ	\$0(1)	
M-M-R II INJ	\$0(1)	
MENACTRA INJ	\$0(1)	
MENQUADFI INJ	\$0(1)	
MENVEO INJ	\$0(1)	
MENVEO SOL	\$0(1)	
MRESVIA SUSY 50mcg/0.5ml	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PEDIARIX INJ 0.5ML	\$0(1)	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	\$0(1)	
PENBRAYA INJ	\$0(1)	
PENTACEL INJ	\$0(1)	
PREHEVBRIO SUSP 10mcg/ml	\$0(1)	B/D
PRIORIX INJ	\$0(1)	
PROQUAD INJ	\$0(1)	
QUADRACEL INJ	\$0(1)	
QUADRACEL INJ 0.5ML	\$0(1)	
RABAVERT INJ	\$0(1)	B/D
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml; SUSY 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml	\$0(1)	B/D
ROTARIX SUS	\$0(1)	
ROTATEQ SOL	\$0(1)	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml	\$0(1)	QL (2 vials per lifetime)
TDVAX INJ 2-2 LF	\$0(1)	B/D
TENIVAC INJ 5-2LF	\$0(1)	B/D
TICOVAC SUSY 1.2mcg/0.25ml, 2.4mcg/0.5ml	\$0(1)	
TRUMENBA INJ	\$0(1)	
TWINRIX INJ	\$0(1)	
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml; SOSY 25mcg/0.5ml	\$0(1)	
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml	\$0(1)	
VARIVAX SUSR 1350pfu/0.5ml	\$0(1)	
VAXCHORA SUS	\$0(1)	
YF-VAX INJ	\$0(1)	
MISCELLANEOUS		
MISCELLANEOUS		
ACETAMIN POW	\$0(3)	NM; *
AVICEL PH105 POW MICROCRY	\$0(3)	NM; *
AZ CREAM CRE	\$0(3)	NM; *
1ST BASE CRE	\$0(3)	NM; *
BENZYL ALC LIQ	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BENZYL BENZO LIQ	\$0(3)	NM; *
BIOTIN POW	\$0(3)	NM; *
BIOTIN-D POW	\$0(3)	NM; *
BORIC ACID GRA	\$0(3)	NM; *
BORIC ACID POW	\$0(3)	NM; *
CAFFEINE POW ANHYDROU	\$0(3)	NM; *
CAPSULE SZ 1 CAP LACTOSE	\$0(3)	NM; *
CASTOR OIL	\$0(3)	NM; *
CELLULOSE CRY MICROCRY	\$0(3)	NM; *
CHOLESTEROL POW	\$0(3)	NM; *
CHOLESTEROL POW ACETATE	\$0(3)	NM; *
CITRULLINE POW (L)	\$0(3)	NM; *
COENZYME Q10 POW	\$0(3)	NM; *
CREAM BASE CRE	\$0(3)	NM; *
CYANOCOBAL POW	\$0(3)	NM; *
CYANOCOBALAM CRY	\$0(3)	NM; *
DISTILLED LIQ WATER	\$0(3)	NM; *
EMOLLIENT CRE BASE	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP #0	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP #00	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 0	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 1	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 2	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 3	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 4	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 5	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 7	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 00	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 10	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 11	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 13	\$0(3)	NM; *
EMPTY CAPSUL CAP SIZE 000	\$0(3)	NM; *
FATTIBASE OIN	\$0(3)	NM; *
FLAVOR SWEET SYP S/F	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GLYCERIN LIQD 99%, 99.5%	\$0(3)	NM; *
GLYCERIN LIQ	\$0(3)	NM; *
GRAPE SYP	\$0(3)	NM; *
H-COSMETIC CRE ARBEM	\$0(3)	NM; *
HYDROPHILIC OIN PETROLAT	\$0(3)	NM; *
HYDROUS CRE EMULSIFI	\$0(3)	NM; *
HYDROXOCOBAL POW	\$0(3)	NM; *
HYPROMELLOSE POW 4000MPA	\$0(3)	NM; *
L-CARNITINE POW	\$0(3)	NM; *
L-CITRULLINE POW	\$0(3)	NM; *
L-LYSINE HCL POW	\$0(3)	NM; *
L-LYSINE POW	\$0(3)	NM; *
LACTOSE POW	\$0(3)	NM; *
LACTOSE POW ANHYDROU	\$0(3)	NM; *
LACTOSE POW HYDROUS	\$0(3)	NM; *
LACTOSE POW MONOHYDR	\$0(3)	NM; *
LIP BALM OIN BASE	\$0(3)	NM; *
LIOPEN CRE ARBEM	\$0(3)	NM; *
LOLLIBASE POW	\$0(3)	NM; *
METHOCEL E4M POW PREMIUM	\$0(3)	NM; *
METHYLCELLUL POW	\$0(3)	NM; *
METHYLCELLUL POW 400CPS	\$0(3)	NM; *
METHYLCELLUL POW 1500CPS	\$0(3)	NM; *
METHYLCELLUL POW 4000CPS	\$0(3)	NM; *
MICRODERM CRE BASE	\$0(3)	NM; *
MICROSOME CRE BASE	\$0(3)	NM; *
MX-SOL BLEND SUS	\$0(3)	NM; *
MX-SOL BLEND SUS SF	\$0(3)	NM; *
MX-SOL SF SYP	\$0(3)	NM; *
MX-SOL SUS SUSPEND	\$0(3)	NM; *
MX-SOL SYP	\$0(3)	NM; *
NICE DISTILL LIQ WATER	\$0(3)	NM; *
ORA-BLEND SF SUS	\$0(3)	NM; *
ORA-BLEND SUS	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ORA-PLUS LIQ	\$0(3)	NM; *
ORA-SWEET SF SYP	\$0(3)	NM; *
ORA-SWEET SYP	\$0(3)	NM; *
ORAL MIX SF SUS	\$0(3)	NM; *
ORAL MIX SUS SUSPENDI	\$0(3)	NM; *
ORAL SUSPEND LIQ	\$0(3)	NM; *
ORAL SYP FLAVORED	\$0(3)	NM; *
ORAL SYP SF	\$0(3)	NM; *
ORAPENN SD LIQ SWEET	\$0(3)	NM; *
ORAPENN SD LIQ UNSWEET	\$0(3)	NM; *
PCCA BASE CRE 7542	\$0(3)	NM; *
PCCA EMOLLIE CRE BASE	\$0(3)	NM; *
PEG 1000 LIQ	\$0(3)	NM; *
PEG 3350 POW	\$0(3)	NM; *
PEG BLEND OIN	\$0(3)	NM; *
PEG OIN	\$0(3)	NM; *
PFCB CRE	\$0(3)	NM; *
PHARMABASE CRE ANTIOXID	\$0(3)	NM; *
PHARMABASE CRE COSMETIC	\$0(3)	NM; *
PHARMABASE CRE LIGHT	\$0(3)	NM; *
PHARMABASE CRE VAGINAL	\$0(3)	NM; *
PHYTOBASE CRE	\$0(3)	NM; *
POLY GLYCOL POW 8000	\$0(3)	NM; *
POTASSIUM CRY BROMIDE	\$0(3)	NM; *
PROPYLENE GL LIQ	\$0(3)	NM; *
QC CASTOR OIL	\$0(3)	NM; *
SALICYLIC POW ACID	\$0(3)	NM; *
SCAR CARE CRE	\$0(3)	NM; *
SESAME OIL	\$0(3)	NM; *
SOD BENZOATE POW	\$0(3)	NM; *
SOD BROMIDE GRA	\$0(3)	NM; *
SOSWEET SYP	\$0(3)	NM; *
SYRPALTA SYRP 83%	\$0(3)	NM; *
SYRSPEND SF LIQ	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SYRSPEND SF SUS	\$0(3)	NM; *
SYRSPEND SF SUS ALKA	\$0(3)	NM; *
THEOPHYLLINE POW ANHYDROU	\$0(3)	NM; *
U-BASE CRE	\$0(3)	NM; *
UNISPEND ANH SUS SWEETENE	\$0(3)	NM; *
VANIBASE CRE	\$0(3)	NM; *
VANISHING CRE BOTANCAL	\$0(3)	NM; *
VERSATILE CRE BASE	\$0(3)	NM; *
VERSIGEL CRE	\$0(3)	NM; *
WOUND CARE CRE	\$0(3)	NM; *
XCEL 100 CRE	\$0(3)	NM; *
NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS - VITAMINS AND SUPPLEMENTS		
<i>ELECTROLYTES</i>		
<i>advantage care oral elect</i>	\$0(3)	NM; *
BIOLYTE SOL CITRUS	\$0(3)	NM; *
<i>ceralyte 70</i>	\$0(3)	NM; *
CERASPORT SOL	\$0(3)	NM; *
CERASPORT SOL EX1	\$0(3)	NM; *
<i>cvs electrolyte solution</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs pediatric electrolyte</i>	\$0(3)	NM; *
ENFAMIL SOL ENFALYTE	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense electrolyte</i>	\$0(3)	NM; *
<i>h-e-b oral electrolyte so</i>	\$0(3)	NM; *
HYDRALYTE SOL LEMONADE	\$0(3)	NM; *
HYDRALYTE SOL ORANGE	\$0(3)	NM; *
KINDERLYTE SOL	\$0(3)	NM; *
KINDERLYTE SOL FRUIT	\$0(3)	NM; *
KINDERLYTE SOL GRAPE	\$0(3)	NM; *
KINDERLYTE SOL LEM/LIME	\$0(3)	NM; *
KINDERLYTE SOL LEMONADE	\$0(3)	NM; *
KINDERLYTE SOL ORANGE	\$0(3)	NM; *
KINDERLYTE SOL PREMAX	\$0(3)	NM; *
KINDERLYTE SOL STRWBRY	\$0(3)	NM; *
MEDI-LYTE TAB	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>*oral electrolyte solution***</i>	\$0(3)	NM; *
<i>oralyte</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pedia vance</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pediatric electrolyte fre</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra pediatric electrolyte</i>	\$0(3)	NM; *
<i>rehydralyte</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb pediatric electrolyte</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm pediatric electrolyte</i>	\$0(3)	NM; *
THERMOTABS TAB	\$0(3)	NM; *
ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE		
D2.5W/NAACL INJ 0.45%	\$0(2)	
D5W/LYTES INJ #48	\$0(2)	
D10W/NAACL INJ 0.2%	\$0(2)	
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i>	\$0(1)	
ISOLYTE-P INJ /D5W	\$0(2)	
ISOLYTE-S INJ	\$0(2)	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	\$0(2)	
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	\$0(1)	
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	\$0(2)	
<i>lactated ringer's solution</i>	\$0(1)	
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	\$0(2)	
<i>magnesium sulfate SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%</i>	\$0(2)	
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>	\$0(2)	
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	\$0(2)	
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	\$0(1)	
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	\$0(1)	
PLASMA-LYTE INJ -148	\$0(2)	
PLASMA-LYTE INJ -A	\$0(2)	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	\$0(2)	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	\$0(2)	
POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	\$0(2)	
<i>potassium chloride SOLN 2meq/ml, 10meq/100ml, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml</i>	\$0(1)	
POTASSIUM CHLORIDE SOLN 10meq/50ml	\$0(2)	
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	\$0(1)	
<i>sodium chloride SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%</i>	\$0(1)	
TPN ELECTROL INJ	\$0(2)	B/D

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL		
<i>klor-con</i> PACK 20meq	\$0(1)	
<i>klor-con</i> 8 TBCR 8meq	\$0(1)	
<i>klor-con</i> 10 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)	
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	\$0(1)	
IV NUTRITION		
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	\$0(2)	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	\$0(2)	B/D
<i>clinisol sf</i> 15%	\$0(1)	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	\$0(2)	B/D
<i>dextrose</i> SOLN 5%, 10%	\$0(1)	
<i>dextrose</i> SOLN 50%, 70%	\$0(1)	B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	\$0(2)	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	\$0(2)	B/D
<i>plenamine</i>	\$0(1)	B/D
PREMASOL SOL 10%	\$0(2)	NDS, B/D
PROSOL INJ 20%	\$0(2)	B/D

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRAVASOL INJ 10%	\$0(2)	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	\$0(2)	B/D
MINERALS		
CAL-CITRATE CAPS 150mg	\$0(3)	NM; *
CAL-CITRATE TAB PLUS D	\$0(3)	NM; *
CAL-MINT CHEW 260mg	\$0(3)	NM; *
CAL-QUICK LIQ 500-400	\$0(3)	NM; *
CALC CITRATE LIQ VIT D3	\$0(3)	NM; *
CALC CITRATE TAB +D	\$0(3)	NM; *
<i>calcitrate</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 500 + d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 500 +d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 500 +d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 500+d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 500+d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 500+d high potenc</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 500/d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 500/vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600 TABS 600mg, 1500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600 + d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600 high potency TABS 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
CALCIUM 600 TAB +D	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600 with vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600+d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600+d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600+d3 plus miner</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600+d high potenc</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600+d plus minera</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600/vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium 600/vitamin d3</i>	\$0(3)	NM; *
CALCIUM 1000 TAB + D	\$0(3)	NM; *
CALCIUM 1200 CHW	\$0(3)	NM; *
CALCIUM CARB CAP VIT D3	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>calcium carb-cholecalciferol tab 250 mg-3.125 mcg (125 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carb-cholecalciferol tab 500 mg-10 mcg (400 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carb-cholecalciferol tab 600 mg-10 mcg (400 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carb-cholecalciferol tab 600 mg-20 mcg (800 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*calcium carb-vit d w/ minerals chew tab 600 mg-400 unit***</i>	\$0(3)	NM; *
CALCIUM CARBONATE CHEW 260mg, 500mg; POWD 800mg/2gm	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate TABS 500mg, 600mg, 1250mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate-cholecalciferol tab 500 mg-5 mcg(200 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate-cholecalciferol tab 600 mg-5 mcg(200 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate-vitamin d cap 600 mg-5 mcg (200 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate-vitamin d tab 250 mg-3.125 mcg (125 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate-vitamin d tab 600 mg-5 mcg (200 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
CALCIUM CHW 500-10	\$0(3)	NM; *
CALCIUM CHW 500MG	\$0(3)	NM; *
<i>calcium cit-vit d tab 200 mg-6.25 mcg(250 unit) (elem ca)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium cit-vit d tab 315 mg-6.25 mcg(250 unit) (elem ca)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium cit-vitamin d tab 315 mg-5 mcg(200 unit) (elem ca)</i>	\$0(3)	NM; *
CALCIUM CIT/ TAB VIT D	\$0(3)	NM; *
CALCIUM CITRATE GRAN 760mg/3.5gm; TABS 250mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium citrate TABS 200mg</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>calcium citrate + d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium citrate + d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium citrate + d3 max</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium citrate + d3 maxi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium citrate+d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium citrate+d3 petite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium citrate/d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium creamies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium gummies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium high potency</i> TABS 600mg, 1500mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium high potency + vi</i>	\$0(3)	NM; *
CALCIUM LACTATE TABS 100mg, 750mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium plus vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium plus vitamin d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium+d3</i>	\$0(3)	NM; *
CALCIUM/D3 CAP 600-2500	\$0(3)	NM; *
<i>calcium/vitamin d3</i>	\$0(3)	NM; *
CALCIUM/VITD CAP 600-400	\$0(3)	NM; *
CALTRATE 600 CHW 600-800	\$0(3)	NM; *
CALTRATE + D TAB 300-800	\$0(3)	NM; *
CHEWABLE CALCIUM CHEW 500mg	\$0(3)	NM; *
CITRACAL CAL CHW GUMMIES	\$0(3)	NM; *
CITRACAL+D3 CHW 250-500	\$0(3)	NM; *
<i>cvs calcium 600 & vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs calcium 600 + d plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs calcium 600+d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs calcium & vitamin d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs calcium carbonate</i> TABS 1250mg	\$0(3)	NM; *
<i>cvs calcium citrate+d3 pe</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs magnesium</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>cvs magnesium oxide</i> TABS 250mg	\$0(3)	NM; *
<i>cvs oyster shell calcium/</i>	\$0(3)	NM; *
<i>600+d3</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>eq calcium 500+d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eq calcium 600+d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eq calcium 600+d+minerals</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eq calcium citrate+d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql calcium 600mg/vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
EQL CALCIUM CAP VIT D	\$0(3)	NM; *
<i>eql calcium citrate w/vit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql calcium citrate/ vita</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql calcium/vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
GALZIN CAPS 25mg, 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp calcium TABS 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp calcium 500 +d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp calcium 600 +d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp calcium 600 +d3/miner</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp calcium 600 +d/minera</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp calcium citrate +d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp calcium citrate+d3 ma</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm calcium citrate+d3 pet</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm calcium/vitamin d/mine</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp calcium 600+d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp calcium 600+d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp calcium citrate+d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp mag-oxide magnesium TABS 200mg</i>	\$0(3)	NM; *
LIQUID CALCI CAP WITH D3	\$0(3)	NM; *
<i>liquid calcium/d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>liquid calcium/vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
MAG-G TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>mag-oxide TABS 200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>magdelay TBEC 64mg</i>	\$0(3)	NM; *
MAGN CHLORID POW	\$0(3)	NM; *
MAGNESIUM CAPS 400mg; CHEW 200mg; TABS 64mg	\$0(3)	NM; *
MAGNESIUM CITRATE TABS 100mg	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MAGNESIUM EXTRA STRENGTH CAPS 400mg	\$0(3)	NM; *
<i>magnesium gluconate</i> TABS 27.5mg	\$0(3)	NM; *
MAGNESIUM GLUCONATE TABS 250mg, 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>magnesium lactate</i> TBCR 7meq	\$0(3)	NM; *
MAGNESIUM OXIDE CAPS 400mg; TABS 420mg	\$0(3)	NM; *
<i>magnesium oxide (mg supplement)</i> CAPS 500mg; TABS 250mg, 400mg, 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>magnesium-oxide</i> TABS 400mg	\$0(3)	NM; *
MAGONATE LIQ 1000/5ML	\$0(3)	NM; *
<i>mgo</i> TABS 400mg	\$0(3)	NM; *
NU-MAG TAB 71.5-119	\$0(3)	NM; *
<i>orazinc</i> CAPS 220mg	\$0(3)	NM; *
<i>os-cal</i>	\$0(3)	NM; *
<i>os-cal calcium + d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>os-cal extra d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>oysco 500+d</i>	\$0(3)	NM; *
OYST SHELL/D TAB 500MG	\$0(3)	NM; *
<i>oyster shell</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>oyster shell calcium + d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>oyster shell calcium + d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>oyster shell calcium plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>oyster shell calcium+d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>oyster shell calcium/d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>oyster shell calcium/vita</i>	\$0(3)	NM; *
<i>potassium & sodium phosphates powder pack 280-160-250 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pronutrients calcium+d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pure calcium carbonate</i> TABS 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>px calcium&d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc calcium fast dissoluti</i> TABS 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc calcium/minerals/vitam</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra calcium 600</i> TABS 600mg	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ra calcium 600 plus vitam</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra calcium 600/vit d/mine</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra calcium citrate plus v</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra calcium citrate/vitami</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra calcium plus vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra calcium/minerals/vitam</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra hi cal</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra magnesium CAPS 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
RISACAL-D TAB	\$0(3)	NM; *
<i>sb calcium + d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb oyster shell calcium TABS 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>slow magnesium chloride/</i>	\$0(3)	NM; *
SLOW MAGNESIUM CHLORIDE/	\$0(3)	NM; *
SLOW-MAG TAB	\$0(3)	NM; *
SLOW-MAG TAB 71.5-119	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium 500/vitamin d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium 600+d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium 600/vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium /vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium citrate+ w/vit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium citrate+vitami</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium citrate/vitami</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium/vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium/vitamin d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm magnesium TABS 250mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm oyster shell calcium/v</i>	\$0(3)	NM; *
SOD CHLORIDE GRA	\$0(3)	NM; *
<i>super calcium TABS 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super calcium 600 + d3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super calcium 600+d3 400</i>	\$0(3)	NM; *
TR MAG COMPL CAP 400MG	\$0(3)	NM; *
UPCAL D POW	\$0(3)	NM; *
<i>zinc sulfate CAPS 220mg</i>	\$0(3)	NM; *
ZINC SULFATE POW GRANULAR	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZINC SULFATE POW HEPTAHYD	\$0(3)	NM; *
ZINC SULFATE POW MONOHYD	\$0(3)	NM; *
MISCELLANEOUS		
ALPHA LIPOIC ACID CAPS 50mg, 300mg	\$0(3)	NM; *
<i>alpha-lipoic acid (thioctic acid)</i> CAPS 100mg, 200mg, 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>arginine</i> CAPS 500mg; TABS 1000mg	\$0(3)	NM; *
ARGININE PACK 500mg; TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
ARGININE2000 PACK 2000mg	\$0(3)	NM; *
BOOST BREEZE LIQ ASSORTED	\$0(3)	NM; *
BOOST LIQ BREEZE	\$0(3)	NM; *
CO Q-10 CAPS 75mg	\$0(3)	NM; *
<i>coenzyme q10 (ubidecarenone)</i> CAPS 10mg, 30mg, 50mg, 60mg, 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	\$0(3)	NM; *
<i>coq10 maximum strength</i> CAPS 400mg	\$0(3)	NM; *
COROMEGA EMU OMEGA 3	\$0(3)	NM; *
<i>cvs coenzyme q-10</i> CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>cvs coq-10</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg, 400mg	\$0(3)	NM; *
<i>cvs fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs fish oil half-the-siz</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs gummy fish childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs natural fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cyto arg</i>	\$0(3)	NM; *
CYTO-Q LIQD 80mg/10ml	\$0(3)	NM; *
CYTO-Q MAX LIQD 100mg/ml	\$0(3)	NM; *
CYTO-Q T/F LIQD 80mg/10ml	\$0(3)	NM; *
ENSURE CLEAR LIQ APPLE	\$0(3)	NM; *
ENSURE CLEAR LIQ BBRY/POM	\$0(3)	NM; *
ENSURE CLEAR LIQ MIX BERY	\$0(3)	NM; *
ENSURE CLEAR LIQ MIX FRUT	\$0(3)	NM; *
ENSURE CLEAR LIQ PEACH	\$0(3)	NM; *
<i>eql coq10</i> CAPS 100mg, 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>eql fish oil</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>eql omega 3 fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql omega-3 fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fish oil adult gummies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fish oil burp-less</i>	\$0(3)	NM; *
FISH OIL CAP 150MG	\$0(3)	NM; *
FISH OIL CAP 180MG	\$0(3)	NM; *
FISH OIL CAP 183.33MG	\$0(3)	NM; *
FISH OIL CAP 850MG	\$0(3)	NM; *
FISH OIL CAP 1000MG	\$0(3)	NM; *
FISH OIL CAP 1400MG	\$0(3)	NM; *
FISH OIL CHW 875MG	\$0(3)	NM; *
<i>fish oil concentrate</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fish oil double strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fish oil extra strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fish oil maximum strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fish oil omega-3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fish oil pearls</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fish oil/super potent/no</i>	\$0(3)	NM; *
FRUCTOSE GRA	\$0(3)	NM; *
<i>glutamine powder</i>	\$0(3)	NM; *
GLUTATHIONE POW	\$0(3)	NM; *
<i>gnp co q10 CAPS 60mg, 100mg, 200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp co q-10 CAPS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
GNP FISH OIL CAP 840MG	\$0(3)	NM; *
<i>gnp fish oil maximum stre</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp omega-3 fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>l-arginine maximum streng TABS 1000mg</i>	\$0(3)	NM; *
L-ARGININE POW	\$0(3)	NM; *
L-GLUTAMINE POW	\$0(3)	NM; *
L-GLUTATHION CRY	\$0(3)	NM; *
L-ISOLEUCINE POW	\$0(3)	NM; *
L-VALINE POW	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LIPOIC ACID CAPS 150mg	\$0(3)	NM; *
LIQ-10 SYP 50-15/5	\$0(3)	NM; *
<i>maximum epa</i>	\$0(3)	NM; *
MEGARED KIDS CHW	\$0(3)	NM; *
NEOQ10 CAPS 125mg	\$0(3)	NM; *
<i>norwegian salmon oil</i>	\$0(3)	NM; *
OMEGA BABY EMU PRENATAL	\$0(3)	NM; *
<i>omega iii epa+dha</i>	\$0(3)	NM; *
OMEGA MONOPU CAP 1300MG	\$0(3)	NM; *
OMEGA-3 CAP 350MG	\$0(3)	NM; *
OMEGA-3 CAP 1400MG	\$0(3)	NM; *
OMEGA-3 CAP FISH OIL	\$0(3)	NM; *
<i>omega-3 fatty acids</i> CAPS 500mg, 1000mg, 1200mg	\$0(3)	NM; *
<i>*omega-3 fatty acids cap 300 mg**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*omega-3 fatty acids cap 435 mg**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*omega-3 fatty acids cap 500 mg**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*omega-3 fatty acids cap 1000 mg**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*omega-3 fatty acids cap 1200 mg**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*omega-3 fatty acids cap delayed release 1000 mg**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>omega-3 microgel improved</i>	\$0(3)	NM; *
<i>omegapure 600 ec</i>	\$0(3)	NM; *
OMEGAPURE CAP 780 EC	\$0(3)	NM; *
OMEGAPURE CAP 900 EC	\$0(3)	NM; *
OMERA CAP 750MG	\$0(3)	NM; *
<i>ovega-3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pure l-arginine hcl</i> CAPS 500mg	\$0(3)	NM; *
PURE L-CITRULLINE CAPS 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>px fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>q-sorb co q-10</i> CAPS 100mg, 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>ra coenzyme q-10</i> CAPS 100mg, 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>ra fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra l-arginine</i> TABS 1000mg	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v17

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sam-e.p.a.</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb omega-3 fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sea-omega</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm co q-10 CAPS 100mg, 200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm coenzyme q-10 CAPS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm coq-10 CAPS 50mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
SM FISH OIL CAP 554MG	\$0(3)	NM; *
<i>sm omega-3 fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super dha gems</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super omega-3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>the very finest fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>theragran-m fish oil conc</i>	\$0(3)	NM; *
<i>theromega</i>	\$0(3)	NM; *
ULTRA OMEGA3 CAP 1400MG	\$0(3)	NM; *
<i>ultra omega-3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>yl coenzyme q10 CAPS 30mg</i>	\$0(3)	NM; *
VITAMINS		
<i>a thru z advanced</i>	\$0(3)	NM; *
<i>a thru z high potency</i>	\$0(3)	NM; *
<i>a thru z select</i>	\$0(3)	NM; *
<i>a thru z select 50+ advan</i>	\$0(3)	NM; *
<i>a thru z select 50+ mens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>a thru z select advanced</i>	\$0(3)	NM; *
<i>a thru z select ultimate</i>	\$0(3)	NM; *
<i>a thru z ultimate mens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>a-25 CAPS 25000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>a-10000 CAPS 10000unit</i>	\$0(3)	NM; *
ABC COMPLETE TAB WOMEN	\$0(3)	NM; *
<i>activite</i>	\$0(3)	NM; *
ACTIVNUTRIEN CHW	\$0(3)	NM; *
ADEK CHW PLUS ZN	\$0(3)	NM; *
ADLT ONE DLY CHW GUMMIES	\$0(3)	NM; *
ADULT 50+ CAP EYE HLTH	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ADULT 50+ CAP OCUVITE	\$0(3)	NM; *
<i>50+ adult eye health</i>	\$0(3)	NM; *
<i>advanced multi ea</i>	\$0(3)	NM; *
<i>airborne</i>	\$0(3)	NM; *
AIRBORNE CHW	\$0(3)	NM; *
AIRBORNE CHW KIDS	\$0(3)	NM; *
<i>airborne gummies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>airborne immune system</i>	\$0(3)	NM; *
<i>airborne kids</i>	\$0(3)	NM; *
AIRBORNE POW	\$0(3)	NM; *
AIRBORNE+ CHW PROBIOTI	\$0(3)	NM; *
AIRBORNE+ CHW REST	\$0(3)	NM; *
AIRBORNE+ POW STRESS	\$0(3)	NM; *
AIRBORNE+NAT LIQ ENERGY	\$0(3)	NM; *
AIRSHIELD CHW IMMUNITY	\$0(3)	NM; *
ALGAE BASED TAB CALCIUM	\$0(3)	NM; *
ALIVE DAILY TAB WOMENS	\$0(3)	NM; *
ALIVE DIABET TAB MULTIVIT	\$0(3)	NM; *
ALIVE ENERGY TAB WOMENS	\$0(3)	NM; *
ALIVE HAIR CHW SKN/NAIL	\$0(3)	NM; *
ALIVE IMMUNE CAP HEALTH	\$0(3)	NM; *
ALIVE LIQ MULT-VIT	\$0(3)	NM; *
ALIVE WOMENS CHW 50+	\$0(3)	NM; *
ALIVE WOMENS CHW GUMMY	\$0(3)	NM; *
<i>allbee plus vitamin c</i>	\$0(3)	NM; *
AMLADEX TAB	\$0(3)	NM; *
<i>anti-oxidant</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antioxidant</i>	\$0(3)	NM; *
ANTIOXIDANT TAB FORMULA	\$0(3)	NM; *
<i>antioxidant vitamins</i>	\$0(3)	NM; *
APETIGEN TAB PLUS	\$0(3)	NM; *
APPE-CURB CAP	\$0(3)	NM; *
AQUA-E LIQD 75unit/ml	\$0(3)	NM; *
<i>aqueous vitamin d infants LIQD 10mcg/ml</i>	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v17

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>aqueous vitamin e</i> SOLN 15mg/0.67ml	\$0(3)	NM; *
ASCOR SOLN 25000mg/50ml	\$0(3)	NM; *
<i>ascorbic acid</i> TABS 250mg, 500mg, 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>ascorbic acid tab 500 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ascorbic acid tab 1000 mg</i>	\$0(3)	NM; *
ATP IGNITE PAK	\$0(3)	NM; *
AZO HORMONAL TAB HEALTH	\$0(3)	NM; *
<i>b6 natural</i> TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>b-complex balanced</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*b-complex w/ c & folic acid tab***</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*b-complex w/ c cap**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*b-complex w/ c tab**</i>	\$0(3)	NM; *
B-COMPLEX/FA TAB /VIT C	\$0(3)	NM; *
<i>baby super daily d3</i> LIQD 400out/0.028ml	\$0(3)	NM; *
<i>baby vitamin d3 drops</i> LIQD 400out/0.028ml	\$0(3)	NM; *
BACMIN TAB	\$0(3)	NM; *
BARIATRIC CAP MULTIVIT	\$0(3)	NM; *
<i>bec/zinc</i>	\$0(3)	NM; *
<i>berocca</i>	\$0(3)	NM; *
<i>beta carotene</i> CAPS 25000unit	\$0(3)	NM; *
<i>beta carotene provitamin</i> CAPS 25000unit	\$0(3)	NM; *
<i>better b complex</i>	\$0(3)	NM; *
BIO-35 GLUTE CAP FREE	\$0(3)	NM; *
BIO-D-MULSION LIQD 400unt/0.04ml	\$0(3)	NM; *
BIO-D-MULSION FORTE LIQD 2000unt/0.04ml	\$0(3)	NM; *
BIOCAL CAP	\$0(3)	NM; *
BIOTIN CAPS 1mg	\$0(3)	NM; *
<i>biotin</i> CAPS 5mg, 10mg, 5000mcg	\$0(3)	NM; *
<i>biotin/maximum strength</i> CAPS 5000mcg	\$0(3)	NM; *
<i>body/hair/skin/nails</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BP VIT 3 CAP	\$0(3)	NM; *
BPROTECT PED DRO TRI-VITE	\$0(3)	NM; *
<i>bprotected multi-vite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>bprotected pedia d-vite</i> LIQD 400unit/ml	\$0(3)	NM; *
<i>c 500</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>c 1000</i> TABS 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>c-250</i> TABS 250mg	\$0(3)	NM; *
<i>c-500</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>c-500/rose hips</i>	\$0(3)	NM; *
<i>c-1000</i> TABS 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>c-1000/rose hips</i>	\$0(3)	NM; *
C-BUFF POW	\$0(3)	NM; *
<i>calcidol</i> SOLN 200mcg/ml	\$0(3)	NM; *
CENT MATURE TAB ADLT 50+	\$0(3)	NM; *
<i>centavite a-z complete mu</i>	\$0(3)	NM; *
CENTRAL-VITE TAB	\$0(3)	NM; *
<i>centravites</i>	\$0(3)	NM; *
<i>centravites 50 plus</i>	\$0(3)	NM; *
CENTRAVITES TAB 50 PLUS	\$0(3)	NM; *
CENTRAVITES TAB ADULTS	\$0(3)	NM; *
CENTRUM 50+ CHW FRSH/FRU	\$0(3)	NM; *
CENTRUM CHW ADULTS	\$0(3)	NM; *
CENTRUM CHW FLAV BST	\$0(3)	NM; *
CENTRUM CHW SILVER	\$0(3)	NM; *
CENTRUM KIDS CHW	\$0(3)	NM; *
CENTRUM KIDS CHW FLAV BST	\$0(3)	NM; *
CENTRUM SPEC TAB HEART	\$0(3)	NM; *
CENTRUM SPEC TAB VISION	\$0(3)	NM; *
CENTRUM TAB CARDIO	\$0(3)	NM; *
CENTRUM TAB MEN	\$0(3)	NM; *
CENTRUM TAB SILVER	\$0(3)	NM; *
CENTRUM TAB ULTRA	\$0(3)	NM; *
<i>century</i>	\$0(3)	NM; *
<i>century mature</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cerovite jr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cerovite senior</i>	\$0(3)	NM; *
<i>certa-vite</i>	\$0(3)	NM; *
CERTAVITE TAB SENIOR	\$0(3)	NM; *
CERTAVITE/ TAB ANTIOXID	\$0(3)	NM; *
<i>certavite/antioxidants</i>	\$0(3)	NM; *
<i>childrens animal shapes c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>childrens chewable multiv</i>	\$0(3)	NM; *
<i>childrens chewable vitam</i>	\$0(3)	NM; *
CHILDRENS GUMMIES	\$0(3)	NM; *
CHLORELLA CAP	\$0(3)	NM; *
<i>chlorocaps</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cholecalciferol CAPS 1.25mg, 25mcg, 50mcg, 250mcg, 400unit, 1000unit, 2000unit, 5000unit, 10000unit, 50000unit; CHEW 25mcg, 400unit, 1000unit, 2000unit; LIQD 400unit/ml; TABS 25mcg, 50mcg, 125mcg, 400unit, 1000unit, 2000unit, 5000unit, 10000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cholecalciferol cap 1.25 mg (50000 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cholecalciferol cap 250 mcg (10000 unit)</i>	\$0(3)	NM; *
CITRACAL TAB MAX PLUS	\$0(3)	NM; *
<i>companion</i>	\$0(3)	NM; *
<i>compete</i>	\$0(3)	NM; *
<i>complete multivitamin/mul</i>	\$0(3)	NM; *
CONCEPTIONXR MIS MOTILITY	\$0(3)	NM; *
<i>corvita</i>	\$0(3)	NM; *
CULTURELLE CHW MULTIVIT	\$0(3)	NM; *
<i>culturelle kids complete</i>	\$0(3)	NM; *
<i>culturelle kids multivita</i>	\$0(3)	NM; *
<i>culturelle kids probiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs airshield</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs airshield effervescen</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs b6 TABS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs b complex plus c</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cvs biotin CAPS 10mg, 5000mcg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs chewable childrens vi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs childrens chewable co</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs d3 CAPS 400unit, 1000unit, 2000unit, 5000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs daily gummies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs daily gummies adult</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs daily multiple for me</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs daily multiple for wo</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs e CAPS 200unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs e oil OIL 45mg/0.25ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs eye health & lutein</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs folic acid TABS 800mcg</i>	\$0(3)	NM; *
CVS GUMMY DINOS	\$0(3)	NM; *
CVS GUMMY DINOS CHILDRENS	\$0(3)	NM; *
CVS GUMMY MULTIVITAMIN KI	\$0(3)	NM; *
<i>cvs mens daily gummies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs one daily essential</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs one daily mens health</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs one daily womens form</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs spectravite advanced</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs spectravite men</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs spectravite men 50+</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs spectravite senior</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs spectravite ultra hea</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs spectravite ultra wom</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs spectravite women</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs spectravite women 50+</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs stress formula/zinc</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs super b complex/c</i>	\$0(3)	NM; *
CVS VISION CAP HEALTH	\$0(3)	NM; *
<i>cvs vitamin a CAPS 8000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs vitamin c TABS 250mg, 500mg, 1000mg</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cvs vitamin c/rose hips</i> TABS 500mg, 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>cvs vitamin d3</i> CAPS 10000unit; CHEW 25mcg, 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>cvs vitamin e</i> CAPS 180mg, 400unit, 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>cvs womens active daily</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs womens daily gummies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cyanocobalamin</i> SOLN 1000mcg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>d3</i> CHEW 400unit; TABS 50mcg	\$0(3)	NM; *
<i>d3 2000</i> CAPS 2000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d3 5000</i> CAPS 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d3 adult</i> CHEW 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d3 adult gummy</i> CHEW 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>D3 BABY DROPS</i> LIQD 400ut/0.025ml	\$0(3)	NM; *
<i>d3 high potency</i> CAPS 25mcg, 50mcg, 1000unit, 2000unit, 5000unit; TABS 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>d3 kids</i> CHEW 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>D3 LIQUID</i> LIQD 25mcg/0.04ml	\$0(3)	NM; *
<i>d3 maximum strength</i> CAPS 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d3 super strength</i> CAPS 2000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d3-50</i> CAPS 50000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d3-1000</i> CAPS 1000unit; TABS 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d2000 ultra strength</i> CAPS 2000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d 400</i> TABS 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>d 1000</i> CAPS 1000unit; CHEW 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d 5000</i> CAPS 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d 10000</i> CAPS 10000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d-3-5</i> CAPS 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d-400</i> TABS 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>d-1000 extra strength</i> TABS 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d-5000</i> TABS 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>d-vite pediatric</i> LIQD 400unit/ml	\$0(3)	NM; *
<i>daily combo multi vitamin</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>daily multiple vitamins</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily multivitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily value multivitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily vitamins</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily vite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily vite multivitamin/i</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily-vite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>daily-vite multivitamin</i>	\$0(3)	NM; *
DDROPS LIQD 1000ut/0.028ml, 2000ut/0.028ml	\$0(3)	NM; *
DECARA CAPS 25000unit	\$0(3)	NM; *
<i>decara</i> CAPS 50000unit	\$0(3)	NM; *
DECARA K CAP	\$0(3)	NM; *
DECUBI-VITE CAP	\$0(3)	NM; *
DEKAS CAP ESSENTIA	\$0(3)	NM; *
DEKAS CHW BARIATRI	\$0(3)	NM; *
DEKAS LIQ ESSENTIA	\$0(3)	NM; *
DEKAS PLUS CAP	\$0(3)	NM; *
DEKAS PLUS CAP OCEAN	\$0(3)	NM; *
DEKAS PLUS CHW	\$0(3)	NM; *
DEKAS PLUS LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>delta d3</i> TABS 400unit	\$0(3)	NM; *
DERMACINRX CHW DAVIMET	\$0(3)	NM; *
DERMACINRX TAB RIBOT-E	\$0(3)	NM; *
DIABET HLTH PAK SUPPORT	\$0(3)	NM; *
<i>diabetes health formula</i>	\$0(3)	NM; *
DIABETES PAK HEALTH	\$0(3)	NM; *
<i>dialyvite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dialyvite 800</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dialyvite 800/ultra d</i>	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE TAB 3000	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE TAB 5000	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE TAB SUPREM D	\$0(3)	NM; *
<i>dialyvite vitamin d3 max</i> TABS 50000unit	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dialyvite vitamin d 5000 CAPS 5000unit</i>	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE WAF 800	\$0(3)	NM; *
DIALYVITE/ TAB ZINC	\$0(3)	NM; *
<i>dodex SOLN 1000mcg/ml</i>	\$0(3)	NM; *
DOTREMIN TAB	\$0(3)	NM; *
<i>dry eye formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>e200 CAPS 200unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>e400 CAPS 400unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>e1000 CAPS 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>e 1000 CAPS 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>e-200 CAPS 200unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>e-400 CAPS 400unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>e-400-clear CAPS 400unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>e-oil OIL 100unt/0.25ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eldertonic</i>	\$0(3)	NM; *
EMERGEN-C CHW VITA C	\$0(3)	NM; *
EMERGEN-C PAK BLUE	\$0(3)	NM; *
EMERGEN-C PAK HEART	\$0(3)	NM; *
EMERGEN-C PAK IMMUNE	\$0(3)	NM; *
EMERGEN-C PAK KIDZ	\$0(3)	NM; *
EMERGEN-C PAK MSM LITE	\$0(3)	NM; *
EMERGEN-C PAK PINK	\$0(3)	NM; *
EMERGEN-C PAK VIT D/CA	\$0(3)	NM; *
EMERGEN-C PAK VITA C	\$0(3)	NM; *
<i>endur-acin TBCR 250mg, 500mg, 750mg</i>	\$0(3)	NM; *
ENDUR-VM TAB	\$0(3)	NM; *
ENDUR-VM TAB IRON	\$0(3)	NM; *
<i>eq complete chewable mult</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eq complete multivitamin</i>	\$0(3)	NM; *
EQ COMPLETE TAB ADULT	\$0(3)	NM; *
EQ MULTIVITAMIN GUMMIES C	\$0(3)	NM; *
EQ ONE DAILY TAB MENS	\$0(3)	NM; *
EQ ONE DAILY TAB WOMENS	\$0(3)	NM; *
<i>eq one daily womens healt</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>eql b-6</i> TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>eql century</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql century mature</i>	\$0(3)	NM; *
EQL CENTURY TAB MENS	\$0(3)	NM; *
<i>eql childrens multivitami</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql one daily mens 50+ ad</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql one daily mens health</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql one daily womens 50+</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql stress b-complex/vita</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql super b complex/vitam</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql vision formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql vitamin c</i> TABS 500mg, 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>eql vitamin c/rose hips</i> TABS 500mg, 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>eql vitamin d3</i> CAPS 400unit, 1000unit, 2000unit, 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>eql vitamin e</i> CAPS 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>ergocalciferol</i> CAPS 1.25mg, 50000unit; SOLN 8000unit/ml	\$0(3)	NM; *
<i>essentia</i>	\$0(3)	NM; *
<i>essential balance</i>	\$0(3)	NM; *
ESTROVEN MEN TAB SUPPLEM	\$0(3)	NM; *
EYE HEALTH CAP ADLT 50+	\$0(3)	NM; *
EYE HEALTH TAB LUTEIN	\$0(3)	NM; *
EYE MULTIVIT CAP	\$0(3)	NM; *
EYE MULTIVIT CAP LUTEIN	\$0(3)	NM; *
EYE MULTIVIT TAB SODIUM	\$0(3)	NM; *
<i>fa-8</i> CAPS .8mg	\$0(3)	NM; *
<i>fabb</i>	\$0(3)	NM; *
FLINTSTONES CHW COMPLETE	\$0(3)	NM; *
<i>flintstones complete</i>	\$0(3)	NM; *
FLINTSTONES COMPLETE	\$0(3)	NM; *
<i>flintstones gummies plus</i>	\$0(3)	NM; *
FLINTSTONES GUMMIES PLUS	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v17

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>flintstones plus calcium</i>	\$0(3)	NM; *
<i>flintstones w/iron</i>	\$0(3)	NM; *
<i>flintstones/my first</i>	\$0(3)	NM; *
FLORIVA DRO PLUS	\$0(3)	NM; *
<i>folate</i> TABS 400mcg	\$0(3)	NM; *
FOLDITAM TAB	\$0(3)	NM; *
<i>folic acid</i> CAPS 5mg, 800mcg; SOLN 5mg/ml; TABS 1mg, 400mcg, 800mcg	\$0(3)	NM; *
FOLIC ACID CAPS 20mg	\$0(3)	NM; *
FOLIC ACID POW	\$0(3)	NM; *
FOLIFLEX TAB	\$0(3)	NM; *
FOLITE TAB	\$0(3)	NM; *
FOLITIN-Z TAB	\$0(3)	NM; *
FOLIXAPURE TAB 1-5000	\$0(3)	NM; *
FOLTAMIN TAB 1-5000	\$0(3)	NM; *
FOLTRATE TAB	\$0(3)	NM; *
FOLTREXYL TAB	\$0(3)	NM; *
FREEDAVITE TAB	\$0(3)	NM; *
<i>fruity chews</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fruity chews/iron</i>	\$0(3)	NM; *
<i>full spectrum b/vitamin c</i>	\$0(3)	NM; *
GENADEK CAP STEP 1	\$0(3)	NM; *
GENADEK CAP STEP 2	\$0(3)	NM; *
GENADEK DRO	\$0(3)	NM; *
<i>gerber grow mighty</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gerber lil' brainies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gerivite complete</i>	\$0(3)	NM; *
<i>glucoten</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp b-complex plus vitamini</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp biotin</i> CAPS 5000mcg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp childrens chewables/e</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp childrens chewables/i</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp d 1000</i> CAPS 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>gnp essential one daily</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp folic acid</i> TABS 400mcg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp hair/skin/nails</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp healthy eyes</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp little ones childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mega multi for men</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mega multi for women</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp one daily mens health</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp one daily womens heal</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp one daily womens meta</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp therapeutic-m</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin a</i> CAPS 10000unit	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin b-6</i> TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin c</i> TABS 250mg, 500mg, 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin c w/rose hips</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin c/rose hips</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin d</i> CHEW 400unit; TABS 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin d3</i> TABS 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin d3 extra stre</i> TABS 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin d maximum str</i> TABS 2000unit	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin d super stren</i> TABS 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin e</i> CAPS 200unit, 400unit, 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin e water dispe</i> CAPS 400unit	\$0(3)	NM; *
GUMMI BEAR MULTIVITAMIN/M	\$0(3)	NM; *
HAIR SKIN & TAB NAILS AD	\$0(3)	NM; *
HAIR/SKIN/ CAP NAILS	\$0(3)	NM; *
<i>hair/skin/nails</i>	\$0(3)	NM; *
<i>healthy eyes</i>	\$0(3)	NM; *
HEALTHY EYES CAP SUPERVIS	\$0(3)	NM; *
<i>healthy eyes/lutein/zeaxa</i>	\$0(3)	NM; *
<i>healthy hair skin & nails</i>	\$0(3)	NM; *
HEALTHY KIDS CHW GUMMIES	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v17

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>healthy kids vitamin d3</i> CHEW 400unit	\$0(3)	NM; *
HI POT MV/ TAB BETA-CAR	\$0(3)	NM; *
HIGH POTENCY TAB MULTIVIT	\$0(3)	NM; *
HIGH POTENCY TAB MV/FA	\$0(3)	NM; *
<i>hm biotin</i> CAPS 5000mcg	\$0(3)	NM; *
HM COMPLETE TAB MEN	\$0(3)	NM; *
<i>hm complete women</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm e vitamin</i> CAPS 180mg	\$0(3)	NM; *
HM HAIR/SKIN TAB /NAILS	\$0(3)	NM; *
<i>hm womens 50+ advanced on</i>	\$0(3)	NM; *
HONEY BEARS CHW	\$0(3)	NM; *
HONEY BEARS CHW IRON-ZIN	\$0(3)	NM; *
<i>hydroxocobalamin acetate</i> SOLN 1000mcg/ml	\$0(3)	NM; *
<i>i-vite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>icaps</i>	\$0(3)	NM; *
ICAPS AREDS TAB FORMULA	\$0(3)	NM; *
<i>icaps lutein & omega-3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>icaps mv</i>	\$0(3)	NM; *
IMMUNE CHW SUPPORT	\$0(3)	NM; *
IMMUNE SUPP POW VIT C	\$0(3)	NM; *
INFUVITE INJ PEDIATRI	\$0(3)	NM; *
<i>is-d 10,000</i> CAPS 10000unit	\$0(3)	NM; *
K-PAX TAB PROF ST	\$0(3)	NM; *
<i>kids first vitamin d3 gum</i> CHEW 1000unit	\$0(3)	NM; *
KIDZ MULTVIT CHW PROBIOTI	\$0(3)	NM; *
<i>kp adults 50+ daily formu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp adults daily formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp b complex/c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp folic acid</i> TABS 1mg, 800mcg	\$0(3)	NM; *
<i>kp mens 50+ daily formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp mens daily formula</i>	\$0(3)	NM; *
KP MENS MIS DAILY PK	\$0(3)	NM; *
<i>kp niacin</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>kp vision formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp vision formula w/lutei</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp vitamin b-6 TABS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp vitamin d CAPS 1000unit; CHEW 400unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp vitamin d3 CAPS 1000unit, 2000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp vitamin e CAPS 100unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp womens 50+ daily formu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp womens daily formula</i>	\$0(3)	NM; *
KP WOMENS PAK DAILY	\$0(3)	NM; *
<i>land before time multivit</i>	\$0(3)	NM; *
LIFE PACK MIS MENS	\$0(3)	NM; *
LIFE PACK MIS WOMENS	\$0(3)	NM; *
LYSIPLEX PLUS	\$0(3)	NM; *
<i>macular health formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>macuvite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>macuvite eye care</i>	\$0(3)	NM; *
<i>macuvite/lutein</i>	\$0(3)	NM; *
MAXIMIN PAK	\$0(3)	NM; *
MAXIMUM D3 CAPS 325mcg	\$0(3)	NM; *
<i>maximum daily green</i>	\$0(3)	NM; *
MEGA MULTI TAB MEN	\$0(3)	NM; *
<i>mega-marathon 100 tr</i>	\$0(3)	NM; *
MEGAVITE TAB FRT/VEG	\$0(3)	NM; *
MEGAVITE TAB GOLD 55+	\$0(3)	NM; *
<i>meijer advanced formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>meijer advanced formula f</i>	\$0(3)	NM; *
<i>meijer c TABS 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
MENS 50+ CAP ADVANCED	\$0(3)	NM; *
MENS 50+ TAB MULTIVIT	\$0(3)	NM; *
<i>mens daily formula/lycope</i>	\$0(3)	NM; *
MENS DAILY PAK PACK	\$0(3)	NM; *
MENS MULTI CHW	\$0(3)	NM; *
MENS PAK	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>meribin</i> CAPS 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>milltrium senior</i>	\$0(3)	NM; *
MOOD FOOD ES CAP	\$0(3)	NM; *
<i>multi + omega-3 adult gum</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi adult gummies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi complete/iron</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi for her</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi for her 50+</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi for him</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi for him 50+</i>	\$0(3)	NM; *
MULTI FOR POW HIM	\$0(3)	NM; *
MULTI VITAMI TAB	\$0(3)	NM; *
MULTI VITAMI TAB D-3	\$0(3)	NM; *
MULTI VITAMN TAB MINERALS	\$0(3)	NM; *
MULTI-VITAMI TAB MONOCAPS	\$0(3)	NM; *
<i>multi-vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi-vitamin gummies</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi-vitamin/minerals</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi-vitamins/iron</i>	\$0(3)	NM; *
MULTI-VITE LIQ	\$0(3)	NM; *
MULTI/IRON/ DRO INF/TODD	\$0(3)	NM; *
<i>*multiple vitamin tab**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multiple vitamin/minerals</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multiple vitamins essenti</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*multiple vitamins w/ iron tab**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>*multiple vitamins w/ minerals tab**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multiple vitamins/womens</i>	\$0(3)	NM; *
MULTITAM TAB	\$0(3)	NM; *
MULTIV INFAN DRO /TODDLER	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin & mineral</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin adult one da</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin adults</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin adults 50+</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>multivitamin childrens</i>	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN CHW CHILD	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN CHW GUMMIES	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN CHW IRON	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN DRO INFANT	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin gummies adul</i>	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN GUMMIES CHIL	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin gummies mens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin gummies wome</i>	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin men 50+</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin men 50+ one</i>	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN TAB	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN TAB ADULT	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN TAB ADULTS	\$0(3)	NM; *
MULTIVITAMIN TAB ZINC STR	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin women</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin women 50+</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multivitamin womens 50+ a</i>	\$0(3)	NM; *
MVW COMPLETE CAP D3000	\$0(3)	NM; *
MVW COMPLETE CAP D5000	\$0(3)	NM; *
MVW COMPLETE CAP FORMULAT	\$0(3)	NM; *
MVW COMPLETE CAP MINIS	\$0(3)	NM; *
MVW COMPLETE CHW GRAPE	\$0(3)	NM; *
MVW COMPLETE DRO PEDIATRI	\$0(3)	NM; *
MVW COMPLETE FORMULATION	\$0(3)	NM; *
MVW HI-D DR LIQ EX VIT D	\$0(3)	NM; *
<i>myamulti</i>	\$0(3)	NM; *
NANOVM POW 1-3 YRS	\$0(3)	NM; *
NANOVM POW 4-8YEARS	\$0(3)	NM; *
NANOVM POW 9-18 YRS	\$0(3)	NM; *
NANOVM T/F POW	\$0(3)	NM; *
NASCOBAL SOLN 500mcg/0.1ml	\$0(3)	NM; *
<i>natural c/rose hips TABS 1000mg</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>natural vitamin d-3</i> TABS 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>natural vitamin e</i> CAPS 1000unit	\$0(3)	NM; *
NATURAL VITAMIN E TABS 200unit	\$0(3)	NM; *
NEPHPLEX RX TAB	\$0(3)	NM; *
NEPHRONEX LIQ 0.9/5ML	\$0(3)	NM; *
<i>niacin</i> CPCR 250mg; TABS 50mg, 100mg, 250mg, 500mg; TBCR 250mg, 500mg	\$0(3)	NM; *
NIACIN TR TBCR 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>*niacinamide w/ zn-cu-methylfol-se-cr tab 750-27-2-0.5 mg***</i>	\$0(3)	NM; *
<i>niavasc</i> TBCR 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>niavasc 750</i> TBCR 750mg	\$0(3)	NM; *
NOVAMV PED DRO 10MG/ML	\$0(3)	NM; *
OCULAR TAB VITAMINS	\$0(3)	NM; *
<i>ocutabs</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ocutabs vision formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ocutabs/lutein</i>	\$0(3)	NM; *
OCUVITE CAP ADULT	\$0(3)	NM; *
<i>ocuvite extra</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ocuvite eye + multi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ocuvite eye health gummie</i>	\$0(3)	NM; *
OCUVITE LUTE CAP	\$0(3)	NM; *
<i>ocuvite/lutein</i>	\$0(3)	NM; *
OMNICAP TAB	\$0(3)	NM; *
ONCOVITE TAB	\$0(3)	NM; *
<i>one daily complete</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily for men 50+ adv</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily for men/lycopen</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily for women</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily for women 50+a</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily healthy weight</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily maximum</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily mens 50+ multiv</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily mens health/lyc</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>one daily mens multivitam</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily multivitamin ad</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily multivitamin/ir</i>	\$0(3)	NM; *
ONE DAILY TAB ESSENTL	\$0(3)	NM; *
ONE DAILY TAB MENS 50+	\$0(3)	NM; *
ONE DAILY TAB WMNS 50+	\$0(3)	NM; *
<i>one daily womens 50 plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily womens 50+</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily/iron/calcium</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one daily/minerals</i>	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY CHW IMMUNITY	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY CHW VITACRAV	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY TAB 50+ ADV	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY TAB 50+ WMN	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY TAB 65+	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY TAB ENERGY	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY TAB MENOPAUS	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY TAB MENS	\$0(3)	NM; *
ONE-A-DAY TAB TEEN/HIM	\$0(3)	NM; *
<i>one-a-day teen advantage</i>	\$0(3)	NM; *
ONE-DAILY CAP MULTI	\$0(3)	NM; *
<i>one-daily multi vitamins</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one-daily multi-vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one-daily multi-vitamin/i</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one-daily multi-vitamin/m</i>	\$0(3)	NM; *
<i>one-daily/iron</i>	\$0(3)	NM; *
<i>optic-vites</i>	\$0(3)	NM; *
OPTIFAST POS CHW BARIATRI	\$0(3)	NM; *
<i>optimal d3 CAPS 50000unit</i>	\$0(3)	NM; *
OPTIMAL D3 M CAPS 14000unit	\$0(3)	NM; *
OPTIMAL D3 M CAP	\$0(3)	NM; *
<i>optimal d3 pack CAPS 50000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>optimum pms</i>	\$0(3)	NM; *
OPTISOURCE CHW BARIATRC	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OPURITY CHW BYPASS	\$0(3)	NM; *
OSTEO-VIT3 LIQD 417mcg/ml	\$0(3)	NM; *
PARVLEX TAB	\$0(3)	NM; *
<i>pc pediatric tri-vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
PED POLY-VIT DRO	\$0(3)	NM; *
PED POLY-VIT DRO /IRON	\$0(3)	NM; *
<i>*pediatric multiple vitamins w/ iron chew tab 15 mg**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pharmacist choice d-vitam LIQD 400unit/ml</i>	\$0(3)	NM; *
PHLEXY-VITS POW	\$0(3)	NM; *
PHYTOMULTI TAB	\$0(3)	NM; *
<i>phytonadione SOLN 10mg/ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>phytonadione TABS 5mg</i>	\$0(3)	NM, PA; *
POLY-VI-SOL DRO 50MG/ML	\$0(3)	NM; *
POLY-VI-SOL SOL 50MG/ML	\$0(3)	NM; *
POLY-VI-SOL SOL IRON	\$0(3)	NM; *
POLY-VITA DRO	\$0(3)	NM; *
POLY-VITA/FE DRO	\$0(3)	NM; *
POLY-VITE DRO	\$0(3)	NM; *
POLY-VITE SOL 50MG/ML	\$0(3)	NM; *
POLY-VITE SOL /IRON	\$0(3)	NM; *
POLY-VITE SOL IRON	\$0(3)	NM; *
PORENAL+D CAP OMEGA 3	\$0(3)	NM; *
PRESERVISION CAP AREDS	\$0(3)	NM; *
PRESERVISION CAP AREDS 2	\$0(3)	NM; *
PRESERVISION CAP LUTEIN	\$0(3)	NM; *
PRESERVISION CHW AREDS 2	\$0(3)	NM; *
PRESERVISION TAB AREDS	\$0(3)	NM; *
PRO-CAL TAB	\$0(3)	NM; *
PROCERV HP TAB	\$0(3)	NM; *
PRORENAL +D TAB	\$0(3)	NM; *
PRORENAL+D CAP OMEGA-3	\$0(3)	NM; *
PRORENAL+D TAB	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>prosght</i>	\$0(3)	NM; *
PROTECT CAP CARDIO	\$0(3)	NM; *
PROTECT CAP PLUS SO	\$0(3)	NM; *
PROTECT IRON LIQ	\$0(3)	NM; *
PROTEGRA CAP	\$0(3)	NM; *
PROXEED PLUS PAK	\$0(3)	NM; *
<i>pureway-c</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>px advanced formula multi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>px b complex/vitamin c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>px childrens vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>px complete senior multiv</i>	\$0(3)	NM; *
<i>px folic acid</i> TABS 400mcg	\$0(3)	NM; *
<i>px mens multivitamins</i>	\$0(3)	NM; *
<i>px niacin</i> TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>px vitamin a</i> CAPS 8000unit	\$0(3)	NM; *
<i>px vitamin c</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>px vitamin e</i> CAPS 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>pyridoxine hcl</i> SOLN 100mg/ml; TABS 50mg, 100mg	\$0(3)	NM; *
PYRIDOXINE POW HCL	\$0(3)	NM; *
<i>qc childrens chewable com</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc childrens chewable vit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc daily multivitamins/ir</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc maximum daily multivit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc mens daily multivitami</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc multi-vite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc multi-vite 50 & over</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc therin-m</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc womens daily multivita</i>	\$0(3)	NM; *
QUIN B TAB STRONG	\$0(3)	NM; *
QUINTABS TAB	\$0(3)	NM; *
<i>quintabs-m</i>	\$0(3)	NM; *
QUINTABS-M TAB	\$0(3)	NM; *
RA B-COMPLEX TAB VIT C TR	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v17

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ra biotin</i> CAPS 2500mcg	\$0(3)	NM; *
<i>ra central-vite womens ma</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra chewable vitamins comp</i>	\$0(3)	NM; *
RA ESSENCE-C POW ORANGE	\$0(3)	NM; *
RA ESSENCE-C POW RASPBR	\$0(3)	NM; *
RA ESSENCE-C POW TNGERINE	\$0(3)	NM; *
<i>ra folic acid</i> TABS 400mcg, 800mcg	\$0(3)	NM; *
<i>ra niacin</i> TABS 100mg, 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>ra no flush niacin 500</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>ra one daily maximum</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra one daily mens 50+ wit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra one daily mens/vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra vitamin a</i> CAPS 10000unit	\$0(3)	NM; *
<i>ra vitamin b-6</i> TABS 50mg, 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>ra vitamin c</i> TABS 250mg, 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>ra vitamin c/rose hips</i> TABS 500mg, 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>ra vitamin d-3</i> CAPS 2000unit, 5000unit; TABS 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>ra vitamin e</i> CAPS 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>radiance platinum vitamin</i> TABS 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>rena-vite</i>	\$0(3)	NM; *
<i>rena-vite rx</i>	\$0(3)	NM; *
<i>renal caps</i>	\$0(3)	NM; *
<i>renal vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>renaplex</i>	\$0(3)	NM; *
RENAPLEX-D TAB	\$0(3)	NM; *
REPLESTA WAFR 50000unit	\$0(3)	NM; *
REPLESTA NX WAFR 14000unit	\$0(3)	NM; *
<i>sb vitamin c</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>senior tabs</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sentry</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sentry senior</i>	\$0(3)	NM; *
SENTRY TAB	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SENTRY TAB SENIOR	\$0(3)	NM; *
<i>sm animal shapes complete</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm animal shapes kids fir</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm antioxidant vitamins</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm b super vitamin comple</i>	\$0(3)	NM; *
SM B-COMPLEX TAB /VIT C	\$0(3)	NM; *
<i>sm biotin CAPS 5000mcg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm complete</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm complete 50+</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm complete 50+ ultimate</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm complete advanced form</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm complete senior formul</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm folic acid TABS 400mcg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm hair/skin/nails</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm multiple vitamins esse</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm multiple vitamins/iron</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm niacin cr TBCR 250mg</i>	\$0(3)	NM; *
SM ONE DAILY TAB MENS	\$0(3)	NM; *
SM ONE DAILY TAB WOMENS	\$0(3)	NM; *
<i>sm opti-vitamins</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm super b complex-vitami</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm vit c/rose hips TABS 1000mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin b6 TABS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin b complex with</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin b-6 TABS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin c TABS 250mg, 500mg, 1000mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin c/rose hips TABS 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin d TABS 400unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin d3 CAPS 50mcg, 2000unit; TABS 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
SM VITAMIN D3 MAXIMUM STR CAPS 4000unit	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin e CAPS 200unit, 400unit, 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SOLO TAB	\$0(3)	NM; *
<i>soluvita e</i> SOLN 15.8mg/0.7ml	\$0(3)	NM; *
SPECTRAVITE CHW ADLT 50+	\$0(3)	NM; *
SPECTRAVITE TAB	\$0(3)	NM; *
SPECTRAVITE TAB ADLT 50+	\$0(3)	NM; *
SPECTRAVITE TAB ADULTS	\$0(3)	NM; *
SPECTRAVITE TAB MEN 50+	\$0(3)	NM; *
SPECTRAVITE TAB ULT MEN	\$0(3)	NM; *
SPECTRAVITE TAB ULT WMN	\$0(3)	NM; *
<i>stress b-complex/vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stress b/zinc</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stress formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stress formula/iron</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stress formula/zinc</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stresstabs advanced</i>	\$0(3)	NM; *
<i>stresstabs energy</i>	\$0(3)	NM; *
STROVITE ONE TAB	\$0(3)	NM; *
SUPER ANTIOX CAP	\$0(3)	NM; *
<i>super antioxidant/a/c/e/s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super aytinal 50 plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super aytinal for active</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super b with c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super b-complex/folic aci</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super b-complex/vitamin c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super biotin</i> CAPS 5000mcg	\$0(3)	NM; *
SUPER DAILY D3 LIQD 1000ut/0.028ml, 2000ut/0.028ml	\$0(3)	NM; *
<i>super multiple</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super thera vite m</i>	\$0(3)	NM; *
<i>super vita-mins</i>	\$0(3)	NM; *
SYSTANE ICAP CHW AREDS2	\$0(3)	NM; *
SYSTANE ICAP TAB AREDS2	\$0(3)	NM; *
<i>systane icaps areds2</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tab-a-vite</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tab-a-vite multivitamin/i</i>	\$0(3)	NM; *
TAB-A-VITE TAB IRON/BET	\$0(3)	NM; *
<i>tab-a-vite w/beta caroten</i>	\$0(3)	NM; *
THERA M PLUS TAB	\$0(3)	NM; *
THERA TAB	\$0(3)	NM; *
<i>thera vital m</i>	\$0(3)	NM; *
<i>thera-d 2000 TABS 2000unit</i>	\$0(3)	NM; *
THERA-D 4000 TABS 4000unit	\$0(3)	NM; *
<i>thera-d rapid repletion TABS 2000unit</i>	\$0(3)	NM; *
THERA-M TAB	\$0(3)	NM; *
<i>thera-tabs</i>	\$0(3)	NM; *
THERA-TABS M TAB	\$0(3)	NM; *
<i>therabasic-m</i>	\$0(3)	NM; *
THERAGRAN-M TAB	\$0(3)	NM; *
THERAGRAN-M TAB 50 PLUS	\$0(3)	NM; *
THERAGRAN-M TAB ADVANCED	\$0(3)	NM; *
THERAGRAN-M TAB PREMIER	\$0(3)	NM; *
THERAMILL CAP FORTE	\$0(3)	NM; *
<i>therapeutic formula/hemat</i>	\$0(3)	NM; *
<i>therapeutic-m</i>	\$0(3)	NM; *
<i>theratrum complete</i>	\$0(3)	NM; *
<i>theratrum complete 50 plu</i>	\$0(3)	NM; *
THEREMS TAB MULTIVIT	\$0(3)	NM; *
THEREMS-M TAB	\$0(3)	NM; *
<i>thiamine hcl SOLN 100mg/ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>totalday multiple</i>	\$0(3)	NM; *
TRI-VI-SOL SOL A/C/D	\$0(3)	NM; *
<i>tri-vite pediatric</i>	\$0(3)	NM; *
<i>triphrocaps</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tropical liquid nutrition</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ultra choice multivitamin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ultra freeda</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ultra freeda/iron</i>	\$0(3)	NM; *
ULTRA MEGA G TAB 75MG CR	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v17

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ULTRA MEGA G TAB 100MG	\$0(3)	NM; *
ULTRA MEGA TAB 75MG CR	\$0(3)	NM; *
ULTRA MEGA TAB TWO	\$0(3)	NM; *
ULTRA POTENC TAB WOMEN 50	\$0(3)	NM; *
<i>ultrachoice advanced form</i>	\$0(3)	NM; *
UPSPRING BABY VITAMIN D LIQD 400ut/0.025ml	\$0(3)	NM; *
UPSPRINGBABY DRO MV/IRON	\$0(3)	NM; *
VENEXA FE TAB	\$0(3)	NM; *
VENEXA TAB	\$0(3)	NM; *
VENTRIXYL FE TAB	\$0(3)	NM; *
VENTRIXYL TAB	\$0(3)	NM; *
<i>virt-caps</i>	\$0(3)	NM; *
<i>virt-gard</i>	\$0(3)	NM; *
<i>vision formula/lutein</i>	\$0(3)	NM; *
VISION HEALT CAP	\$0(3)	NM; *
<i>vision vitamins</i>	\$0(3)	NM; *
VISTA ADVAN CAP AREDS2	\$0(3)	NM; *
VISTA ADVAN CAP DRY EYE	\$0(3)	NM; *
<i>vita hair</i>	\$0(3)	NM; *
<i>vitabasic complete</i>	\$0(3)	NM; *
<i>vitabasic senior</i>	\$0(3)	NM; *
VITABEX PLUS CAP	\$0(3)	NM; *
VITACHEW CHW ADULT	\$0(3)	NM; *
VITACHEW MULTIPLE VITAMIN	\$0(3)	NM; *
VITACRAVES CHW IMMUNITY	\$0(3)	NM; *
VITACRAVES CHW MENS	\$0(3)	NM; *
VITACRAVES CHW SOUR GUM	\$0(3)	NM; *
VITACRAVES CHW WOMENS	\$0(3)	NM; *
<i>vitajoy daily d gummies</i> CHEW 1000unit	\$0(3)	NM; *
VITAL-D RX TAB	\$0(3)	NM; *
<i>vitalee</i>	\$0(3)	NM; *
VITALETS CHW CHILD	\$0(3)	NM; *
VITAMI A-C-D DRO INF/TODD	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VITAMI A-C-D DRO INFANT	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin a</i> CAPS 8000unit, 10000unit; TABS 10000unit	\$0(3)	NM; *
VITAMIN A PALMITATE TABS 15000unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin b complex-c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin b complex/vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
VITAMIN C TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
VITAMIN D2 CAPS 2000unit; TABS 400unit, 2000unit	\$0(3)	NM; *
VITAMIN D3 LIQD 1000unit/spray, 1200unit/15ml, 5000unit/0.5ml, 5000unit/ml; TABS 3000unit, 10000unit; TBDP 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin d3</i> TABS 2000unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin d3 adult gummies</i> CHEW 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin d3 extra strength</i> CHEW 25mcg	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin d3 gummies</i> CHEW 25mcg	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin d3 gummies adult</i> CHEW 1000unit	\$0(3)	NM; *
VITAMIN D3 IMMUNE HEALTH LIQD 25mcg/10ml	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin d3 maximum streng</i> CAPS 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin d3 super strength</i> CAPS 2000unit; TABS 2000unit	\$0(3)	NM; *
VITAMIN D3 TAB COMPLETE	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin d3 ultra strength</i> CAPS 5000unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin d high potency</i> CAPS 1000unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin d infant</i> LIQD 10mcg/ml, 400unit/ml	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin d-1000 maximum st</i> TABS 1000unit	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v17

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>vitamin e</i> CAPS 45mg, 90mg, 100unit, 180mg, 200unit, 400unit, 450mg, 1000unit; OIL 100unt/0.25ml; SOLN 15mg/0.67ml	\$0(3)	NM; *
VITAMIN E CHEW 400unit; TABS 100unit, 200unit, 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin e blend</i> CAPS 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin e high potency</i> CAPS 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin e/d-alpha natural</i> CAPS 268mg	\$0(3)	NM; *
<i>vitamin supplement e-400</i> CAPS 400unit	\$0(3)	NM; *
VITASANA TAB	\$0(3)	NM; *
<i>vitatrum</i>	\$0(3)	NM; *
<i>vitatrum complete</i>	\$0(3)	NM; *
VITATRUM TAB	\$0(3)	NM; *
VITRAMYN TAB	\$0(3)	NM; *
VITRANOL FE TAB	\$0(3)	NM; *
VITRANOL TAB	\$0(3)	NM; *
VITREXATE FE TAB	\$0(3)	NM; *
VITREXATE TAB	\$0(3)	NM; *
VITREXYL TAB	\$0(3)	NM; *
VITREXYL TAB IRON	\$0(3)	NM; *
<i>vitrum senior</i>	\$0(3)	NM; *
VITRUM TAB SENIOR	\$0(3)	NM; *
<i>vp-vite rx</i>	\$0(3)	NM; *
<i>weekly-d</i> CAPS 1.25mg	\$0(3)	NM; *
<i>wescaps</i>	\$0(3)	NM; *
<i>westab one</i>	\$0(3)	NM; *
<i>womens 50+ advanced</i>	\$0(3)	NM; *
WOMENS 50+ TAB MULTIVIT	\$0(3)	NM; *
<i>womens daily formula</i>	\$0(3)	NM; *
<i>womens daily formula/foli</i>	\$0(3)	NM; *
WOMENS DAILY PAK PACK	\$0(3)	NM; *
WOMENS MULT CHW GUMMIES	\$0(3)	NM; *
<i>womens multi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>womens multivitamin</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
WOMENS PAK	\$0(3)	NM; *
XCELLENT E CAP 33.5MG	\$0(3)	NM; *
YELETS TEEN TAB FORMULA	\$0(3)	NM; *
<i>yl beta carotene</i> CAPS 25000unit	\$0(3)	NM; *
<i>yl folic acid</i> TABS 400mcg	\$0(3)	NM; *
<i>yl vitamin b-6</i> TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>yl vitamin c</i> TABS 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>yl vitamin c/rose hips</i> TABS 500mg, 1000mg	\$0(3)	NM; *
YOUR LIFE CHW GUMMIES	\$0(3)	NM; *
ZELDANA CAP	\$0(3)	NM; *
ZINC LOZ	\$0(3)	NM; *
ZINTREXYL-C TAB	\$0(3)	NM; *
<i>zoo friends/extra c</i>	\$0(3)	NM; *
OPHTHALMIC - DRUGS TO TREAT EYE CONDITIONS		
ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY - DRUGS TO TREAT INFECTIONS AND INFLAMMATION		
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	\$0(1)	
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	\$0(1)	
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	\$0(1)	
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	\$0(2)	
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	\$0(2)	
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	\$0(1)	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	\$0(2)	
ANTI-INFECTIVES - DRUGS TO TREAT INFECTIONS		
<i>bacitracin (ophthalmic) OINT 500unit/gm</i>	\$0(1)	
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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>gentamicin sulfate (ophth)</i> SOLN .3%	\$0(1)	
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i> SOLN .5%	\$0(1)	
NATACYN SUSP 5%	\$0(2)	
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>ofloxacin (ophth)</i> SOLN .3%	\$0(1)	
<i>polycin ophth oint</i>	\$0(1)	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	\$0(1)	
<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i> OINT 10%; SOLN 10%	\$0(1)	
<i>tobramycin (ophth)</i> SOLN .3%	\$0(1)	
<i>trifluridine</i> SOLN 1%	\$0(1)	
XDEMVY SOLN .25%	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ZIRGAN GEL .15%	\$0(2)	
ANTI-INFLAMMATORIES - DRUGS TO TREAT INFLAMMATION		
ALREX SUSP .2%	\$0(2)	
<i>bromfenac sodium (ophth)</i> SOLN .07%, .075%	\$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)	
EYSUVIS SUSP .25%	\$0(2)	
FLAREX SUSP .1%	\$0(2)	
<i>fluorometholone (ophth)</i> SUSP .1%	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>flurbiprofen sodium SOLN .03%</i>	\$0(1)	
<i>ketorolac tromethamine (ophth) SOLN .4%, .5%</i>	\$0(1)	
LOTEMAX OINT .5%	\$0(2)	
<i>loteprednol etabonate SUSP .2%</i>	\$0(1)	
<i>prednisolone acetate (ophth) SUSP 1%</i>	\$0(1)	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	\$0(2)	
PROLENSA SOLN .07%	\$0(2)	
ANTIALLERGICS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
<i>alaway SOLN .035%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>alaway childrens allergy SOLN .035%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>azelastine hcl (ophth) SOLN .05%</i>	\$0(1)	
<i>cromolyn sodium (ophth) SOLN 4%</i>	\$0(1)	
<i>eye itch relief SOLN .035%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ketotifen fumarate (ophth) SOLN .035%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm eye itch relief SOLN .035%</i>	\$0(3)	NM; *
ZERVIAE SOLN .24%	\$0(2)	
ANTIGLAUCOMA - DRUGS TO TREAT GLAUCOMA		
<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)	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 2-0.5%</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)	
ROCKLATAN DRO	\$0(2)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	\$0(2)	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLG .25%, .5%; SOLN .25%, .5%	\$0(1)	
VYZULTA SOLN .024%	\$0(2)	
MISCELLANEOUS		
<i>artificial tears</i>	\$0(3)	NM; *
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	\$0(2)	
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i> SOLN 1%	\$0(1)	
<i>carboxymethylcellulose sodium (ophth)</i> SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
CYSTADROPS SOLN .37%	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
CYSTARAN SOLN .44%	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>dry eye relief</i> GEL 1%	\$0(3)	NM; *
<i>dry eye relief drops</i>	\$0(3)	NM; *
FRESHKOTE PF SOL 2.7-2%	\$0(3)	NM; *
FRESHKOTE SOL 2.7-2%	\$0(3)	NM; *
GENTEAL SEVERE TEARS GEL .3%	\$0(3)	NM; *
GENTEAL TEAR SOL MOD PF	\$0(3)	NM; *
GENTEAL TEAR SOL PF	\$0(3)	NM; *
<i>genteal tears liquid drop</i>	\$0(3)	NM; *
<i>genteal tears night-time</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp artificial tears</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp lubricating plus eye</i> SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense lubricating plu</i> SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
<i>hm dry eye relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm lubricating tears</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lubricant eye drops</i> SOLN .5%, .6%	\$0(3)	NM; *
<i>lubricant eye nighttime</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lubricating eye drops</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lubricating plus eye drop</i> SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
<i>lubricating tears eye dro</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lubrifresh p.m.</i>	\$0(3)	NM; *
MIEBO SOLN 1.338gm/ml	\$0(2)	
MURO 128 SOLN 2%	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>polyvinyl alcohol</i> SOLN 1.4%	\$0(3)	NM; *
<i>proparacaine hcl</i> SOLN .5%	\$0(1)	
<i>refresh celluvisc</i> GEL 1%	\$0(3)	NM; *
REFRESH DRO OP	\$0(3)	NM; *
REFRESH DRO RELIEVA	\$0(3)	NM; *
REFRESH GEL OPTIVE	\$0(3)	NM; *
<i>refresh lacri-lube</i>	\$0(3)	NM; *
REFRESH OPT SOL MEGA-3	\$0(3)	NM; *
REFRESH OPTI DRO 0.5-0.9%	\$0(3)	NM; *
REFRESH RELI DRO 0.5-0.9%	\$0(3)	NM; *
REFRESH SOL DIGITAL	\$0(3)	NM; *
REFRESH SOL OPTIVE	\$0(3)	NM; *
RESTASIS EMUL .05%	\$0(2)	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	\$0(2)	
<i>sm dry eye relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm lubricant eye drops</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm lubricating plus</i> SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
<i>sm lubricating tears</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sodium chloride hypertonic</i> OINT 5%; SOLN 5%	\$0(3)	NM; *
<i>systane nighttime</i>	\$0(3)	NM; *
TYRVAYA SOLN .03mg/act	\$0(2)	
<i>ultra lubricating eye dro</i>	\$0(3)	NM; *
XIIDRA SOLN 5%	\$0(2)	
OTIC - DRUGS TO TREAT CONDITIONS OF THE EAR		
OTIC AGENTS		
<i>acetic acid (otic)</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 acetone (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)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ofloxacin (otic) SOLN .3%</i>	\$0(1)	
RESPIRATORY - DRUGS TO TREAT BREATHING DISORDERS		
ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT COPD		
ANORO ELLIPT AER 62.5-25	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
BEVESPI AER 9-4.8MCG	\$0(2)	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE	\$0(2)	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	\$0(2)	QL (4 inhalers / 28 days)
COMBIVENT AER 20-100	\$0(2)	QL (2 inhalers / 30 days)
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	\$0(1)	B/D
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
ANTICHOLINERGICS - DRUGS TO TREAT COPD		
ATROVENT HFA AERS 17mcg/act	\$0(2)	QL (2 inhalers / 30 days)
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh	\$0(2)	QL (30 blisters / 30 days)
<i>ipratropium bromide SOLN .02%</i>	\$0(1)	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal) SOLN .03%, .06%</i>	\$0(1)	
ANTI-HISTAMINES - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
ALA-HIST IR TABS 2mg	\$0(3)	NM; *
<i>all day allergy TABS 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>all day allergy childrens SOLN 5mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>all-day allergy childrens SOLN 5mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>aller-chlor TABS 4mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy TABS 4mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy 24-hr TABS 180mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy childrens LIQD 12.5mg/5ml; SOLN 5mg/5ml; SUSP 30mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief CAPS 10mg, 25mg; CHEW 25mg; TABS 4mg, 5mg, 10mg, 25mg, 180mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief 24hr TABS 5mg, 180mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief childrens LIQD 12.5mg/5ml; SOLN 1mg/ml, 5mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>allergy relief/indoor/out</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>azelastine hcl</i> SOLN .1%	\$0(1)	
<i>banophen</i> CAPS 25mg, 50mg; TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hcl</i> CHEW 5mg, 10mg; TABS 5mg, 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hcl</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(1)	QL (300 mL / 30 days)
<i>cetirizine hcl allergy ch</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hcl childrens</i> SOLN 1mg/ml, 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine hydrochloride</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>childrens loratadine</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>chlorpheniramine maleate</i> TABS 4mg; TBCR 12mg	\$0(3)	NM; *
<i>complete allergy medicine</i> CAPS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>cycloheptadine hcl</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>diphenhydramine hcl</i> CAPS 25mg, 50mg; LIQD 12.5mg/5ml, 25mg/10ml; TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>diphenhydramine hcl</i> SOLN 50mg/ml	\$0(1)	
<i>ed chlorped jr</i> SYRP 2mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>fexofenadine hcl</i> TABS 60mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp all day allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp all day allergy child</i> SOLN 1mg/ml, 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp all day allergy relie</i> CAPS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy</i> TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy relief</i> CAPS 25mg; CHEW 12.5mg; TABS 4mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy relief 24 hou</i> TABS 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy relief maximu</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp childrens allergy</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v17

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

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>qc all day allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc allergy childrens</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc allergy relief</i> TBDP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc childrens allergy</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc loratadine allergy rel</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sb allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sb loratadine</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>siladryl allergy</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm all day allergy</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm all day allergy childr</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm all day allergy relief</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy 4 hour</i> TABS 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy childrens</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy relief</i> TABS 25mg, 60mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy relief childre</i> LIQD 12.5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm childrens loratadine</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm fexofenadine hydrochlo</i> TABS 60mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm loratadine</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm loratadine allergy rel</i> TBDP 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>triprolidine hcl</i> LIQD .938mg/ml	\$0(3)	NM; *
BETA AGONISTS - DRUGS TO TREAT ASTHMA AND COPD		
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proair HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proventil HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Ventolin HFA)
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .083%, .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	\$0(1)	B/D
<i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 2mg, 4mg	\$0(1)	
<i>levalbuterol hcl</i> NEBU .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	\$0(1)	B/D

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levalbuterol tartrate</i> AERO 45mcg/act	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days), ST
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose	\$0(2)	QL (60 inhalations / 30 days)
<i>terbutaline sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg	\$0(1)	
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act	\$0(2)	QL (2 inhalers / 30 days)
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act	\$0(2)	QL (6 inhalers / 30 days)
COUGH AND COLD		
ALAHIST CF TAB 10-2-20	\$0(3)	NM; *
ALAHIST D TAB	\$0(3)	NM; *
ALAHIST DM LIQ 7.5-2-15	\$0(3)	NM; *
ALAHIST PE TAB 2-7.5MG	\$0(3)	NM; *
<i>all day sinus & cold-d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>all-nite cold & flu night</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy & congestion reli</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy multi-symptom</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief d-12</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief d-24</i>	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief/nasal deco</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antihistamine/nasal decon</i>	\$0(3)	NM; *
AQUANAZ TAB	\$0(3)	NM; *
BENZEDREX INH	\$0(3)	NM; *
<i>benzonatate</i> CAPS 100mg, 150mg, 200mg	\$0(3)	NM; *
CAPCOF SYP 5-2-10MG	\$0(3)	NM; *
CAPMIST DM TAB	\$0(3)	NM; *
CAPRON DM LIQ	\$0(3)	NM; *
CAPRON DMT TAB 30-30MG	\$0(3)	NM; *
<i>cetirizine-pseudoephedrine tab er 12hr</i> <i>5-120 mg</i>	\$0(3)	NM; *
CGH/CHEST SYP CONG DM	\$0(3)	NM; *
<i>chest congestion relief</i> LIQD 100mg/5ml; TABS 400mg	\$0(3)	NM; *
<i>chest congestion relief d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>chest congestion relief p</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>childrens mucus relief co</i>	\$0(3)	NM; *
<i>childrens pain relief plu</i>	\$0(3)	NM; *
CHLO HIST SOL	\$0(3)	NM; *
CHLO TUSS LIQ	\$0(3)	NM; *
CHLOR/DEXCH LIQ PSE	\$0(3)	NM; *
COLD & ALLER LIQ CHILDREN	\$0(3)	NM; *
<i>cold & cough childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cold & flu nighttime reli</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cold & flu relief daytime</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cold & flu relief nightti</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cold & sinus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cold relief plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cold/cough childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cold/flu daytime relief</i>	\$0(3)	NM; *
CONEX SOL CLD/ALRG	\$0(3)	NM; *
CONEX TAB 2-60MG	\$0(3)	NM; *
<i>cough & cold</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cough & cold hbp</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cough dm SUER 30mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cough dm childrens SUER 30mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
DAY CLEAR CHW ALGY/CGH	\$0(3)	NM; *
DAYCLEAR TAB 25-50MG	\$0(3)	NM; *
<i>daytime cold & flu relief</i>	\$0(3)	NM; *
DECONEX DMX TAB	\$0(3)	NM; *
DECONEX IR TAB 10-385MG	\$0(3)	NM; *
DELSYM TABS 15mg	\$0(3)	NM; *
DELSYM CGH LIQ SR THRT	\$0(3)	NM; *
DELSYM CHILD LIQ CGH/ST	\$0(3)	NM; *
DELSYM CHILD MIS DAY/NGHT	\$0(3)	NM; *
<i>delsym cough + chest cong</i>	\$0(3)	NM; *
<i>delsym cough + cold night</i>	\$0(3)	NM; *
DELSYM MIS DAY/NGHT	\$0(3)	NM; *
DELSYM NIGHT SOL CGH/MAX	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dexbrompheniramine-phenylephrine tab 2-10 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dextromethorphan hbr CAPS 15mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dextromethorphan polistirex SUER 30mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dextromethorphan-guaifenesin syrup 10-100 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dimaphen dm cold & cough</i>	\$0(3)	NM; *
DOLOGESIC TAB 1-500MG	\$0(3)	NM; *
DOLOGESIC-DF TAB 1-500MG	\$0(3)	NM; *
<i>doxylamine-phenylephrine tab 7.5-10 mg</i>	\$0(3)	NM; *
DURAFLU TAB	\$0(3)	NM; *
<i>ed a-hist</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ed a-hist dm</i>	\$0(3)	NM; *
ED A-HIST DM TAB 10-4-10	\$0(3)	NM; *
ED BRON GP LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>endacof-dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fexofenadine-pseudoephedrine tab er 12hr 60-120 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fexofenadine-pseudoephedrine tab er 24hr 180-240 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>flu hbp</i>	\$0(3)	NM; *
<i>flu/severe cold & cough d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp all day allergy-d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy & congestion</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp allergy multi-symptom</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp cold & cough children</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp cough dm er SUER 30mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp day time cold/flu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mucus dm maximum stre</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mucus er TB12 600mg, 1200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mucus relief TABS 400mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mucus relief dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mucus relief pe</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal decongestant TABS 30mg</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp nasal decongestant pe</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal decongestant/ma</i> TABS 30mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal four spray</i> SOLN 1%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal spray</i> SOLN .05%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal spray extra moi</i> SOLN .05%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal spray fast acti</i> SOLN 1%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp night time cold & flu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp night time cough</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp no drip nasal spray</i> SOLN .05%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pseudoephedrine hcl 1</i> TB12 120mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp pseudoephedrine hcl e</i> TB12 120mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp sinus + headache for</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp sinus pressure/pain</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tab tussin</i> TABS 400mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tab tussin dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tussin cf cough & col</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tussin cough long act</i> SYRP 15mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tussin dm cough</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tussin dm cough/chest</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tussin dm max</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp tussin mucus & chest</i> LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense cough dm</i> SUER 30mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense cough dm childr</i> SUER 30mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense day time cold &</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense daytime cold &</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense mucus relief ch</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense nighttime cold</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense nighttime cough</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense tussin cf</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense tussin dm coug</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense tussin dm max</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>guaifenesin</i> LIQD 100mg/5ml; TABS 200mg; TB12 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>guaifenesin ac</i>	\$0(3)	NM; *
<i>guaifenesin-codeine soln 100-10 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>head congestion/mucus</i>	\$0(3)	NM; *
HISTEX-DM SYP	\$0(3)	NM; *
<i>hm allergy relief & nasal</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm chest congestion relie</i> TABS 400mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm cold & cough childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm cold & sinus relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm cough dm</i> SUER 30mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>hm daytime severe cold/fl</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm mucus relief dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm nasal decongestant 12</i> TB12 120mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm nasal decongestant pe</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm night time cold & flu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm nighttime cold & flu r</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm nose drops extra stren</i> SOLN 1%	\$0(3)	NM; *
<i>12 hour decongestant</i> TB12 120mg	\$0(3)	NM; *
<i>12 hour nasal decongestan</i> TB12 120mg	\$0(3)	NM; *
<i>12 hour nasal spray</i> SOLN .05%	\$0(3)	NM; *
<i>24hr allergy & congestion</i>	\$0(3)	NM; *
<i>12hr allergy/congestion r</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocod polst-chlorphen polst er susp</i> 10-8 mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocodone bitart-homatropine methylbrom soln</i> 5-1.5 mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocodone bitart-homatropine methylbromide tab</i> 5-1.5 mg	\$0(3)	NM; *
<i>hydromet</i>	\$0(3)	NM; *
LOHIST-D LIQ	\$0(3)	NM; *
LOHIST-DM SYP 5-2-10MG	\$0(3)	NM; *
<i>loratadine-d 12hr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>loratadine-d 24hr</i>	\$0(3)	NM; *
LORTUSS LQ LIQ	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
M-CLEAR WC LIQ 100-6.33	\$0(3)	NM; *
M-END DMX LIQ	\$0(3)	NM; *
M-END PE LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>mapap cold formula multi-</i>	\$0(3)	NM; *
MAR-COF BP LIQ 30-2-7.5	\$0(3)	NM; *
MAR-COF CG LIQ 225-7.5	\$0(3)	NM; *
<i>maxi-tuss ac</i>	\$0(3)	NM; *
<i>maxi-tuss g</i>	\$0(3)	NM; *
<i>maxi-tuss gmx</i>	\$0(3)	NM; *
MAXI-TUSS JR LIQ	\$0(3)	NM; *
MAXI-TUSS LIQ CD	\$0(3)	NM; *
MAXI-TUSS PE LIQ	\$0(3)	NM; *
MAXI-TUSS PE LIQ JR	\$0(3)	NM; *
MAXI-TUSS PE LIQ MAX	\$0(3)	NM; *
MAXI-TUSS TR LIQ 1.25-30	\$0(3)	NM; *
MAXICHLOR TAB PEH DM	\$0(3)	NM; *
MAXIFED TAB 60-360MG	\$0(3)	NM; *
MAXIFED TR TAB 1.25-30	\$0(3)	NM; *
MICLARA DM LIQ	\$0(3)	NM; *
MUCINEX CGH GRA 5-100MG	\$0(3)	NM; *
MUCINEX CHIL LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex childrens freefor</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex childrens stuffy SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
MUCINEX CHLD MIS DAY/NITE	\$0(3)	NM; *
MUCINEX CNG/ TAB CG/CD/FL	\$0(3)	NM; *
MUCINEX COLD CAP FLU/THRT	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex cough & chest con</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex cough childrens</i>	\$0(3)	NM; *
MUCINEX D/N CAP CLD/FLU	\$0(3)	NM; *
MUCINEX D/N PAK FAST/MAX	\$0(3)	NM; *
MUCINEX FAST CAP COLD/FLU	\$0(3)	NM; *
MUCINEX FAST TAB 5-10-200	\$0(3)	NM; *
MUCINEX FAST TAB DAY/NITE	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mucinex fast-max chest co LIQD</i> 400mg/20ml	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex fast-max cold & s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex fast-max cold/flu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex fast-max congesti</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex fast-max dm max</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex fast-max dm max m</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex fast-max night ti</i>	\$0(3)	NM; *
MUCINEX FOR KIDS PACK 100mg	\$0(3)	NM; *
MUCINEX FREE LIQ CLD/FLU	\$0(3)	NM; *
MUCINEX FREE LIQ CLG/FLU	\$0(3)	NM; *
MUCINEX FREE LIQ DAY/NIGH	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex freefrom cold, fl</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex freefrom severe c</i>	\$0(3)	NM; *
MUCINEX NIGH SOL CLEAR	\$0(3)	NM; *
MUCINEX NIGH SOL COLD/FLU	\$0(3)	NM; *
MUCINEX NIGH SOL SV CD/FL	\$0(3)	NM; *
MUCINEX NIGH TAB COLD/FLU	\$0(3)	NM; *
MUCINEX NIGH TAB SIN MAX	\$0(3)	NM; *
MUCINEX NIGH TAB SV CD/FL	\$0(3)	NM; *
MUCINEX SIN CAP DAY/NGHT	\$0(3)	NM; *
MUCINEX SINS CAP PR/PN/CG	\$0(3)	NM; *
MUCINEX SINU TAB DAY/NITE	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex sinus-max</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex sinus-max clear & SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex sinus-max night t</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex sinus-max severe</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucinex sinus-max sinus/a SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
MUCINEX SOL NIGHT	\$0(3)	NM; *
<i>mucus & chest congestion LIQD</i> 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief TB12 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief cough childr</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mucus relief d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief dm cough</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief dm maximum s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief er TB12 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief maximum stre TB12 1200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief pe sinus con</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus-dm maximum strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>multi symptom flu & sever</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nasal decongestant TABS 30mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nasal decongestant pe TABS 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nasal decongestant pe max TABS 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nasal decongestant spray SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nasal four SOLN 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nasal relief SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nasal spray 12 hour SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nasal spray extra moistur SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nasal spray no drip SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
NASOPEN PE LIQ	\$0(3)	NM; *
NEO-SYNEPHRINE COLD+ALLER SOLN .5%	\$0(3)	NM; *
<i>nighttime cold/flu relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nighttime cough</i>	\$0(3)	NM; *
NINJACOF LIQ	\$0(3)	NM; *
NINJACOF-A LIQ	\$0(3)	NM; *
NINJACOF-XG LIQ 200-8/5	\$0(3)	NM; *
NIVANEX DMX TAB	\$0(3)	NM; *
<i>no drip nasal spray SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nohist-dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>nohist-lq</i>	\$0(3)	NM; *
NOREL AD TAB 4-10-325	\$0(3)	NM; *
<i>phenylephrine hcl (oral) TABS 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>phenylephrine w/ dm-gg liqd 10-18-200 mg/15ml</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>phenylephrine w/ dm-gg tab 10-17.5-385 mg</i>	\$0(3)	NM; *
POLY HIST FO TAB 10.5-10	\$0(3)	NM; *
POLY-HIST DM LIQ 5-25-10	\$0(3)	NM; *
POLY-TUSSIN LIQ 10-4-10	\$0(3)	NM; *
POLY-VENT DM TAB	\$0(3)	NM; *
POLY-VENT IR TAB 60-380MG	\$0(3)	NM; *
POLYTUSSIN LIQ DM	\$0(3)	NM; *
PRO-RED AC SYP 5-1-9/5	\$0(3)	NM; *
<i>promethazine vc/codeine</i>	\$0(3)	NM; *
<i>promethazine w/ codeine syrup 6.25-10 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>promethazine-dm syrup 6.25-15 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pseudoephed-bromphen-dm syrup 30-2-10 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pseudoephedrine hcl TABS 30mg, 60mg; TB12 120mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pseudoephedrine-guaifenesin tab er 12hr 60-600 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>pseudoephedrine-guaifenesin tab er 12hr 120-1200 mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc ibuprofen cold/sinus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc loratadine-d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc medifin 400 TABS 400mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc medifin dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc mucus relief TB12 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc mucus relief er 12 hou TB12 1200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc nasal decongestant max TABS 30mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc suphedrine maximum str TB12 120mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc tussin cf</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc tussin dm cough & ches</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc tussin expectorant adu LIQD 100mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc tussin mucus + chest c LIQD 100mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>robafen cf multi-symptom</i>	\$0(3)	NM; *
<i>robafen dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>robafen mucus/chest conge LIQD</i> 200mg/10ml	\$0(3)	NM; *
RU-HIST D TAB 4-10MG	\$0(3)	NM; *
RYDEX LIQ	\$0(3)	NM; *
RYMED TAB 2-10MG	\$0(3)	NM; *
<i>rynex dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>rynex pe</i>	\$0(3)	NM; *
<i>rynex pse</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb 12hr nasal spray SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb cough control LIQD 100mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb cougtab TABS 200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb mucus relief dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb mucus relief pe</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb tab tussin dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>severe cold & flu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>severe cold/cough</i>	\$0(3)	NM; *
<i>siltussin sa LIQD 100mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>siltussin-dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sinus + headache</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sinus congestion/pain</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sinus nasal spray SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sinus pressure/pain/adult</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sinus relief extra streng SOLN 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sinus relief severe conge</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm 12 hour sinus deconges TB12 120mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm all day allergy-d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm chest congestion relie TABS 400mg</i>	\$0(3)	NM; *
SM CLD/ALLER LIQ CHILDREN	\$0(3)	NM; *
<i>sm cold & cough dm childr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm cold & flu severe</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm cold & sinus relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm day time cold & flu re</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sm guaifenesin/pseudoephe</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm lorata-dine d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm loratadine d 12hr</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm mucus relief TB12 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm mucus relief maximum s TB12 1200mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm mucus relief/12 hour TB12 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal decongestant max TABS 30mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal decongestant pe TABS 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal spray SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal spray 12 hour SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal spray moisturizi SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal spray sinus SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm nite time cold & flu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm nose drops nasal decon SOLN 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm sinus severe for adult</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm tussin cf</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm tussin dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm tussin dm cough/chest</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm tussin dm max/cough +</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm tussin mucus + chest c LIQD 100mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sodium chloride (inhalant) AERS .9%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>soothing - 12 hour nasal SOLN .05%</i>	\$0(3)	NM; *
STAHIST AD TAB 25-60MG	\$0(3)	NM; *
STAHIST TP TAB 2.5-10MG	\$0(3)	NM; *
<i>sudogest TABS 30mg, 60mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sudogest 12 hour TB12 120mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sudogest maximum strength TABS 30mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sudogest sinus & allergy</i>	\$0(3)	NM; *
<i>suphedrine 12hour maximum TB12 120mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>theraflu expressmax sever</i>	\$0(3)	NM; *
THERAFLU FLU PAK SORE THR	\$0(3)	NM; *
<i>triaminic fever & cold mu</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRIAMINIC SOL COLD/CGH	\$0(3)	NM; *
TRIAMINIC SYP COLD/CGH	\$0(3)	NM; *
TUSNEL C SYP	\$0(3)	NM; *
<i>tusnel diabetic</i>	\$0(3)	NM; *
TUSNEL DM LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>tusnel dm pediatric</i>	\$0(3)	NM; *
TUSNEL LIQ	\$0(3)	NM; *
TUSNEL PED DRO 7.5-50	\$0(3)	NM; *
TUSNEL PEDI LIQ 15-5-50	\$0(3)	NM; *
TUSNEL PEDIA LIQ	\$0(3)	NM; *
TUSNEL TAB	\$0(3)	NM; *
TUSNEL-DM DRO PEDIATRC	\$0(3)	NM; *
TUSNEL-DM LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>tusnel-ex LIQD 100mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin cf</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin cf severe multi-sy</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin cough SYRP 15mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin dm cough + chest c</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin dm maximum strengt</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin mucus & chest cong LIQD 100mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin mucus + chest cong LIQD 100mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin multi-symptom cold</i>	\$0(3)	NM; *
VANACOF DMX LIQ	\$0(3)	NM; *
VANACOF LIQ	\$0(3)	NM; *
VANATAB DM TAB 5-9-198	\$0(3)	NM; *
<i>4-way fast acting SOLN 1%</i>	\$0(3)	NM; *
WESTUSSIN DM SYP	\$0(3)	NM; *
LEUKOTRIENE MODULATORS		
<i>montelukast sodium CHEW 4mg, 5mg; PACK 4mg; TABS 10mg</i>	\$0(1)	
<i>zafirlukast TABS 10mg, 20mg</i>	\$0(1)	

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MISCELLANEOUS		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	\$0(1)	B/D
AERCHMBR PLS MIS FLOW-VU	\$0(3)	NM; *
AERCHMBR PLS MIS LRG MASK	\$0(3)	NM; *
AERCHMBR PLS MIS MED MASK	\$0(3)	NM; *
AERCHMBR PLS MIS SM MASK	\$0(3)	NM; *
AERCHMBR Z- MIS STAT PLS	\$0(3)	NM; *
AEROCHAMBER MIS CHAMBER	\$0(3)	NM; *
AEROCHAMBER MIS FLOSIGNA	\$0(3)	NM; *
AEROCHAMBER MIS MV	\$0(3)	NM; *
AEROCHAMBER MIS PLUS	\$0(3)	NM; *
AEROVENT MIS PLUS	\$0(3)	NM; *
<i>afrin saline nasal mist</i>	\$0(3)	NM; *
AIRZONE PEAK MIS FLOW MTR	\$0(3)	NM; *
<i>altamist</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ASSESS METER MIS FULL	\$0(3)	NM; *
ASSESS METER MIS LOW	\$0(3)	NM; *
<i>ayr</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
AYR NASAL DROPS SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
AYR NASAL MIST ALLERGY & SOLN 2.65%	\$0(3)	NM; *
<i>ayr saline nasal</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ayr saline nasal no-drip</i>	\$0(3)	NM; *
<i>baby ayr saline</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
BRONCHITOL CAPS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (560 caps / 28 days), NM, LA, PA
COMPACT SPAC MIS CHAMBER	\$0(3)	NM; *
COMPACT SPAC MIS LG MASK	\$0(3)	NM; *
COMPACT SPAC MIS MD MASK	\$0(3)	NM; *
COMPACT SPAC MIS SM MASK	\$0(3)	NM; *
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	\$0(1)	B/D
<i>cromolyn sodium (nasal)</i> AERS 5.2mg/act	\$0(3)	NM; *
CVS NASAL MIST AERS .9%	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cvs saline nasal spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
<i>deep sea nasal spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
EASIVENT MIS	\$0(3)	NM; *
EASIVENT MIS MASK LG	\$0(3)	NM; *
EASIVENT MIS MASK MED	\$0(3)	NM; *
EASIVENT MIS MASK SM	\$0(3)	NM; *
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	\$0(1)	(generic of EpiPen)
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml	\$0(1)	(generic of Adrenaclick)
<i>eq saline nasal spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
<i>eql saline nasal spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
FASENRA SOSY 10mg/0.5ml, 30mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
FLEXICHAMBER MIS	\$0(3)	NM; *
FLEXICHAMBER MIS MASK LRG	\$0(3)	NM; *
FLEXICHAMBER MIS MASK SM	\$0(3)	NM; *
<i>gnp nasal moisturizing</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
HOLD CHAMBER MIS ADLT LG	\$0(3)	NM; *
HOLD CHAMBER MIS MEDIUM	\$0(3)	NM; *
HOLD CHAMBER MIS SMALL	\$0(3)	NM; *
INSPIRACHAMB MIS LARGE	\$0(3)	NM; *
INSPIRACHAMB MIS MEDIUM	\$0(3)	NM; *
INSPIRACHAMB MIS MOUTH PCE	\$0(3)	NM; *
INSPIRACHAMB MIS SMALL	\$0(3)	NM; *
INSPIREASE MIS DD SYST	\$0(3)	NM; *
KALYDECO PACK 5.8mg, 13.4mg, 25mg, 50mg, 75mg	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
KALYDECO TABS 150mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
LITTLE REMED AER MIST	\$0(3)	NM; *
LITTLE REMED SOL SALINE	\$0(3)	NM; *
<i>meijer saline nasal spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
MICROCHAMBER MIS	\$0(3)	NM; *
MICROLIFE MIS PEAK FLO	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v17

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MICROSPACER MIS	\$0(3)	NM; *
MINI WRIGHT MIS PFM	\$0(3)	NM; *
MINI WRIGHT MIS PFM LOW	\$0(3)	NM; *
NASADROPS SALINE ON THE G SOLN .9%	\$0(3)	NM; *
<i>nasal moist</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
<i>nasal moisturizing spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
<i>nasogel</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ocean for kids</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
OFEV CAPS 100mg, 150mg	\$0(2)	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, LA, PA
OPTICHAMBER MIS DIA LG	\$0(3)	NM; *
OPTICHAMBER MIS DIA MD	\$0(3)	NM; *
OPTICHAMBER MIS DIA SM	\$0(3)	NM; *
OPTICHAMBER MIS DIAMOND	\$0(3)	NM; *
ORKAMBI GRA 75-94MG	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI GRA 100-125	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI GRA 150-188	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI TAB 100-125	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
ORKAMBI TAB 200-125	\$0(2)	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, LA, PA
PANDA MASK MIS LARGE	\$0(3)	NM; *
PANDA MASK MIS MEDIUM	\$0(3)	NM; *
PANDA MASK MIS PEDIATRI	\$0(3)	NM; *
PANDA MASK MIS SMALL	\$0(3)	NM; *
PEAK AIR FLO MIS ADLT/PED	\$0(3)	NM; *
PEAK FLOW MIS METER	\$0(3)	NM; *
PEAK FLW MTR MIS ADULT	\$0(3)	NM; *
PEAK FLW MTR MIS CHILD	\$0(3)	NM; *
PERSONAL BES MIS FULL RNG	\$0(3)	NM; *
PIKO 1 MIS ELECTRON	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pirfenidone</i> CAPS 267mg	\$0(2)	NDS, QL (270 caps / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 267mg	\$0(2)	NDS, QL (270 tabs / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 534mg, 801mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
POCKET CHAMB MIS	\$0(3)	NM; *
POCKET PEAK MIS METER	\$0(3)	NM; *
POCKET SPACE MIS	\$0(3)	NM; *
POCKETPEAK MIS MTR LOW	\$0(3)	NM; *
<i>potassium iodide (expectorant)</i> SOLN 1gm/ml	\$0(3)	NM; *
PROCARE MIS ADULT	\$0(3)	NM; *
PROCARE MIS CHILD	\$0(3)	NM; *
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	\$0(2)	NDS, NM, PA
PURE COMFORT MIS SPACER	\$0(3)	NM; *
<i>px saline nasal spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
<i>ra saline nasal spray</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
RA STERILE SALINE NASAL M SOLN .9%	\$0(3)	NM; *
RITEFLO MIS	\$0(3)	NM; *
<i>roflumilast</i> TABS 250mcg	\$0(1)	QL (56 tabs / year)
<i>roflumilast</i> TABS 500mcg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>saline</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
<i>saline mist</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
<i>*saline nasal gel**</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb saline nose</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
SIMPLY SALINE AERS .9%	\$0(3)	NM; *
SINUS WASH CRY SALT	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal spray saline</i> SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
SOOTH SALINE AER NASAL	\$0(3)	NM; *
SPACE CHAMBR MIS ANTI-STA	\$0(3)	NM; *
SPACE CHAMBR MIS LARGE	\$0(3)	NM; *
SPACE CHAMBR MIS MEDIUM	\$0(3)	NM; *
SPACE CHAMBR MIS SMALL	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v17

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SPACER CHAMB MIS ADULT	\$0(3)	NM; *
SPACER CHAMB MIS CHILD	\$0(3)	NM; *
SPACER CHAMB MIS INFANT	\$0(3)	NM; *
SYMDEKO TAB 50-75MG	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
SYMDEKO TAB 100-150	\$0(2)	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, LA, PA
<i>theophylline</i> ELIX 80mg/15ml; SOLN 80mg/15ml; TB12 100mg, 200mg, 300mg, 450mg; TB24 400mg, 600mg	\$0(1)	
TRIKAFTA PAK 59.5MG	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
TRIKAFTA PAK 75MG	\$0(2)	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, LA, PA
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	\$0(2)	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, LA, PA
TRUZONE PEAK MIS FLOW MTR	\$0(3)	NM; *
VORTEX VALVE MIS CHAMBER	\$0(3)	NM; *
VORTEX/MASK MIS CHILDS	\$0(3)	NM; *
XOLAIR SOAJ 75mg/0.5ml, 150mg/ml, 300mg/2ml; SOLR 150mg; SOSY 75mg/0.5ml, 150mg/ml, 300mg/2ml	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg, 4000mg, 5000mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
NASAL STEROIDS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
<i>allergy relief</i> SUSP 50mcg/act	\$0(3)	NM; *
<i>flunisolide (nasal)</i> SOLN .025%	\$0(1)	QL (3 bottles / 30 days)
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act	\$0(1)	QL (1 bottle / 30 days)
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act	\$0(3)	NM; *
<i>gnp fluticasone propionat</i> SUSP 50mcg/act	\$0(3)	NM; *
<i>hm allergy relief nasal s</i> SUSP 50mcg/act	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>qc allergy relief</i> SUSP 50mcg/act	\$0(3)	NM; *
<i>sm allergy relief nasal s</i> SUSP 50mcg/act	\$0(3)	NM; *
XHANCE EXHU 93mcg/act	\$0(2)	QL (32 mL / 30 days), PA
STEROID INHALANTS - DRUGS TO TREAT ASTHMA		
ALVESCO AERS 80mcg/act	\$0(2)	QL (3 inhalers / 30 days)
ALVESCO AERS 160mcg/act	\$0(2)	QL (2 inhalers / 30 days)
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act	\$0(2)	QL (30 inhalations / 30 days)
<i>budesonide (inhalation)</i> SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	\$0(1)	B/D
STEROID/BETA-AGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT ASTHMA AND COPD		
ADVAIR HFA AER 45/21	\$0(2)	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 115/21	\$0(2)	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 230/21	\$0(2)	QL (1 inhaler / 30 days)
AIRSUPRA AER 90-80MCG	\$0(2)	QL (3 inhalers / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 100-25	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 200-25	\$0(2)	QL (60 blisters / 30 days)
DULERA AER 50-5MCG	\$0(2)	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 100-5MCG	\$0(2)	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 200-5MCG	\$0(2)	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act</i>	\$0(1)	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act</i>	\$0(1)	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act</i>	\$0(1)	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>wixela inhub</i>	\$0(1)	QL (60 inhalations / 30 days)
TOPICAL - DRUGS TO TREAT EAR AND SKIN CONDITIONS		
DERMATOLOGY, ACNE		
<i>acutane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(1)	PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>acne medication 2.5</i> GEL 2.5%	\$0(3)	NM; *
<i>acne medication 5</i> GEL 5%	\$0(3)	NM; *
ACNE MEDICATION 5 LOTN 5%	\$0(3)	NM; *
<i>acne medication 10</i> GEL 10%	\$0(3)	NM; *
ACNE MEDICATION 10 LOTN 10%	\$0(3)	NM; *
<i>adapalene</i> GEL .1%	\$0(3)	NM; *
<i>amnesteem</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg	\$0(1)	PA
<i>benzefoam</i> FOAM 5.3%	\$0(3)	NM; *
<i>benzoyl peroxide</i> GEL 2.5%, 5%, 10%	\$0(3)	NM; *
<i>benzoyl peroxide topical</i> LIQD 10%	\$0(3)	NM; *
<i>benzoyl peroxide wash</i> LIQD 5%, 10%	\$0(3)	NM; *
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i>	\$0(1)	QL (46.6 gm / 30 days)
<i>bpo foaming cloths</i> MISC 6%	\$0(3)	NM; *
<i>claravis</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(1)	PA
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> GEL 1%	\$0(1)	QL (75 gm / 30 days)
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> LOTN 1%; SOLN 1%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>ery</i> PADS 2%	\$0(1)	QL (60 pledgets / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid)</i> GEL 2%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid)</i> SOLN 2%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>isotretinoin</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(1)	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> LOTN 10%	\$0(1)	QL (118 mL / 30 days)
<i>tretinoin</i> CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025%	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days), PA
<i>zenatane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	\$0(1)	PA
DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS		
<i>bacitracin (topical)</i> OINT 500unit/gm	\$0(3)	NM; *
<i>bacitracin zinc</i> OINT 500unit/gm	\$0(3)	NM; *
<i>gentamicin sulfate (topical)</i> CREA .1%; OINT .1%	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
<i>gnp bacitracin zinc</i> OINT 500unit/gm	\$0(3)	NM; *
<i>gnp triple antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp triple antibiotic plu</i>	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>goodsense first aid antib</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm bacitracin OINT 500unit/gm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm double antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm triple antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm triple antibiotic plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mupirocin OINT 2%</i>	\$0(1)	QL (220 gm / 30 days)
<i>poly bacitracin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc triple antibiotic maxi</i>	\$0(3)	NM; *
<i>silver sulfadiazine CREA 1%</i>	\$0(1)	
<i>sm antibiotic OINT 500unit/gm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm antibiotic plus pain r</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm double antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm triple antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm triple antibiotic orig</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm triple antibiotic plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ssd CREA 1%</i>	\$0(1)	
SULFAMYLLON CREA 85mg/gm	\$0(2)	QL (453.6 gm / 30 days)
<i>triple antibiotic</i>	\$0(3)	NM; *
<i>triple antibiotic + pain</i>	\$0(3)	NM; *
<i>triple antibiotic plus</i>	\$0(3)	NM; *
DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS		
ALEVAZOL OINT 1%	\$0(3)	NM; *
<i>antifungal CREA 1%, 2%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antifungal powder POWD 2%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>athletes foot CREA 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>athletes foot antifungal AERP 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>athletes foot powder spra AERP 2%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>baza antifungal CREA 2%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>butenafine hcl CREA 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ciclopirox olamine CREA .77%</i>	\$0(1)	QL (90 gm / 30 days)
<i>ciclopirox olamine SUSP .77%</i>	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole (topical) CREA 1%</i>	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
<i>clotrimazole (topical) CREA 1%; SOLN 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>clotrimazole (topical) SOLN 1%</i>	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v17

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)
<i>cvs jock itch</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
FUNGOID TINCTURE SOLN 2%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp athletes foot</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp miconazorb af</i> POWD 2%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp terbinafine hydrochlo</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>klayesta</i> POWD 100000unit/gm	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>miconazole nitrate (topical)</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>micotrin ac</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>micotrin al</i> SOLN 1%	\$0(3)	NM; *
<i>micotrin ap</i> POWD 2%	\$0(3)	NM; *
<i>mycozyl ac</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>mycozyl al</i> SOLN 1%	\$0(3)	NM; *
<i>mycozyl ap</i> POWD 2%	\$0(3)	NM; *
<i>nyamyc</i> POWD 100000unit/gm	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> POWD 100000unit/gm	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystop</i> POWD 100000unit/gm	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>qc antifungal cream</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>qc tolnaftate</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm antifungal clotrimazol</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm antifungal miconazole</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>sm antifungal tolnaftate</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm athletes foot</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>terbinafine hcl (topical)</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>tolnaftate</i> CREA 1%; POWD 1%	\$0(3)	NM; *
<i>tolnaftate antifungal</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS		
<i>acitretin</i> CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg	\$0(1)	PA
<i>calcipotriene</i> CREA .005%; OINT .005%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>calcipotriene</i> SOLN .005%	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days), PA
<i>calcitrene</i> OINT .005%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>tazarotene</i> CREA .1%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days), PA
TAZORAC CREA .05%	\$0(2)	QL (60 gm / 30 days), PA
DERMATOLOGY, ANTISEBORRHEICS		
<i>ketconazole (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)

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluocinolone acetonide</i> SOLN .01%	\$0(1)	QL (90 mL / 30 days)
<i>fluocinonide</i> CREA .05%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinonide</i> GEL .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinonide</i> SOLN .05%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>fluocinonide emulsified base</i> CREA .05%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluticasone propionate</i> CREA .05%; OINT .005%	\$0(1)	
<i>gnp hydrocortisone</i> CREA .5%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp hydrocortisone maximu</i> OINT 1%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp hydrocortisone plus</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp hydrocortisone/aloe</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>halobetasol propionate</i> CREA .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (50 gm / 30 days)
<i>hm hydrocortisone plus</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>hm hydrocortisone/aloe ma</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
HYDROCORTISONE CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 1%, 2.5%; LOTN 2.5%; OINT 2.5%	\$0(1)	
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA .5%, 1%; OINT 1%	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocortisone acetate (topical)</i> OINT 1%	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocortisone maximum st</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocortisone/aloe maxim</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>mometasone furoate</i> CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	\$0(1)	
<i>qc anti-itch/aloe</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm hydrocortisone</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm hydrocortisone maximum</i> OINT 1%	\$0(3)	NM; *
<i>sm hydrocortisone plus</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .025%, .1%, .5%	\$0(1)	QL (454 gm / 30 days)
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> LOTN .025%, .1%; OINT .025%, .1%, .5%	\$0(1)	
DERMATOLOGY, LOCAL ANESTHETICS		
<i>glydo</i> PRSY 2%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days), PA

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lidocaine</i> OINT 5%	\$0(1)	QL (50 gm / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> PTCH 5%	\$0(1)	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>lidocaine hcl</i> SOLN 4%	\$0(1)	QL (50 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine-prilocaine cream</i> 2.5-2.5%	\$0(1)	B/D, QL (30 gm / 30 days)
<i>lidocan</i> PTCH 5%	\$0(1)	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>tridacaine ii</i> PTCH 5%	\$0(1)	QL (3 patches / 1 day), PA
DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE		
ALOE VESTA PROTECTIVE OINT 43%	\$0(3)	NM; *
<i>americerin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>anti-dandruff shampoo</i> SHAM 1%	\$0(3)	NM; *
<i>anti-itch</i>	\$0(3)	NM; *
AQUA GLYCOL CRE FACE	\$0(3)	NM; *
AQUAPHILIC OIN	\$0(3)	NM; *
AQUAPHOR OINT 41%	\$0(3)	NM; *
AQUAPHOR ADVANCED PROTECT OINT 41%	\$0(3)	NM; *
AQUAPHOR ADVANCED THERAPY OINT 41%	\$0(3)	NM; *
AQUAPHOR OIN	\$0(3)	NM; *
<i>arthritis pain relieving</i> CREA .075%	\$0(3)	NM; *
<i>atrix medicated formula</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
ATRIX SYSTEM 1 KIT 2%	\$0(3)	NM; *
<i>banophen</i>	\$0(3)	NM; *
<i>benzoin compound tincture</i>	\$0(3)	NM; *
BENZOIN TIN	\$0(3)	NM; *
BENZOIN TIN PLAIN	\$0(3)	NM; *
BETA CARE CRE	\$0(3)	NM; *
BETA XMA CRE	\$0(3)	NM; *
BETADINE SOLN 5%	\$0(3)	NM; *
BETADINE ANTISEPTIC CREA 5%	\$0(3)	NM; *
BETADINE SURGICAL SCRUB SOLN 7.5%	\$0(3)	NM; *
BETADINE SWABSTICKS SWAB 10%	\$0(3)	NM; *
<i>bexarotene (topical)</i> GEL 1%	\$0(2)	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v17

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BULL FROG SPR MOSQUITO	\$0(3)	NM; *
<i>capsaicin</i> CREA .025%, .1%	\$0(3)	NM; *
<i>capsaicin heat patch</i> PTCH .025%	\$0(3)	NM; *
CERAVE CRE MOISTURI	\$0(3)	NM; *
CERAVE HEALING OINT 46.5%	\$0(3)	NM; *
CERAVE SA CRE RGH/BMP	\$0(3)	NM; *
CETAPHIL CRE HAND	\$0(3)	NM; *
CIRCATA CREA .05%	\$0(3)	NM; *
COCONUT OIL CRE BEAUTY	\$0(3)	NM; *
COLEMAN 100 MAX INSECT RE AERO 98.11%; LIQD 98.11%	\$0(3)	NM; *
COLEMAN INSECT REPELLENT/ AERO 25%, 40%	\$0(3)	NM; *
COLEMN BOTAN LIQ INSECT	\$0(3)	NM; *
COLEMN INSEC LIQ SKINSMAR	\$0(3)	NM; *
COLEMN INSEC SPR SKINSMAR	\$0(3)	NM; *
<i>corn and callus remover</i> LIQD 17%	\$0(3)	NM; *
CUTTER AERO 10%	\$0(3)	NM; *
CUTTER AER NATURAL	\$0(3)	NM; *
CUTTER ALL FAMILY AERO 7%; LIQD 7%	\$0(3)	NM; *
CUTTER ALL FAMILY MOSQUIT SHEE 7.15%	\$0(3)	NM; *
CUTTER BACKWOODS AERO 25%; LIQD 25%	\$0(3)	NM; *
CUTTER BACKWOODS DRY AERO 25%	\$0(3)	NM; *
CUTTER DRY AERO 10%	\$0(3)	NM; *
CUTTER LEMON LIQ EUCALYPT	\$0(3)	NM; *
CUTTER LIQ NATURAL	\$0(3)	NM; *
CUTTER SKINSATIONS AERO 7%; LIQD 7%	\$0(3)	NM; *
CUTTER SPORT AERO 15%	\$0(3)	NM; *
<i>cvs advanced healing oint</i> OINT 41%	\$0(3)	NM; *
CVS INSECT REPELLENT AERO 15%	\$0(3)	NM; *
CVS TOTAL HOME INSECT REP AERO 30%	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dandruff shampoo</i> LOTN 1%; SHAM 1%	\$0(3)	NM; *
DERMABASE CRE	\$0(3)	NM; *
<i>dermacinrx atrix antibact</i> LIQD 2%	\$0(3)	NM; *
<i>dermacinrx atrix clarifyi</i> LIQD 2%	\$0(3)	NM; *
DERMACINRX CIRCATRIX CREA .05%	\$0(3)	NM; *
<i>dermacinrx penetral</i> CREA .025%	\$0(3)	NM; *
<i>dermacinrx skin repair</i> CREA 5%	\$0(3)	NM; *
DIABETIDERM CRE	\$0(3)	NM; *
DIABETIDERM CRE FOOT	\$0(3)	NM; *
<i>diclofenac sodium (topical)</i> GEL 1%	\$0(1)	QL (1000 gm / 30 days)
<i>diclofenac sodium (topical)</i> SOLN 1.5%	\$0(1)	QL (300 mL / 28 days)
<i>diphenhydramine-zinc acetate cream</i> 2-0.1%	\$0(3)	NM; *
DML FORTE CRE	\$0(3)	NM; *
<i>dry skin treatment</i> OINT 41%	\$0(3)	NM; *
<i>e-ointment</i>	\$0(3)	NM; *
EAGLE WATCH MOSQUITO ELIM LIQD 25%	\$0(3)	NM; *
EMOLLIA-CREM CRE	\$0(3)	NM; *
EQ THERAPEUT CRE MOISTURI	\$0(3)	NM; *
EUCERIN HAND CRE ADV REPA	\$0(3)	NM; *
EUCERIN PLUS CRE	\$0(3)	NM; *
FIRST AID ANTISEPTIC OINT OINT 10%	\$0(3)	NM; *
<i>flanders buttocks</i>	\$0(3)	NM; *
<i>fluorouracil (topical)</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>gnp anti-itch</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp wart remover</i> LIQD 17%	\$0(3)	NM; *
GOLD BOND CRE HEALING	\$0(3)	NM; *
GOLD BOND OIN HEALING	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense hemorrhoidal oi</i>	\$0(3)	NM; *
HYDRASYN25 CRE	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocortisone (rectal)</i> CREA 1%, 2.5%	\$0(1)	
<i>hydrolatum</i>	\$0(3)	NM; *

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v17

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydrophor</i> OINT 42%	\$0(3)	NM; *
<i>imiquimod</i> CREA 5%	\$0(1)	QL (24 packets / 30 days)
<i>itch relief extra strengt</i>	\$0(3)	NM; *
KERADAN CRE	\$0(3)	NM; *
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> CREA 12%; LOTN 12%	\$0(1)	
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> CREA 12%; LOTN 12%	\$0(3)	NM; *
LANAPHILIC OIN	\$0(3)	NM; *
LANOLOR CRE	\$0(3)	NM; *
<i>lansinoh lanolin</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lansinoh lanolin minis ni</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lansinoh lanolin nipple</i>	\$0(3)	NM; *
LEADER FINGE CRE	\$0(3)	NM; *
<i>lidocaine</i> CREA 4%	\$0(3)	QL (120 gm / 30 days), NM; *
MAXI DEET LIQD 98.11%	\$0(3)	NM; *
<i>medela tender care lanoli</i>	\$0(3)	NM; *
<i>medicated callus removers</i> PADS 40%	\$0(3)	NM; *
<i>medicated corn removers</i> PADS 40%	\$0(3)	NM; *
<i>metronidazole (topical)</i> CREA .75%; GEL .75%	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
<i>metronidazole (topical)</i> LOTN .75%	\$0(1)	QL (59 mL / 30 days)
<i>minerin creme</i>	\$0(3)	NM; *
MOISTURIZING CRE	\$0(3)	NM; *
<i>moisturizing cream</i>	\$0(3)	NM; *
NATRAPEL LIQD 20%	\$0(3)	NM; *
NATRAPEL 12-HOUR TICK & I AERO 20%	\$0(3)	NM; *
NEUTROGENA CRE HAND	\$0(3)	NM; *
<i>nitroglycerin (intra-anal)</i> OINT .4%	\$0(1)	QL (30 gm / 30 days)
<i>numbcream</i> CREA 5%	\$0(3)	QL (38 gm / 30 days), NM; *
NUTRADERM CRE	\$0(3)	NM; *
OFF ACTIVE AERO 15%	\$0(3)	NM; *
OFF DEEP WOODS AERO 25%; LIQD 25%	\$0(3)	NM; *
OFF DEEP WOODS DRY AERO 25%	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OFF DEEP WOODS SPORTSMEN AERO 30%; LIQD 25%, 98.25%	\$0(3)	NM; *
OFF DEEP WOODS TOWELETTES SHEE 25%	\$0(3)	NM; *
OFF FAMILYCARE CLEAN FEEL LIQD 5%	\$0(3)	NM; *
OFF FAMILYCARE SMOOTH & D AERO 15%	\$0(3)	NM; *
OFF FAMILYCARE TROPICAL F LIQD 5%	\$0(3)	NM; *
OFF FAMILYCARE UNSCENTED LIQD 7%	\$0(3)	NM; *
OFF SMOOTH & DRY AERO 15%	\$0(3)	NM; *
OINTMENT OIN BASE	\$0(3)	NM; *
PANRETIN GEL .1%	\$0(2)	NDS, QL (60 gm / 30 days), PA
PEN-KERA CRE	\$0(3)	NM; *
PENTRAVAN CRE	\$0(3)	NM; *
PENTRAVAN CRE PLUS	\$0(3)	NM; *
PETROLATUM OIN	\$0(3)	NM; *
<i>podofilox</i> SOLN .5%	\$0(1)	QL (7 mL / 28 days)
<i>povidone-iodine</i> SOLN 10%	\$0(3)	NM; *
PRETTY FEET CRE & HANDS	\$0(3)	NM; *
<i>procto-med hc</i> CREA 2.5%	\$0(1)	
<i>proctocort</i> CREA 1%	\$0(1)	
<i>proctosol hc</i> CREA 2.5%	\$0(1)	
<i>proctozone-hc</i> CREA 2.5%	\$0(1)	
<i>qc anti-itch extra streng</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc povidone iodine</i> SOLN 10%	\$0(3)	NM; *
RA ADVANCED HEALING OINT 41%	\$0(3)	NM; *
RANGER READY REPELLENT LIQD 20%	\$0(3)	NM; *
RECTIV OINT .4%	\$0(2)	QL (30 gm / 30 days)
REPEL 100 LIQD 98.11%	\$0(3)	NM; *
REPEL FAMILY AERO 15%	\$0(3)	NM; *
REPEL FAMILY DRY AERO 10%	\$0(3)	NM; *
REPEL HUNTERS FORMULA AERO 25%	\$0(3)	NM; *
REPEL LEMON SPR INSECT	\$0(3)	NM; *
REPEL MOSQUITO WIPES SHEE 30%	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
REPEL SPORTSMEN AERO 25%	\$0(3)	NM; *
REPEL SPORTSMEN DRY AERO 25%	\$0(3)	NM; *
REPEL SPORTSMEN MAX AERO 40%; LIQD 40%; LOTN 40%	\$0(3)	NM; *
REPEL TICK DEFENSE AERO 15%	\$0(3)	NM; *
RISABAL-PH CRE	\$0(3)	NM; *
SAWYER INSECT REPELLENT AERO 30%	\$0(3)	NM; *
SAWYER INSECT REPELLENT C LOTN 20%	\$0(3)	NM; *
SAWYER PREMIUM INSECT REP LIQD 20%	\$0(3)	NM; *
<i>sb povidone-iodine</i> SOLN 10%	\$0(3)	NM; *
SEBEX SHA	\$0(3)	NM; *
SENSI-CARE CRE MOISTURI	\$0(3)	NM; *
<i>sm anti-itch extra streng</i>	\$0(3)	NM; *
SM BENZOIN TIN	\$0(3)	NM; *
SM BENZOIN TIN NFXI	\$0(3)	NM; *
<i>sm povidone-iodine</i> SOLN 10%	\$0(3)	NM; *
SORBIDON CRE HYDRATE	\$0(3)	NM; *
STUDIO 35 CRE MOIST	\$0(3)	NM; *
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1%	\$0(1)	QL (100 gm / 30 days)
THERAPEUTIC CRE MOISTUR	\$0(3)	NM; *
THERAPEUTIC DANDRUFF SHAM 3%	\$0(3)	NM; *
TOTAL HOME SPR INSECT	\$0(3)	NM; *
ULTRATHON INSECT REPELLEN AERO 25%; LOTN 34.34%	\$0(3)	NM; *
VALCHLOR GEL .016%	\$0(2)	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, LA, PA
VANICREAM CRE	\$0(3)	NM; *
VELVACHOL CRE	\$0(3)	NM; *
<i>wart remover maximum stre</i> LIQD 17%; STRP 40%	\$0(3)	NM; *
XERAC AC SOLN 6.25%	\$0(3)	NM; *
ZIKS ARTHRIT CRE RELIEF	\$0(3)	NM; *
<i>zinc oxide (topical)</i> OINT 20%	\$0(3)	NM; *

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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES		
<i>gnp lice treatment</i> LIQD 1%	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense lice killing cr</i> LIQD 1%	\$0(3)	NM; *
<i>lice killing maximum stre</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lice killing shampoo</i>	\$0(3)	NM; *
<i>lice treatment creme rins</i> LIQD 1%	\$0(3)	NM; *
<i>malathion</i> LOTN .5%	\$0(1)	QL (59 mL / 30 days)
<i>permethrin</i> CREA 5%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>sm lice killing maximum s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm lice treatment</i> LIQD 1%	\$0(3)	NM; *
VANALICE GEL 0.3-3.5%	\$0(3)	NM; *
DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS		
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>kourzeq</i> PSTE .1%	\$0(1)	
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> SOLN 2%	\$0(1)	
<i>nystatin (mouth-throat)</i> SUSP 100000unit/ml	\$0(1)	
<i>perio gard</i> SOLN .12%	\$0(1)	
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> TABS 5mg, 7.5mg	\$0(1)	
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i> PSTE .1%	\$0(1)	
OTIC - DRUGS TO TREAT CONDITIONS OF THE EAR		
<i>ear drops</i> SOLN 6.5%	\$0(3)	NM; *
<i>earwax removal</i> SOLN 6.5%	\$0(3)	NM; *
<i>earwax removal kit</i> SOLN 6.5%	\$0(3)	NM; *
<i>sm ear drops</i> SOLN 6.5%	\$0(3)	NM; *

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

D. Índice de medicamentos cubiertos

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
*		4	
*b-complex w/ c & folic acid tab***	126	4-way fast acting	171
*b-complex w/ c cap**	126	5	
*b-complex w/ c tab**	126	50+ adult eye health	125
*calcium carb-vit d w/ minerals chew tab		6	
600 mg-400 unit***	116	600+d3	117
*lactobacillus - packet**	85	8 hour arthritis pain rel	2
*lactobacillus acidophilus-pectin cap**	85	A	
*lactobacillus cap**	85	a-25	124
*lactobacillus tab**	85	a-10000	124
*multiple vitamin tab**	138	abacavir sulfate	12
*multiple vitamins w/ iron tab**	138	abacavir sulfate-lamivudine tab 600-	
*multiple vitamins w/ minerals tab**	138	300 mg	14
*niacinamide w/ zn-cu-methylfol-se-cr tab		abatine	83
750-27-2-0.5 mg***	140	ABC COMPLETE TAB WOMEN	124
*omega-3 fatty acids cap 1000 mg**	123	ABELCET	11
*omega-3 fatty acids cap 1200 mg**	123	ABILIFY MAINTENA	49
*omega-3 fatty acids cap 300 mg**	123	abiraterone acetate	22
*omega-3 fatty acids cap 435 mg**	123	ABRYSVO	106
*omega-3 fatty acids cap 500 mg**	123	acamprosate calcium	61
*omega-3 fatty acids cap delayed release		acarbose	63
1000 mg**	123	ACCRUFER	97
*oral electrolyte solution***	112	accutane	177
*pediatric multiple vitamins w/ iron chew		acebutolol hcl	41
tab 15 mg**	142	acetaminophen	1
*saline nasal gel**	175	acetaminophen extra stren	1
*sodium phosphates - enema***	92	acetaminophen w/ codeine soln 120-	
1		12 mg/5ml	6
12 hour decongestant	164	acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg	6
12 hour nasal decongestan	164	acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg	6
12 hour nasal spray	164	acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg	6
12hr allergy relief	158	ACETAMIN POW	107
12hr allergy/congestion r	164	acetazolamide	43
1ST BASE CRE	107	acetic acid	95
2		acetic acid (otic)	155
24hr allergy & congestion	164	acetylcysteine	172
24hr allergy relief	158	acid gone	82
3		ACIDOPHILUS	83
3 day vaginal	96	acidophilus extra strengt	83
		acidophilus probiotic	83

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>acidophilus probiotic for</i>	83	<i>afirmelle</i>	68
ACIDOPHILUS/ TAB CIT PECT	83	<i>afrin saline nasal mist</i>	172
<i>acid reducer</i>	87, 94	<i>aftera</i>	68
<i>acid reducer maximum stre</i>	87	AIMOVIG	58
<i>acid reducer original str</i>	87	AIMSCO MIS LUBRICAT	68
<i>acitretin</i>	181	<i>airborne</i>	125
<i>acne medication 2.5</i>	178	AIRBORNE+ CHW PROBIOTI	125
<i>acne medication 5</i>	178	AIRBORNE+ CHW REST	125
ACNE MEDICATION 5	178	AIRBORNE+NAT LIQ ENERGY	125
<i>acne medication 10</i>	178	AIRBORNE+ POW STRESS	125
ACNE MEDICATION 10	178	AIRBORNE CHW	125
ACTHIB INJ	106	AIRBORNE CHW KIDS	125
ACTIMMUNE	105	<i>airborne gummies</i>	125
ACTIVE FE TAB 75-1.25	97	<i>airborne immune system</i>	125
<i>activite</i>	124	<i>airborne kids</i>	125
ACTIVNUTRIEN CHW	124	AIRBORNE POW	125
<i>acyclovir</i>	15	AIRSHIELD CHW IMMUNITY	125
<i>acyclovir sodium</i>	15	AIRSUPRA AER 90-80MCG	177
ADACEL INJ	106	AIRZONE PEAK MIS FLOW MTR	172
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN)	101	AKEEGA TAB 50/500MG	22
ADALIMUMAB-AACF (2 SYRING)	101	AKEEGA TAB 100/500	22
<i>adapalene</i>	178	<i>ala-cort</i>	181
<i>adefovir dipivoxil</i>	15	ALAHIST CF TAB 10-2-20	160
ADEK CHW PLUS ZN	124	ALAHIST DM LIQ 7.5-2-15	160
ADEMPAS	44	ALAHIST D TAB	160
ADLT ONE DLY CHW GUMMIES	124	ALA-HIST IR	156
ADMELOG	65	ALAHIST PE TAB 2-7.5MG	160
ADMELOG SOLOSTAR	65	<i>alaway</i>	153
ADULT 50+ CAP EYE HLTH	124	<i>alaway childrens allergy</i>	153
ADULT 50+ CAP OCUVITE	125	<i>albendazole</i>	8
<i>adult aspirin regimen</i>	1	<i>albuterol sulfate</i>	159
ADVAIR HFA AER 45/21	177	<i>alclometasone dipropionate</i>	181
ADVAIR HFA AER 115/21	177	ALDURAZYME	78
ADVAIR HFA AER 230/21	177	ALECENSA	25
<i>advanced multi ea</i>	125	<i>alendronate sodium</i>	67
<i>advantage care oral elect</i>	111	ALEVAZOL	179
AERCHMBR PLS MIS FLOW-VU	172	<i>alfuzosin hcl</i>	95
AERCHMBR PLS MIS LRG MASK	172	ALGAE BASED TAB CALCIUM	125
AERCHMBR PLS MIS MED MASK	172	<i>aliskiren fumarate</i>	43
AERCHMBR PLS MIS SM MASK	172	ALIVE DAILY TAB WOMENS	125
AERCHMBR Z- MIS STAT PLS	172	ALIVE DIABET TAB MULTIVIT	125
AEROCHAMBER MIS CHAMBER	172	ALIVE ENERGY TAB WOMENS	125
AEROCHAMBER MIS FLOSIGNA	172	ALIVE HAIR CHW SKN/NAIL	125
AEROCHAMBER MIS MV	172	ALIVE IMMUNE CAP HEALTH	125
AEROCHAMBER MIS PLUS	172	ALIVE LIQ MULT-VIT	125
AEROVENT MIS PLUS	172	ALIVE WOMENS CHW 50+	125

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
ALIVE WOMENS CHW GUMMY	125	<i>amiloride hcl</i>	43
<i>allbee plus vitamin c</i>	125	<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>all day allergy</i>	156	5-50 mg	43
<i>all day allergy childrens</i>	156	<i>amiodarone hcl</i>	39
<i>all-day allergy childrens</i>	156	<i>amitriptyline hcl</i>	46
<i>all day pain relief</i>	4	AMLADEx TAB	125
<i>all day relief</i>	4	<i>amlodipine besylate</i>	42
<i>all day sinus & cold-d</i>	160	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i>	
<i>aller-chlor</i>	156	2.5-10 mg	34
<i>allergy</i>	156	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i>	
<i>allergy 24-hr</i>	156	5-10 mg	34
<i>allergy childrens</i>	156	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i>	
<i>allergy & congestion reli</i>	160	5-20 mg	34
<i>allergy multi-symptom</i>	160	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i>	
<i>allergy relief</i>	156, 176	5-40 mg	34
<i>allergy relief 24hr</i>	156	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-</i>	
<i>allergy relief childrens</i>	156	20 mg	35
<i>allergy relief d</i>	160	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-</i>	
<i>allergy relief d-12</i>	160	40 mg	35
<i>allergy relief d-24</i>	160	<i>amlodipine besylate-olmesartan</i>	
<i>allergy relief/indoor/out</i>	157	<i>medoxomil tab 5-20 mg</i>	36
<i>allergy relief/nasal deco</i>	160	<i>amlodipine besylate-olmesartan</i>	
<i>all-nite cold & flu night</i>	160	<i>medoxomil tab 5-40 mg</i>	36
<i>allopurinol</i>	1	<i>amlodipine besylate-olmesartan</i>	
<i>almacone double strength</i>	82	<i>medoxomil tab 10-20 mg</i>	37
ALOE VESTA PROTECTIVE	183	<i>amlodipine besylate-olmesartan</i>	
<i>alose tron hcl</i>	92	<i>medoxomil tab 10-40 mg</i>	37
ALPHA LIPOIC ACID	121	<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i>	
<i>alpha-lipoic acid (thioctic acid)</i>	121	5-160 mg	37
<i>alprazolam</i>	45	<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i>	
ALREX	152	5-320 mg	37
<i>altamist</i>	172	<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-</i>	
<i>altavera</i>	68	160 mg	37
ALUMINUM HYDROXIDE	82	<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-</i>	
ALUNBRIG	25	320 mg	37
ALUNBRIG PAK	25	<i>amnesteem</i>	178
ALVAIZ	100	<i>amoxapine</i>	46
ALVESCO	177	<i>amoxicillin</i>	18
<i>alyacen 1/35</i>	68	<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-</i>	
<i>alyacen 7/7/7</i>	68	57 mg	18
ALYGLO	104	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-</i>	
<i>amantadine hcl</i>	47, 48	28.5 mg/5ml	18
<i>ambrisentan</i>	44	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-</i>	
<i>americerin</i>	183	62.5 mg/5ml	18
<i>amethia</i>	68	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-</i>	
<i>amikacin sulfate</i>	8	57 mg/5ml	18

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	18	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	19
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i> ..	18	<i>anagrelide hcl</i>	100
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i> .	19	<i>anastrozole</i>	22
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i> ..	19	<i>ANORO ELLIPT AER 62.5-25</i>	156
<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	19	<i>antacid</i>	82
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	56	<i>antacid/antigas liquid</i>	82
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	56	<i>antacid calcium regular s</i>	82
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	57	<i>antacid extra strength</i>	82
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	57	<i>antacid maximum strength</i>	82
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	57	<i>antacid regular strength</i>	82
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	57	<i>antacid ultra strength</i>	82
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	57	<i>anti-dandruff shampoo</i>	183
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	57	<i>anti-diarrheal</i>	84
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	57	<i>antifungal</i>	179
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	57	<i>antifungal powder</i>	179
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	57	<i>anti-gas/ and gnp antacid</i>	82
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	57	<i>antihistamine/nasal decon</i>	160
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	57	<i>anti-itch</i>	183
<i>amphotericin b</i>	11	<i>anti-itch maximum strengt</i>	181
<i>amphotericin b liposome</i>	11	<i>anti-oxidant</i>	125
<i>ampicillin</i>	19	<i>antioxidant</i>	125
<i>ampicillin sodium</i>	19	<i>ANTIOXIDANT TAB FORMULA</i>	125
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	19	<i>antioxidant vitamins</i>	125
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	19	<i>APETIGEN TAB PLUS</i>	125
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	19	<i>APPE-CURB CAP</i>	125
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	19	<i>aprepitant</i>	85
		<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	86
		<i>apri</i>	68
		<i>APTIOM</i>	52
		<i>APTIVUS</i>	12
		<i>AQUA-E</i>	125
		<i>AQUA GLYCOL CRE FACE</i>	183
		<i>AQUANAZ TAB</i>	160
		<i>AQUAPHILIC OIN</i>	183
		<i>AQUAPHOR</i>	183
		<i>AQUAPHOR ADVANCED PROTECT</i>	183
		<i>AQUAPHOR ADVANCED THERAPY</i>	183
		<i>AQUAPHOR OIN</i>	183
		<i>aqueous vitamin d infants</i>	125
		<i>aqueous vitamin e</i>	126
		<i>ARALAST NP</i>	172
		<i>aranelle</i>	68
		<i>ARCALYST</i>	105
		<i>AREXVY</i>	106

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>arginine</i>	121	<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i> ...	12
ARGININE	121	<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i> ...	12
ARGININE2000	121	ATP IGNITE PAK	126
<i>aripiprazole</i>	49	<i>atrix medicated formula</i>	183
ARISTADA	49	ATRIX SYSTEM 1	183
ARISTADA INITIO	49	ATROPINE SULFATE	154
<i>armodafinil</i>	61	<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i>	154
ARNUITY ELLIPTA	177	ATROVENT HFA	156
<i>arthritis pain relief</i>	1	<i>aubra eq</i>	68
<i>arthritis pain relieving</i>	183	AUGTYRO	25
<i>artificial tears</i>	154	<i>aurovela 1/20</i>	68
ASCOR	126	<i>aurovela 24 fe</i>	68
<i>ascorbic acid</i>	126	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	68
<i>ascorbic acid tab 500 mg</i>	126	<i>aurovela fe 1/20</i>	68
<i>ascorbic acid tab 1000 mg</i>	126	AUSTEDO	59
<i>asenapine maleate</i>	49	AUSTEDO XR	59
<i>ashlyna</i>	68	AUSTEDO XR TAB TITR KIT	59
<i>aspirin</i>	1	AUVELITY TAB 45-105MG	46
ASPIRIN	1	<i>aviane</i>	68
<i>aspirin adult low dose</i>	1	AVICEL PH105 POW MICROCRY	107
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	101	<i>ayr</i>	172
<i>aspirin low dose</i>	1	AYR NASAL DROPS	172
<i>aspirin low strength</i>	1	AYR NASAL MIST ALLERGY &	172
<i>aspirin regimen</i>	1	<i>ayr saline nasal</i>	172
ASSESS METER MIS FULL	172	<i>ayr saline nasal no-drip</i>	172
ASSESS METER MIS LOW	172	<i>ayuna</i>	68
ASTAGRAF XL	105	AYVAKIT	25
<i>atazanavir sulfate</i>	12	<i>azacitidine</i>	21
<i>atenolol</i>	41	<i>azathioprine</i>	105
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	41	AZ CREAM CRE	107
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	41	<i>azelastine hcl</i>	157
<i>athletes foot</i>	179	<i>azelastine hcl (ophth)</i>	153
<i>athletes foot antifungal</i>	179	<i>azithromycin</i>	17
<i>athletes foot powder spra</i>	179	<i>azo complete feminine bal</i>	84
<i>a thru z advanced</i>	124	AZO DUAL CAP PROTECT	84
<i>a thru z high potency</i>	124	AZO HORMONAL TAB HEALTH	126
<i>a thru z select</i>	124	<i>aztreonam</i>	8
<i>a thru z select 50+ advan</i>	124	<i>azurette</i>	68
<i>a thru z select 50+ mens</i>	124	B	
<i>a thru z select advanced</i>	124	<i>b6 natural</i>	126
<i>a thru z select ultimate</i>	124	<i>baby ayr saline</i>	172
<i>a thru z ultimate mens</i>	124	<i>baby super daily d3</i>	126
<i>atomoxetine hcl</i>	57	<i>baby vitamin d3 drops</i>	126
<i>atorvastatin calcium</i>	40	<i>bacitracin (ophthalmic)</i>	151
<i>atovaquone</i>	8	<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	151

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	151	BERINERT	100
<i>bacitracin (topical)</i>	178	<i>berocca</i>	126
<i>bacitracin zinc</i>	178	BESIVANCE	152
<i>baclofen</i>	60	BESREMI	23
BACMIN TAB	126	BETA CARE CRE	183
BAFIERTAM	60	<i>beta carotene</i>	126
<i>balsalazide disodium</i>	87	<i>beta carotene provitamin</i>	126
BALVERSA	25	BETADINE	183
<i>balziva</i>	68	BETADINE ANTISEPTIC	183
<i>banophen</i>	157, 183	BETADINE SURGICAL SCRUB	183
BARACLUDGE	15	BETADINE SWABSTICKS	183
BARIATRIC CAP MULTIVIT	126	<i>betaine powder for oral solution</i>	78
BASAGLAR KWIKPEN	65	<i>betamethasone dipropionate augmented</i> ...	181
<i>baza antifungal</i>	179	<i>betamethasone dipropionate (topical)</i>	181
BCG VACCINE	106	<i>betamethasone valerate</i>	181
<i>b-complex balanced</i>	126	BETASERON	60
B-COMPLEX/FA TAB /VIT C	126	BETA XMA CRE	183
BD ALCOHOL SWABS	65	<i>betaxolol hcl</i>	41
BD GLUCOSE	77	<i>betaxolol hcl (ophth)</i>	153
<i>bec/zinc</i>	126	<i>bethanechol chloride</i>	95
<i>benazepril hcl</i>	36	BETOPTIC-S	153
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>	35	<i>better b complex</i>	126
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	35	BEVESPI AER 9-4.8MCG	156
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	35	<i>bexarotene</i>	24
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	35	<i>bexarotene (topical)</i>	183
BENDAMUSTINE HYDROCHLORID	20	BEXSERO INJ	106
BENDEKA	20	<i>bicalutamide</i>	22
BENLYSTA	105	BICILLIN L-A	19
BENZEDREX INH	160	BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	14
<i>benzefoam</i>	178	BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	14
<i>benzoin compound tincture</i>	183	BINAXNOW COV KIT HOME TES	8
BENZOIN TIN	183	BIO-35 GLUTE CAP FREE	126
BENZOIN TIN PLAIN	183	BIOCAL CAP	126
<i>benzonatate</i>	160	BIO-D-MULSION	126
<i>benzoyl peroxide</i>	178	BIO-D-MULSION FORTE	126
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i> ..	178	BIO-K PLUS CAP STRONG	84
<i>benzoyl peroxide topical</i>	178	BIOLYTE SOL CITRUS	111
<i>benzoyl peroxide wash</i>	178	BIOMEPRO CAP	84
<i>benztropine mesylate</i>	48	BIOMEPRO LIQ	84
BENZYL ALC LIQ	107	<i>biotin</i>	126
BENZYL BENZO LIQ	108	BIOTIN	126
		BIOTIN-D POW	108
		<i>biotin/maximum strength</i>	126
		BIOTIN POW	108
		<i>bisacodyl</i>	88
		<i>bisacodyl ec</i>	88

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>bismatrol</i>	84	<i>budesonide (inhalation)</i>	177
<i>bismuth subsalicylate</i>	84	BULL FROG SPR MOSQUITO	184
<i>bisoprolol fumarate</i>	41	<i>bumetanide</i>	43
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5- 6.25 mg</i>	41	<i>buprenorphine</i>	5
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	41	<i>buprenorphine hcl</i>	61
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10- 6.25 mg</i>	41	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i>	61
BIVIGAM	104	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i>	61
<i>blisovi 24 fe</i>	68	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i>	61
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	68	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i>	61
<i>body/hair/skin/nails</i>	126	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i>	61
BOOST BREEZE LIQ ASSORTED	121	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i>	61
BOOST LIQ BREEZE	121	<i>bupropion hcl</i>	46
BOOSTRIX INJ	106	<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i>	61
BORIC ACID GRA	108	<i>bupirone hcl</i>	45
BORIC ACID POW	108	<i>butenafine hcl</i>	179
<i>bortezomib</i>	25	<i>butorphanol tartrate</i>	6
BORTEZOMIB	25	BYDUREON BCISE	63
<i>bosentan</i>	44	BYETTA	63
BOSULIF	25	C	
<i>bpo foaming cloths</i>	178	<i>c-250</i>	127
<i>bprotected multi-vite</i>	127	<i>c 500</i>	127
<i>bprotected pedia d-vite</i>	127	<i>c-500</i>	127
<i>bprotected pedia iron</i>	97	<i>c-500/rose hips</i>	127
BPROTECT PED DRO TRI-VITE	127	<i>c 1000</i>	127
BP VIT 3 CAP	127	<i>c-1000</i>	127
BRAFTOVI	25	<i>c-1000/rose hips</i>	127
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG	177	<i>cabergoline</i>	78
BREO ELLIPTA INH 100-25	177	CABOMETYX	25
BREO ELLIPTA INH 200-25	177	CAFFEINE POW ANHYDROU	108
BREZTRI AERO AER SPHERE	156	CALC CITRATE LIQ VIT D3	115
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	156	CALC CITRATE TAB +D	115
<i>briellyn</i>	68	<i>calcidol</i>	127
BRILINTA	101	<i>calcipotriene</i>	181
<i>brimonidine tartrate</i>	153	<i>calcitonin (salmon) spray</i>	67
<i>brinzolamide</i>	153	<i>calcitrate</i>	115
BRIVIACT	52	CAL-CITRATE	115
<i>bromfenac sodium (ophth)</i>	152	CAL-CITRATE TAB PLUS D	115
<i>bromocriptine mesylate</i>	48	<i>calcitrene</i>	181
BROMSITE	152	<i>calcitriol</i>	82
BRONCHITOL	172		
BRUKINSA	25		
<i>budesonide</i>	87		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>calcitriol (oral)</i>	82	<i>calcium carbonate-vitamin d tab 250 mg-3.125 mcg (125 unit)</i>	116
<i>calcium+d3</i>	117	<i>calcium carbonate-vitamin d tab 600 mg-5 mcg (200 unit)</i>	116
<i>calcium 500 + d</i>	115	CALCIUM CHW 500-10	116
<i>calcium 500 +d</i>	115	CALCIUM CHW 500MG	116
<i>calcium 500+d</i>	115	<i>calcium citrate</i>	116
<i>calcium 500 +d3</i>	115	CALCIUM CITRATE	116
<i>calcium 500+d3</i>	115	<i>calcium citrate + d</i>	117
<i>calcium 500+d high potenc</i>	115	<i>calcium citrate + d3</i>	117
<i>calcium 500/d</i>	115	<i>calcium citrate+d3</i>	117
<i>calcium 500/vitamin d</i>	115	<i>calcium citrate + d3 max</i>	117
<i>calcium 600</i>	115	<i>calcium citrate + d3 maxi</i>	117
<i>calcium 600 + d</i>	115	<i>calcium citrate+d3 petite</i>	117
<i>calcium 600+d</i>	115	<i>calcium citrate/d3</i>	117
<i>calcium 600+d3</i>	115	CALCIUM CIT/ TAB VIT D	116
<i>calcium 600+d3 plus miner</i>	115	<i>calcium cit-vitamin d tab 315 mg-5 mcg(200 unit) (elem ca)</i>	116
<i>calcium 600+d high potenc</i>	115	<i>calcium cit-vit d tab 200 mg-6.25 mcg(250 unit) (elem ca)</i>	116
<i>calcium 600+d plus minera</i>	115	<i>calcium cit-vit d tab 315 mg-6.25 mcg(250 unit) (elem ca)</i>	116
<i>calcium 600 high potency</i>	115	<i>calcium creamies</i>	117
CALCIUM 600 TAB +D	115	CALCIUM/D3 CAP 600-2500	117
<i>calcium 600/vitamin d</i>	115	<i>calcium gummies</i>	117
<i>calcium 600/vitamin d3</i>	115	<i>calcium high potency</i>	117
<i>calcium 600 with vitamin</i>	115	<i>calcium high potency + vi</i>	117
CALCIUM 1000 TAB + D	115	CALCIUM LACTATE	117
CALCIUM 1200 CHW	115	<i>calcium plus vitamin d</i>	117
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i>	80	<i>calcium plus vitamin d3</i>	117
<i>calcium antacid</i>	82	<i>calcium polycarbophil</i>	88
<i>calcium antacid extra str</i>	82	<i>calcium/vitamin d3</i>	117
CALCIUM CARB CAP VIT D3	115	CALCIUM/VITD CAP 600-400	117
<i>calcium carb-cholecalciferol tab 250 mg-3.125 mcg (125 unit)</i>	116	<i>cal-gest antacid</i>	82
<i>calcium carb-cholecalciferol tab 500 mg-10 mcg (400 unit)</i>	116	<i>callus remover and corn</i>	184
<i>calcium carb-cholecalciferol tab 600 mg-10 mcg (400 unit)</i>	116	CAL-MINT	115
<i>calcium carb-cholecalciferol tab 600 mg-20 mcg (800 unit)</i>	116	CALQUENCE	26
<i>calcium carbonate</i>	116	CAL-QUICK LIQ 500-400	115
CALCIUM CARBONATE	82, 116	CALTRATE + D TAB 300-800	117
<i>calcium carbonate (antacid)</i>	82	CALTRATE 600 CHW 600-800	117
<i>calcium carbonate-cholecalciferol tab 500 mg-5 mcg(200 unit)</i>	116	<i>camila</i>	68
<i>calcium carbonate-cholecalciferol tab 600 mg-5 mcg(200 unit)</i>	116	<i>camrese</i>	68
<i>calcium carbonate-vitamin d cap 600 mg-5 mcg (200 unit)</i>	116	<i>camrese lo</i>	68
		<i>candesartan cilexetil</i>	39
		<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg</i>	37

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i>		<i>carboplatin</i>	20
<i>tab 32-12.5 mg</i>	37	<i>carboxymethylcellulose sodium (ophth)</i> ...	154
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i>		CARESTART KIT COVID-19	8
<i>tab 32-25 mg</i>	37	<i>carglumic acid</i>	78
CAPCOF SYP 5-2-10MG	160	<i>carisoprodol</i>	60
CAPLYTA	49	<i>carteolol hcl (ophth)</i>	153
CAPMIST DM TAB	160	<i>cartia xt</i>	42
CAPRELSA	26	<i>carvedilol</i>	41
CAPRON DM LIQ	160	<i>caspofungin acetate</i>	11
CAPRON DMT TAB 30-30MG	160	<i>castor oil</i>	88
<i>capsaicin</i>	184	CASTOR OIL	108
<i>capsaicin heat patch</i>	184	<i>castor oil stimulant laxa</i>	88
CAPSULE SZ 1 CAP LACTOSE	108	CAYSTON	8
<i>captopril</i>	36	C-BUFF POW	127
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-</i>		<i>cefaclor</i>	16
<i>15 mg</i>	35	CEFACLOR ER	16
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-</i>		<i>cefadroxil</i>	16
<i>25 mg</i>	35	CEFAZOLIN	16
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-</i>		CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	16
<i>15 mg</i>	35	<i>cefazolin sodium</i>	17
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-</i>		CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	17
<i>25 mg</i>	35	<i>cefdinir</i>	17
<i>carbamazepine</i>	52	<i>cefepime hcl</i>	17
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i>		<i>cefixime</i>	17
<i>12.5-50-200 mg</i>	48	<i>cefoxitin sodium</i>	17
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i>		<i>cefpodoxime proxetil</i>	17
<i>18.75-75-200 mg</i>	48	<i>cefprozil</i>	17
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-</i>		<i>ceftazidime</i>	17
<i>100-200 mg</i>	48	<i>ceftriaxone sodium</i>	17
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i>		<i>cefuroxime axetil</i>	17
<i>31.25-125-200 mg</i>	48	<i>cefuroxime sodium</i>	17
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs</i>		<i>celecoxib</i>	4
<i>37.5-150-200 mg</i>	48	CELLULOSE CRY MICROCRY	108
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-</i>		<i>centavite a-z complete mu</i>	127
<i>200-200 mg</i>	48	CENT MATURE TAB ADLT 50+	127
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	48	CENTRAL-VITE TAB	127
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	48	CENTRATEx CAP	97
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	48	<i>centravites</i>	127
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	48	<i>centravites 50 plus</i>	127
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	48	CENTRAVITES TAB 50 PLUS	127
<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-</i>		CENTRAVITES TAB ADULTS	127
<i>100mg</i>	48	CENTRUM 50+ CHW FRSH/FRU	127
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-</i>		CENTRUM CHW ADULTS	127
<i>100mg</i>	48	CENTRUM CHW FLAV BST	127
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-</i>		CENTRUM CHW SILVER	127
<i>250mg</i>	48	CENTRUM KIDS CHW	127

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
CENTRUM KIDS CHW FLAV BST	127	CHILDRENS GUMMIES	128
CENTRUM SPEC TAB HEART	127	<i>childrens ibuprofen</i>	4
CENTRUM SPEC TAB VISION	127	<i>childrens loratadine</i>	157
CENTRUM TAB CARDIO	127	<i>childrens mucus relief co</i>	161
CENTRUM TAB MEN	127	<i>childrens pain relief plu</i>	161
CENTRUM TAB SILVER	127	<i>childrens silapap</i>	1
CENTRUM TAB ULTRA	127	CHLO HIST SOL	161
<i>century</i>	127	CHLOR/DEXCH LIQ PSE	161
<i>century mature</i>	127	CHLORELLA CAP	128
<i>cephalexin</i>	17	<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>	189
<i>ceralyte 70</i>	111	<i>chlorocaps</i>	128
CERASPORT SOL	111	<i>chloroquine phosphate</i>	12
CERASPORT SOL EX1	111	<i>chlorpheniramine maleate</i>	157
CERAVE CRE MOISTURI	184	<i>chlorpromazine hcl</i>	49
CERAVE HEALING	184	<i>chlorthalidone</i>	43
CERAVE SA CRE RGH/BMP	184	CHLO TUSS LIQ	161
CERDELGA	78	<i>chocolated laxative regul</i>	88
CEREZYME	78	<i>cholecalciferol</i>	128
<i>cerovite jr</i>	128	<i>cholecalciferol cap 1.25 mg (50000 unit)</i> ..	128
<i>cerovite senior</i>	128	<i>cholecalciferol cap 250 mcg (10000 unit)</i> ..	128
<i>certa-vite</i>	128	CHOLESTEROL POW	108
<i>certavite/antioxidants</i>	128	CHOLESTEROL POW ACETATE	108
CERTAVITE/ TAB ANTIOXID	128	<i>cholestyramine</i>	40
CERTAVITE TAB SENIOR	128	<i>cholestyramine light</i>	40
CETAPHIL CRE HAND	184	<i>chromagen</i>	97
<i>cetirizine hcl</i>	157	<i>ciclopirox olamine</i>	179
<i>cetirizine hcl allergy ch</i>	157	<i>cilostazol</i>	100
<i>cetirizine hcl childrens</i>	157	CILOXAN	152
<i>cetirizine hydrochloride</i>	157	CIMDUO TAB 300-300	14
<i>cetirizine-pseudoephedrine tab er 12hr</i> 5-120 mg	160	<i>cinacalcet hcl</i>	78, 79
<i>cevimeline hcl</i>	189	CIPRO	18
CGH/CHEST SYP CONG DM	160	<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	18
<i>chateal eq</i>	68	<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	18
CHEMET	67	<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp</i> 0.3-0.1%	155
CHEMSTRIP 5 TES OB	78	<i>ciprofloxacin hcl</i>	18
CHEMSTRIP 7 TES	78	<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i>	152
CHEMSTRIP 10 TES MD	78	CIRCATA	184
<i>chest congestion relief</i>	160	<i>cisplatin</i>	20
<i>chest congestion relief d</i>	160	<i>citalopram hydrobromide</i>	46
<i>chest congestion relief p</i>	160	CITRACAL+D3 CHW 250-500	117
CHEWABLE CALCIUM	117	CITRACAL CAL CHW GUMMIES	117
<i>childrens acetaminophen</i>	1	CITRACAL TAB MAX PLUS	128
<i>childrens animal shapes c</i>	128	CITRULLINE POW (L)	108
<i>childrens chewable multiv</i>	128	<i>claravis</i>	178
<i>childrens chewable vitami</i>	128	<i>clarithromycin</i>	17

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>clearlax</i>	88	<i>coenzyme q10 (ubidecarenone)</i>	121
<i>clindamycin hcl</i>	8	<i>colace 2-in-1</i>	88
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	8	COLACE CLEAR	88
<i>clindamycin phosphate</i>	8	<i>colchicine</i>	1
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 300 mg/50ml	8	<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	1
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 600 mg/50ml	8	COLD & ALLER LIQ CHILDREN	161
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 900 mg/50ml	8	<i>cold & cough childrens</i>	161
<i>clindamycin phosphate (topical)</i>	178	<i>cold/cough childrens</i>	161
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	96	<i>cold/flu daytime relief</i>	161
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	8	<i>cold & flu nighttime reli</i>	161
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	8	<i>cold & flu relief daytime</i>	161
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	8	<i>cold & flu relief nightti</i>	161
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	114	<i>cold relief plus</i>	161
CLINIMIX INJ 4.25/D10	114	<i>cold & sinus</i>	161
CLINIMIX INJ 5%/D15W	114	COLEMAN 100 MAX INSECT RE	184
CLINIMIX INJ 5%/D20W	114	COLEMAN INSECT REPELLENT/	184
CLINIMIX INJ 6/5	114	COLEMN BOTAN LIQ INSECT	184
CLINIMIX INJ 8/10	114	COLEMN INSEC LIQ SKINSMAR	184
CLINIMIX INJ 8/14	114	COLEMN INSEC SPR SKINSMAR	184
<i>clinisol sf 15%</i>	114	<i>colesevelam hcl</i>	40
CLINITEST KIT SELF-TST	8	<i>colestipol hcl</i>	40
CLINOLIPID EMU 20%	114	<i>colistimethate sodium</i>	8
<i>clobazam</i>	52	COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	153
<i>clobetasol propionate</i>	181	COMBIVENT AER 20-100	156
<i>clobetasol propionate e</i>	181	COMETRIQ (60MG DOSE)	26
<i>clomipramine hcl</i>	46	COMETRIQ KIT 100MG	26
<i>clonazepam</i>	52	COMETRIQ KIT 140MG	26
<i>clonidine</i>	43	COMPACT SPAC MIS CHAMBER	172
<i>clonidine hcl</i>	43	COMPACT SPAC MIS LG MASK	172
<i>clopidogrel bisulfate</i>	101	COMPACT SPAC MIS MD MASK	172
<i>clorazepate dipotassium</i>	52	COMPACT SPAC MIS SM MASK	172
<i>clotrimazole</i>	189	<i>companion</i>	128
<i>clotrimazole 3</i>	96	<i>compete</i>	128
<i>clotrimazole antifungal</i>	180	COMPLERA TAB	14
<i>clotrimazole athletes foo</i>	180	<i>complete allergy medicine</i>	157
<i>clotrimazole (topical)</i>	179	<i>complete multivitamin/mul</i>	128
<i>clotrimazole vaginal</i>	96	<i>compro</i>	86
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i> 1-0.05%	180	CONCEPTIONXR MIS MOTILITY	128
<i>clozapine</i>	49	CONEX SOL CLD/ALRG	161
COARTEM TAB 20-120MG	12	CONEX TAB 2-60MG	161
COCONUT OIL CRE BEAUTY	184	<i>constulose</i>	88
COENZYME Q10 POW	108	COPIKTRA	26
		CO Q-10	121
		<i>coq10 maximum strength</i>	121
		CORLANOR	44
		<i>corn and callus remover</i>	184

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
COROMEGA EMU OMEGA 3	121	<i>cvs advanced healing oint</i>	184
<i>corvita</i>	128	<i>cvs airshield</i>	128
<i>corvita 150</i>	97	<i>cvs airshield effervescent</i>	128
CORVITE 150 TAB	97	<i>cvs b6</i>	128
CORVITE FE TAB	98	<i>cvs b complex plus c</i>	128
COTELLIC	26	<i>cvs biotin</i>	129
<i>cough & cold</i>	161	<i>cvs calcium 600+d</i>	117
<i>cough & cold hbp</i>	161	<i>cvs calcium 600 + d plus</i>	117
<i>cough dm</i>	161	<i>cvs calcium 600 & vitamin</i>	117
<i>cough dm childrens</i>	161	<i>cvs calcium carbonate</i>	117
COVID-19 AT- KIT 1-PACK	9	<i>cvs calcium citrate+d3 pe</i>	117
COVID-19 RAP KIT 1-PACK	9	<i>cvs calcium & vitamin d3</i>	117
COVID-19 RAP KIT 2-PACK	9	<i>cvs castor oil</i>	88
COVID-19 TES KIT SPECIMEN	9	<i>cvs chewable childrens vi</i>	129
CREAM BASE CRE	108	<i>cvs childrens chewable co</i>	129
CREON CAP 3000UNIT	93	<i>cvs coenzyme q-10</i>	121
CREON CAP 6000UNIT	93	<i>cvs coq-10</i>	121
CREON CAP 12000UNT	93	CVS COVID-19 KIT HOME 2PK	9
CREON CAP 24000UNT	93	<i>cvs d3</i>	129
CREON CAP 36000UNT	93	<i>cvs daily gummies</i>	129
<i>cromolyn sodium</i>	172	<i>cvs daily gummies adult</i>	129
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i>	92	<i>cvs daily multiple for me</i>	129
<i>cromolyn sodium (nasal)</i>	172	<i>cvs daily multiple for wo</i>	129
<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	153	<i>cvs e</i>	129
<i>cryselle-28</i>	68	<i>cvs electrolyte solution</i>	111
CULTURELLE CAP ADV REG	84	<i>cvs e oil</i>	129
CULTURELLE CAP WOMENS	84	<i>cvs eye health & lutein</i>	129
CULTURELLE CHW MULTIVIT	128	<i>cvs fish oil</i>	121
<i>culturelle kids complete</i>	128	<i>cvs fish oil half-the-siz</i>	121
<i>culturelle kids multivita</i>	128	<i>cvs folic acid</i>	129
<i>culturelle kids probiotic</i>	128	<i>cvs glucose</i>	77
<i>culturelle prenatal welln</i>	84	CVS GLUCOSE CHW FRUIT	77
<i>culturelle total balance</i>	84	CVS GUMMY DINOS	129
<i>culturelle womens wellnes</i>	84	CVS GUMMY DINOS CHILDRENS	129
CUTTER	184	<i>cvs gummy fish childrens</i>	121
CUTTER AER NATURAL	184	CVS GUMMY MULTIVITAMIN KI	129
CUTTER ALL FAMILY	184	CVS INSECT REPELLENT	184
CUTTER ALL FAMILY MOSQUIT	184	<i>cvs iron</i>	98
CUTTER BACKWOODS	184	<i>cvs jock itch</i>	180
CUTTER BACKWOODS DRY	184	CVS KETONE TES CARE	79
CUTTER DRY	184	<i>cvs magnesium</i>	117
CUTTER LEMON LIQ EUCALYPT	184	<i>cvs magnesium oxide</i>	117
CUTTER LIQ NATURAL	184	<i>cvs mens daily gummies</i>	129
CUTTER SKINSATIONS	184	CVS NASAL MIST	172
CUTTER SPORT	184	<i>cvs natural fish oil</i>	121
<i>cvs acidophilus probiotic</i>	84	<i>cvs one daily essential</i>	129

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>cv's one daily mens health</i>	129	CYTO-Q T/F	121
<i>cv's one daily womens form</i>	129	D	
<i>cv's oyster shell calcium/</i>	117	D2.5W/NACL INJ 0.45%	112
<i>cv's pediatric electrolyte</i>	111	<i>d3</i>	130
<i>cv's pinworm treatment</i>	9	<i>d-3-5</i>	130
<i>cv's saline nasal spray</i>	173	<i>d3-50</i>	130
<i>cv's slow release iron</i>	98	<i>d3-1000</i>	130
<i>cv's spectravite advanced</i>	129	<i>d3 2000</i>	130
<i>cv's spectravite men</i>	129	<i>d3 5000</i>	130
<i>cv's spectravite men 50+</i>	129	<i>d3 adult</i>	130
<i>cv's spectravite senior</i>	129	<i>d3 adult gummy</i>	130
<i>cv's spectravite ultra hea</i>	129	D3 BABY DROPS	130
<i>cv's spectravite ultra wom</i>	129	<i>d3 high potency</i>	130
<i>cv's spectravite women</i>	129	<i>d3 kids</i>	130
<i>cv's spectravite women 50+</i>	129	D3 LIQUID	130
<i>cv's stress formula/zinc</i>	129	<i>d3 maximum strength</i>	130
<i>cv's super b complex/c</i>	129	<i>d3 super strength</i>	130
CVS TOTAL HOME INSECT REP	184	D5W/LYTES INJ #48	112
CVS VISION CAP HEALTH	129	D10W/NACL INJ 0.2%	112
<i>cv's vitamin a</i>	129	<i>d 400</i>	130
<i>cv's vitamin c</i>	129	<i>d-400</i>	130
<i>cv's vitamin c/rose hips</i>	130	<i>d 1000</i>	130
<i>cv's vitamin d3</i>	130	<i>d-1000 extra strength</i>	130
<i>cv's vitamin e</i>	130	<i>d2000 ultra strength</i>	130
<i>cv's womens active daily</i>	130	<i>d 5000</i>	130
<i>cv's womens daily gummies</i>	130	<i>d-5000</i>	130
CYANOCOBALAM CRY	108	<i>d 10000</i>	130
<i>cyanocobalamin</i>	130	<i>daily combo multi vitamin</i>	130
CYANOCOBAL POW	108	<i>daily multiple vitamins</i>	131
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	60	<i>daily multivitamin</i>	131
<i>cyclophosphamide</i>	20	<i>daily value multivitamin</i>	131
CYCLOPHOSPHAMIDE	20, 21	<i>daily vitamins</i>	131
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR	21	<i>daily vite</i>	131
<i>cycloserine</i>	15	<i>daily-vite</i>	131
<i>cyclosporine</i>	105	<i>daily-vite multivitamin</i>	131
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> 105		<i>daily vite multivitamin/i</i>	131
<i>cyproheptadine hcl</i>	157	<i>dalfampridine</i>	60
<i>cyred eq</i>	68	<i>danazol</i>	75
CYSTADROPS	154	<i>dandruff shampoo</i>	185
CYSTAGON	79	<i>dantrolene sodium</i>	60
CYSTARAN	154	<i>dapsone</i>	9
<i>cytarabine</i>	21	DAPTACEL INJ	106
<i>cyto arg</i>	121	<i>daptomycin</i>	9
CYTO-Q	121	DAPTOMYCIN	9
CYTO-Q MAX	121	<i>darunavir</i>	12

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>dasatinib</i>	26	DERMACINRX TAB RIBOT-E	131
<i>dasetta 1/35</i>	69	DESCOVY TAB 120-15MG	14
<i>dasetta 7/7/7</i>	69	DESCOVY TAB 200/25MG	14
DAURISMO	26	<i>desipramine hcl</i>	46
DAY CLEAR CHW ALGY/CGH	161	<i>desmopressin acetate</i>	79
DAYCLEAR TAB 25-50MG	161	<i>desmopressin acetate spray</i>	79
<i>daysee</i>	69	<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i>	79
<i>daytime cold & flu relief</i>	161	<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-</i> <i>0.02/0.01 mg(21/5)</i>	69
DAYVIGO	58	<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab</i> <i>0.15 mg-30 mcg</i>	69
DDROPS	131	<i>desvenlafaxine succinate</i>	46
<i>deblitane</i>	69	DEX4 CHW FRUIT	77
<i>decara</i>	131	DEX4 CHW GRAPE	77
DECARA	131	DEX4 CHW ORANGE	77
DECARA K CAP	131	DEX4 CHW RASPBERRY	77
DECONEX DMX TAB	161	DEX4 CHW SOUR APL	77
DECONEX IR TAB 10-385MG	161	DEX4 CHW WATERMLN	77
DECUBI-VITE CAP	131	DEX4 POUCH CHW PACK	77
<i>deep sea nasal spray</i>	173	DEX4 QUICK DISSOLVE GLUCO	77
<i>deferasirox</i>	67	<i>dexamethasone</i>	76
DEKAS CAP ESSENTIA	131	DEXAMETHASONE INTENSOL	76
DEKAS CHW BARIATRI	131	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	76
DEKAS LIQ ESSENTIA	131	<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i> 152	
DEKAS PLUS CAP	131	<i>dexbrompheniramine-phenylephrine tab</i> <i>2-10 mg</i>	162
DEKAS PLUS CAP OCEAN	131	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	57
DEKAS PLUS CHW	131	<i>dextromethorphan-guaifenesin syrup 10-</i> <i>100 mg/5ml</i>	162
DEKAS PLUS LIQ	131	<i>dextromethorphan hbr</i>	162
DELSTRIGO TAB	14	<i>dextromethorphan polistirex</i>	162
DELSYM	161	<i>dextrose</i>	114
DELSYM CGH LIQ SR THRT	161	<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i> ..	112
DELSYM CHILD LIQ CGH/ST	161	<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	112
DELSYM CHILD MIS DAY/NGHT	161	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	112
<i>delsym cough + chest cong</i>	161	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	112
<i>delsym cough + cold night</i>	161	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	112
DELSYM MIS DAY/NGHT	161	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	112
DELSYM NIGHT SOL CGH/MAX	161	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i> ...	112
<i>delta d3</i>	131	<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i> ...	112
DENGVAXIA SUS	106	<i>diabetes health formula</i>	131
DEPO-SUBQ PROVERA 104	69	DIABETES PAK HEALTH	131
<i>depo-testosterone</i>	63	DIABET HLTH PAK SUPPORT	131
DERMABASE CRE	185	DIABETIDERM CRE	185
<i>dermacinrx atrix antibact</i>	185	DIABETIDERM CRE FOOT	185
<i>dermacinrx atrix clarifyi</i>	185		
DERMACINRX CHW DAVIMET	131		
DERMACINRX CIRCATRIX	185		
<i>dermacinrx penetral</i>	185		
<i>dermacinrx skin repair</i>	185		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
DIACOMIT	52, 53	<i>disulfiram</i>	61
<i>dialyvite</i>	131	<i>divalproex sodium</i>	53
<i>dialyvite 800</i>	131	DML FORTE CRE	185
<i>dialyvite 800/ultra d</i>	131	<i>docetaxel</i>	24
DIALYVITE TAB 3000	131	DOCETAXEL	24
DIALYVITE TAB 5000	131	<i>docusate calcium</i>	88
DIALYVITE TAB SUPREM D	131	<i>docusate mini</i>	88
DIALYVITE/ TAB ZINC	132	<i>docusate sodium</i>	88
<i>dialyvite vitamin d3 max</i>	131	DOCUSOL KIDS	88
<i>dialyvite vitamin d 5000</i>	132	<i>docusol mini</i>	88
DIALYVITE WAF 800	132	<i>docusol plus mini-enema</i>	88
DIATRUST KIT COVID-19	9	<i>dodex</i>	132
<i>diazepam</i>	53	<i>dofetilide</i>	39
<i>diazepam (anticonvulsant)</i>	53	<i>dok</i>	88
<i>diazepam inj</i>	53	DOLOGESIC-DF TAB 1-500MG	162
<i>diazepam intensol</i>	53	DOLOGESIC TAB 1-500MG	162
<i>diazoxide</i>	77	<i>donepezil hydrochloride</i>	45
<i>diclofenac potassium</i>	4	DOPTELET	100
<i>diclofenac sodium</i>	4	<i>dorzolamide hcl</i>	153
<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	152	<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth</i> <i>soln 2-0.5%</i>	153
<i>diclofenac sodium (topical)</i>	185	DOTREMIN TAB	132
<i>dicloxacillin sodium</i>	19	<i>dotti</i>	75
<i>dicyclomine hcl</i>	87	DOVATO TAB 50-300MG	14
DIFICID	17	<i>doxazosin mesylate</i>	36
<i>diflunisal</i>	4	<i>doxepin hcl</i>	46
<i>digoxin</i>	44	<i>doxepin hcl (sleep)</i>	58
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	58	<i>doxorubicin hcl</i>	21
DILANTIN	53	<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	21
DILANTIN-125	53	DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE	21
DILANTIN INFATABS	53	<i>doxy 100</i>	20
<i>diltiazem hcl</i>	42	<i>doxycycline hyclate</i>	20
<i>diltiazem hcl coated beads</i>	42	<i>doxycycline (monohydrate)</i>	20
<i>diltiazem hcl extended release beads</i>	42	<i>doxylamine-phenylephrine tab 7.5-10 mg</i> ..	162
<i>dilt-xr</i>	42	<i>driminate</i>	86
<i>dimaphen dm cold & cough</i>	162	DRIZALMA SPRINKLE	46
<i>diphenhydramine hcl</i>	157	<i>dronabinol</i>	86
<i>diphenhydramine-zinc acetate cream</i> <i>2-0.1%</i>	185	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab</i> <i>3-0.02 mg</i>	69
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-</i> <i>0.025 mg/5ml</i>	92	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab</i> <i>3-0.03 mg</i>	69
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-</i> <i>0.025 mg</i>	92	<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate</i> <i>tab 3-0.03-0.451 mg</i>	69
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	106	DROXIA	100
<i>dipyridamole</i>	101	<i>droxidopa</i>	44
<i>disopyramide phosphate</i>	39	<i>dry eye formula</i>	132
DISTILLED LIQ WATER	108		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>dry eye relief</i>	154	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	14
<i>dry eye relief drops</i>	154	<i>eldertonic</i>	132
<i>dry skin treatment</i>	185	ELIGARD	22
DULERA AER 50-5MCG	177	<i>elinest</i>	69
DULERA AER 100-5MCG	177	ELIQUIS	96
DULERA AER 200-5MCG	177	ELIQUIS STARTER PACK	96
<i>duloxetine hcl</i>	46	ELLENCE	21
DUPIXENT	101	ELLUME COV19 KIT HOME TES	9
DURAFLU TAB	162	<i>eluryng</i>	69
DUREX MIS REALFEEL	69	EMERGEN-C CHW VITA C	132
<i>dutasteride</i>	95	EMERGEN-C PAK BLUE	132
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i>	95	EMERGEN-C PAK HEART	132
<i>d-vite pediatric</i>	130	EMERGEN-C PAK IMMUNE	132
E		EMERGEN-C PAK KIDZ	132
<i>e-200</i>	132	EMERGEN-C PAK MSM LITE	132
<i>e200</i>	132	EMERGEN-C PAK PINK	132
<i>e-400</i>	132	EMERGEN-C PAK VITA C	132
<i>e400</i>	132	EMERGEN-C PAK VIT D/CA	132
<i>e-400-clear</i>	132	EMOLLIA-CREM CRE	185
<i>e 1000</i>	132	EMOLLIENT CRE BASE	108
<i>e1000</i>	132	EMPTY CAPSUL CAP #0	108
EAGLE WATCH MOSQUITO ELIM	185	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 0	108
<i>ear drops</i>	189	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 1	108
<i>earwax removal</i>	189	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 2	108
<i>earwax removal kit</i>	189	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 3	108
EASIVENT MIS	173	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 4	108
EASIVENT MIS MASK LG	173	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 5	108
EASIVENT MIS MASK MED	173	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 7	108
EASIVENT MIS MASK SM	173	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 10	108
<i>ec-naproxen</i>	4	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 11	108
<i>econtra ez</i>	69	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 13	108
<i>econtra one-step</i>	69	EMSAM	46
<i>ed a-hist</i>	162	<i>emtricitabine</i>	12
<i>ed a-hist dm</i>	162	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	14
ED A-HIST DM TAB 10-4-10	162	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	14
<i>ed-apap</i>	1	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	14
ED BRON GP LIQ	162	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	14
<i>ed chlorped jr</i>	157	EMTRIVA	12
EDURANT	12	EMVERM	9
<i>e.e.s. 400</i>	17	<i>emzahh</i>	69
<i>efavirenz</i>	12	<i>enalapril maleate</i>	36
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	14		
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	14		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide</i>		<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	44, 173
<i>tab 5-12.5 mg</i>	35	<i>epitol</i>	53
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide</i>		<i>eplerenone</i>	36
<i>tab 10-25 mg</i>	35	EPRONTIA	53
ENBREL	101, 102	<i>epsom salt</i>	88
ENBREL MINI	102	<i>eq calcium 500+d</i>	118
ENBREL SURECLICK	102	<i>eq calcium 600+d</i>	118
<i>endacof-dm</i>	162	<i>eq calcium 600+d+minerals</i>	118
ENDARI	100	<i>eq calcium citrate+d</i>	118
<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	6	<i>eq complete chewable mult</i>	132
<i>endocet tab 5-325mg</i>	6	<i>eq complete multivitamin</i>	132
<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	6	EQ COMPLETE TAB ADULT	132
<i>endocet tab 10-325mg</i>	6	<i>eql b-6</i>	133
<i>endur-acin</i>	132	<i>eql calcium 600mg/vitamin</i>	118
ENDUR-VM TAB	132	EQL CALCIUM CAP VIT D	118
ENDUR-VM TAB IRON	132	<i>eql calcium citrate/ vita</i>	118
<i>enema ready-to-use</i>	88	<i>eql calcium citrate w/vit</i>	118
<i>enemeez mini</i>	88	<i>eql calcium/vitamin d</i>	118
<i>enemeez plus</i>	88	<i>eql carbonyl iron</i>	98
ENFAMIL SOL ENFALYTE	111	<i>eql castor oil</i>	88
ENGERIX-B	106	<i>eql century</i>	133
<i>enilloring</i>	69	<i>eql century mature</i>	133
<i>enoxaparin sodium</i>	96	EQL CENTURY TAB MENS	133
<i>enpresse-28</i>	69	<i>eql childrens multivitami</i>	133
<i>enskyce</i>	69	<i>eql coq10</i>	121
ENSTILAR AER	181	<i>eql digestive probiotic</i>	84
ENSURE CLEAR LIQ APPLE	121	<i>eql fish oil</i>	121
ENSURE CLEAR LIQ BBRY/POM	121	<i>eql iron supplement thera</i>	98
ENSURE CLEAR LIQ MIX BERY	121	<i>eql omega 3 fish oil</i>	122
ENSURE CLEAR LIQ MIX FRUT	121	<i>eql omega-3 fish oil</i>	122
ENSURE CLEAR LIQ PEACH	121	<i>eql one daily mens 50+ ad</i>	133
<i>entacapone</i>	48	<i>eql one daily mens health</i>	133
<i>entecavir</i>	15	<i>eql one daily womens 50+</i>	133
ENTRESTO CAP 6-6MG	37	<i>eql probiotic acidophilus</i>	84
ENTRESTO CAP 15-16MG	37	<i>eql saline nasal spray</i>	173
ENTRESTO TAB 24-26MG	37	<i>eql slow release iron</i>	98
ENTRESTO TAB 49-51MG	37	<i>eql stress b-complex/vita</i>	133
ENTRESTO TAB 97-103MG	37	<i>eql super b complex/vitam</i>	133
<i>enulose</i>	88	<i>eql vision formula</i>	133
<i>e-oil</i>	132	<i>eql vitamin c</i>	133
<i>e-ointment</i>	185	<i>eql vitamin c/rose hips</i>	133
EPCLUSA PAK 150-37.5	15	<i>eql vitamin d3</i>	133
EPCLUSA PAK 200-50MG	15	<i>eql vitamin e</i>	133
EPCLUSA TAB 200-50MG	15	EQ MULTIVITAMIN GUMMIES C	132
EPCLUSA TAB 400-100	15	EQ ONE DAILY TAB MENS	132
EPIDIOLEX	53	EQ ONE DAILY TAB WOMENS	132

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>eq one daily womens healt</i>	132	EULEXIN	22
<i>eq saline nasal spray</i>	173	<i>euthyrox</i>	81
<i>eq slow-release iron</i>	98	<i>everolimus</i>	26, 27
EQ THERAPEUT CRE MOISTURI	185	<i>everolimus (immunosuppressant)</i>	105
<i>ergocalciferol</i>	133	EVOTAZ TAB 300-150	14
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	58	<i>exemestane</i>	22
ERIVEDGE	26	EYE HEALTH CAP ADLT 50+	133
ERLEADA	22	EYE HEALTH TAB LUTEIN	133
<i>erlotinib hcl</i>	26	<i>eye itch relief</i>	153
<i>errin</i>	69	EYE MULTIVIT CAP	133
<i>ertapenem sodium</i>	9	EYE MULTIVIT CAP LUTEIN	133
<i>ery</i>	178	EYE MULTIVIT TAB SODIUM	133
<i>ery-tab</i>	17	EYSUVIS	152
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	17	<i>ezetimibe</i>	40
<i>erythromycin (acne aid)</i>	178	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	40
<i>erythromycin base</i>	18	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	40
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	18	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	40
<i>erythromycin lactobionate</i>	18	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	40
<i>erythromycin (ophth)</i>	152	EZFE 200	98
<i>escitalopram oxalate</i>	46	F	
<i>esomeprazole magnesium</i>	94	<i>fa-8</i>	133
<i>essentia</i>	133	<i>fabb</i>	133
<i>essential balance</i>	133	FABRAZYME	79
<i>estarylla</i>	69	<i>falmina</i>	69
<i>estradiol</i>	75	<i>famciclovir</i>	15
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-</i> <i>0.1 mg</i>	75	<i>famotidine</i>	87
<i>estradiol & norethindrone acetate tab</i> <i>1-0.5 mg</i>	75	<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln</i> <i>20 mg/50ml</i>	87
<i>estradiol vaginal</i>	76	<i>famotidine maximum streng</i>	87
<i>estradiol valerate</i>	76	<i>famotidine original stren</i>	87
ESTROVEN MEN TAB SUPPLEM	133	FANAPT	50
<i>eszopiclone</i>	58	FANAPT PAK	50
<i>ethambutol hcl</i>	15	FANTASY LUBR MIS COLORS	69
<i>ethosuximide</i>	53	FANTASY LUBR MIS SPERMICI	70
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab</i> <i>1 mg-35 mcg</i>	69	FANTASY MIS LUBRICAT	70
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab</i> <i>1 mg-50 mcg</i>	69	FARXIGA	63
<i>etodolac</i>	4	FASENRA	173
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-</i> <i>0.015 mg/24hr</i>	69	FASENRA PEN	173
<i>etoposide</i>	24	FATTIBASE OIN	108
<i>etravirine</i>	12	FC2 FEMALE MIS CONDOM	70
EUCERIN HAND CRE ADV REPA	185	<i>felbamate</i>	53
EUCERIN PLUS CRE	185	<i>felodipine</i>	42
		<i>fenofibrate</i>	40
		<i>fenofibrate micronized</i>	40
		<i>fentanyl</i>	6

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>fentanyl citrate</i>	6	FISH OIL CHW 875MG	122
FERAHEME	98	<i>fish oil concentrate</i>	122
<i>ferate</i>	98	<i>fish oil double strength</i>	122
<i>fergon</i>	98	<i>fish oil extra strength</i>	122
FERIVAFA CAP 110-1MG	98	<i>fish oil maximum strength</i>	122
FERIVA TAB 21/7	98	<i>fish oil omega-3</i>	122
<i>ferosul</i>	98	<i>fish oil pearls</i>	122
FERRALET 90 TAB	98	<i>fish oil/super potent/no</i>	122
<i>ferrex 150</i>	98	<i>flac</i>	155
<i>ferric x-150</i>	98	<i>flanders buttocks</i>	185
<i>ferrous gluconate</i>	98	FLAREX	152
FERROUS GLUCONATE	98	FLAVOR SWEET SYP S/F	108
<i>ferrous sulfate</i>	98	FLEBOGAMMA DIF	104
FERROUS SULFATE	98	<i>flecainide acetate</i>	39
FE SULFATE POW	98	FLEET BISACODYL	89
FETZIMA	46	FLEET ENE PED	89
FETZIMA CAP TITRATIO	47	FLEXICHAMBER MIS	173
<i>feverall adults</i>	1	FLEXICHAMBER MIS MASK LRG	173
<i>feverall childrens</i>	1	FLEXICHAMBER MIS MASK SM	173
FEVERALL INFANTS	1	FLINTSTONES CHW COMPLETE	133
FEVERALL JUNIOR STRENGTH	1	<i>flintstones complete</i>	133
<i>fe-vite iron</i>	98	FLINTSTONES COMPLETE	133
<i>fexofenadine hcl</i>	157	<i>flintstones gummies plus</i>	133
<i>fexofenadine-pseudoephedrine tab er 12hr</i> 60-120 mg	162	FLINTSTONES GUMMIES PLUS	133
<i>fexofenadine-pseudoephedrine tab er</i> 24hr 180-240 mg	162	<i>flintstones/my first</i>	134
FIASP	65	<i>flintstones plus calcium</i>	134
FIASP FLEXTOUCH	65	<i>flintstones w/iron</i>	134
FIASP PENFILL	65	FLORAJEN CAP ACIDOPHI	84
FIASP PUMPCART	66	FLORAJEN CAP WOMEN	84
<i>fiber-lax</i>	89	<i>floranex</i>	84
<i>finasteride</i>	95	FLORIVA DRO PLUS	134
<i>ingolimod hcl</i>	60	FLOWFLEX KIT TEST	9
FINTEPLA	53	<i>fluconazole</i>	11
<i>finzala</i>	70	<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml</i> ..	11
FIRMAGON	22	<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i> .	11
FIRST AID ANTISEPTIC OINT	185	<i>flucytosine</i>	11
<i>fish oil adult gummies</i>	122	<i>fludrocortisone acetate</i>	76
<i>fish oil burp-less</i>	122	<i>flu hbp</i>	162
FISH OIL CAP 150MG	122	<i>flunisolide (nasal)</i>	176
FISH OIL CAP 180MG	122	<i>fluocinolone acetonide</i>	181, 182
FISH OIL CAP 183.33MG	122	<i>fluocinolone acetonide (otic)</i>	155
FISH OIL CAP 850MG	122	<i>fluocinonide</i>	182
FISH OIL CAP 1000MG	122	<i>fluocinonide emulsified base</i>	182
FISH OIL CAP 1400MG	122	<i>fluorometholone (ophth)</i>	152
		<i>fluorouracil</i>	21
		<i>fluorouracil (topical)</i>	185

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>fluoxetine hcl</i>	47	FUNGOID TINCTURE	180
<i>fluphenazine decanoate</i>	50	<i>furosemide</i>	43
<i>fluphenazine hcl</i>	50	<i>furosemide inj</i>	43
<i>flurbiprofen</i>	4	FUSION PLUS CAP	98
<i>flurbiprofen sodium</i>	153	FUZEON	13
<i>flu/severe cold & cough d</i>	162	<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	76
<i>fluticasone propionate</i>	182	<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	76
<i>fluticasone propionate (nasal)</i>	176	FYCOMPA	53, 54
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act</i>	177	G	
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act</i>	177	<i>gabapentin</i>	54
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act</i>	177	<i>galantamine hydrobromide</i>	45
<i>fluvoxamine maleate</i>	45	GALZIN	118
<i>folate</i>	134	GAMASTAN INJ	104
FOLDITAM TAB	134	GAMMAGARD LIQUID	104
<i>folic acid</i>	134	GAMMAGARD S/D IGA LESS TH	104
FOLIC ACID	134	GAMMAKED	104
FOLIC ACID POW	134	GAMMAPLEX	104
FOLIFLEX TAB	134	GAMUNEX-C	104
FOLITE TAB	134	<i>ganciclovir sodium</i>	15
FOLITIN-Z TAB	134	GARDASIL 9 INJ	106
FOLIVANE-F CAP	98	<i>gas relief</i>	92
FOLIXAPURE TAB 1-5000	134	<i>gas relief extra strength</i>	92
FOLTAMIN TAB 1-5000	134	<i>gas relief infants</i>	92
FOLTRATE TAB	134	<i>gas relief ultra strength</i>	92
FOLTREXYL TAB	134	<i>gas-x extra strength</i>	92
<i>fondaparinux sodium</i>	96, 97	<i>gas-x ultra strength</i>	92
<i>fosamprenavir calcium</i>	12	<i>gatifloxacin (ophth)</i>	152
<i>fosinopril sodium</i>	36	GATTEX	92
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	35	GAUZE PADS 2	66
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	35	<i>gavilax</i>	89
FOTIVDA	27	<i>gavilyte-c</i>	89
FREEDAVITE TAB	134	<i>gavilyte-g</i>	89
<i>freeze dried acidophilus</i>	84	<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	89
FRESHKOTE PF SOL 2.7-2%	154	GAVRETO	27
FRESHKOTE SOL 2.7-2%	154	<i>gefitinib</i>	27
FRUCTOSE GRA	122	<i>gemcitabine hcl</i>	21
<i>fruity chews</i>	134	<i>gemfibrozil</i>	40
<i>fruity chews/iron</i>	134	GEMTESA	95
FRUZAQLA	27	GENADEK CAP STEP 1	134
<i>full spectrum b/vitamin c</i>	134	GENADEK CAP STEP 2	134
<i>fulvestrant</i>	22	GENADEK DRO	134
		<i>generlac</i>	89
		<i>gengraf</i>	105
		GENOTROPIN	79
		GENOTROPIN MINIQUICK	79

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	9	<i>gnp 8 hour pain reliever</i>	2
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	9	<i>gnp acetaminophen</i>	2
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	9	<i>gnp acid reducer</i>	87
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	9	<i>gnp acid reducer maximum</i>	87
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	9	<i>gnp adult aspirin low str</i>	2
<i>gentamicin sulfate</i>	9	<i>gnp all day allergy</i>	157
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>	152	<i>gnp all day allergy child</i>	157
<i>gentamicin sulfate (topical)</i>	178	<i>gnp all day allergy-d</i>	162
GENTEAL SEVERE TEARS	154	<i>gnp all day allergy relie</i>	157
<i>genteal tears liquid drop</i>	154	<i>gnp allergy</i>	157
<i>genteal tears night-time</i>	154	<i>gnp allergy & congestion</i>	162
GENTEAL TEAR SOL MOD PF	154	<i>gnp allergy multi-symptom</i>	162
GENTEAL TEAR SOL PF	154	<i>gnp allergy relief</i>	157
<i>gentle laxative</i>	89	<i>gnp allergy relief 24 hou</i>	157
GENVOYA TAB	14	<i>gnp allergy relief maximu</i>	157
<i>gerber grow mighty</i>	134	<i>gnp antacid and anti-gas/</i>	82
<i>gerber lil' brainies</i>	134	<i>gnp antacid & anti-gas ma</i>	82
<i>gerivite complete</i>	134	<i>gnp antacid anti-gas/maxi</i>	82
GILOTRIF	27	<i>gnp antacid & anti-gas/re</i>	82
<i>glatiramer acetate</i>	60	<i>gnp antacid extra strengt</i>	82
<i>glatopa</i>	60	<i>gnp antacid/regular stren</i>	82
GLEOSTINE	21	<i>gnp anti-diarrheal</i>	84
<i>glimepiride</i>	63	<i>gnp anti-gas ultra streng</i>	92
<i>glipizide</i>	63	<i>gnp anti-itch</i>	185
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	63	<i>gnp artificial tears</i>	154
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	63	<i>gnp aspirin</i>	2
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	63	<i>gnp aspirin low dose</i>	2
<i>glipizide xl</i>	63	<i>gnp athletes foot</i>	180
GLUCOSE	77	<i>gnp bacitracin zinc</i>	178
GLUCOSE CHW FRUIT	77	<i>gnp b-complex plus vitamí</i>	134
GLUCOSE CHW GRAPE	77	<i>gnp biotin</i>	134
GLUCOSE CHW ORANGE	77	<i>gnp calcium</i>	118
GLUCOSE CHW RASPBERRY	77	<i>gnp calcium 500 +d3</i>	118
GLUCOSE CHW WATERMLN	77	<i>gnp calcium 600 +d3</i>	118
<i>glucoten</i>	134	<i>gnp calcium 600 +d3/miner</i>	118
<i>glutamine powder</i>	122	<i>gnp calcium 600 +d/minera</i>	118
GLUTATHIONE POW	122	<i>gnp calcium citrate +d3</i>	118
GLYCERIN	109	<i>gnp calcium citrate+d3 ma</i>	118
GLYCERIN LIQ	109	<i>gnp castor oil</i>	89
<i>glycolax</i>	89	<i>gnp childrens allergy</i>	157
<i>glycopyrrolate</i>	87	<i>gnp childrens chewables/e</i>	134
<i>glydo</i>	182	<i>gnp childrens chewables/i</i>	134
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	63	<i>gnp childrens ibuprofen</i>	4
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	63	<i>gnp clearlax</i>	89
<i>gnp 8 hour arthritis reli</i>	1	<i>gnp clotrimazole 3</i>	96
<i>gnp 8 hour pain relief</i>	1	<i>gnp cold & cough children</i>	162

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>gnp co q-10</i>	122	<i>gnp milk of magnesia</i>	89
<i>gnp co q10</i>	122	<i>gnp mineral oil</i>	89
<i>gnp cough dm er</i>	162	<i>gnp motion sickness relie</i>	86
<i>gnp d 1000</i>	134	<i>gnp mucus dm maximum stre</i>	162
<i>gnp day time cold/flu</i>	162	<i>gnp mucus er</i>	162
<i>gnp esomeprazole magnesi</i>	94	<i>gnp mucus relief</i>	162
<i>gnp essential one daily</i>	134	<i>gnp mucus relief dm</i>	162
<i>gnp fiber-caps</i>	89	<i>gnp mucus relief pe</i>	162
<i>gnp fiber powder</i>	89	<i>gnp naproxen</i>	4
<i>gnp fiber therapy</i>	89	<i>gnp naproxen sodium</i>	4
<i>gnp fish oil</i>	122	<i>gnp nasal decongestant</i>	162
GNP FISH OIL CAP 840MG	122	<i>gnp nasal decongestant/ma</i>	163
<i>gnp fish oil maximum stre</i>	122	<i>gnp nasal decongestant pe</i>	163
<i>gnp fluticasone propionat</i>	176	<i>gnp nasal four spray</i>	163
<i>gnp folic acid</i>	135	<i>gnp nasal moisturizing</i>	173
<i>gnp gas relief</i>	92	<i>gnp nasal spray</i>	163
<i>gnp gas relief extra stre</i>	92	<i>gnp nasal spray extra moi</i>	163
<i>gnp gentle laxative</i>	89	<i>gnp nasal spray fast acti</i>	163
GNP GLUCOSE CHW GRAPE	77	<i>gnp nicotine gum</i>	61
GNP GLUCOSE CHW ORANGE	77	<i>gnp nicotine mini lozenge</i>	62
GNP GLUCOSE CHW RASPBERRY	77	<i>gnp nicotine polacrilex</i>	62
GNP GLUCOSE CHW WATERMLN	77	<i>gnp nicotine polacrilex m</i>	62
<i>gnp hair/skin/nails</i>	135	<i>gnp nicotine transdermal</i>	62
<i>gnp healthy eyes</i>	135	<i>gnp night time cold & flu</i>	163
<i>gnp hydrocortisone</i>	182	<i>gnp night time cough</i>	163
<i>gnp hydrocortisone/aloe</i>	182	<i>gnp no drip nasal spray</i>	163
<i>gnp hydrocortisone maximu</i>	182	<i>gnp omeprazole</i>	94
<i>gnp hydrocortisone plus</i>	182	<i>gnp one daily mens health</i>	135
<i>gnp ibuprofen</i>	4	<i>gnp one daily womens heal</i>	135
<i>gnp ibuprofen childrens</i>	4	<i>gnp one daily womens meta</i>	135
<i>gnp ibuprofen infants</i>	4	<i>gnp pain & fever children</i>	2
<i>gnp infants pain/fever</i>	2	<i>gnp pain relief</i>	2
<i>gnp iron</i>	98	<i>gnp pain relief extra str</i>	2
<i>gnp lansoprazole</i>	94	<i>gnp pink bismuth</i>	84
<i>gnp lice treatment</i>	189	<i>gnp pseudoephedrine hcl 1</i>	163
<i>gnp little ones childrens</i>	135	<i>gnp pseudoephedrine hcl e</i>	163
<i>gnp loperamide hydrochlor</i>	84	GNP QUICK DISSOLVE GLUCOS	77
<i>gnp loratadine</i>	158	<i>gnp senna lax</i>	89
<i>gnp loratadine childrens</i>	158	<i>gnp senna plus</i>	89
<i>gnp lubricating plus eye</i>	154	<i>gnp sinus + headache for</i>	163
<i>gnp mega multi for men</i>	135	<i>gnp sinus pressure/pain</i>	163
<i>gnp mega multi for women</i>	135	<i>gnp stomach relief</i>	84
<i>gnp miconazole 1 combinat</i>	96	<i>gnp stool softener</i>	89
<i>gnp miconazole 3</i>	96	<i>gnp stool softener/stimul</i>	89
<i>gnp miconazole 7</i>	96	<i>gnp tab tussin</i>	163
<i>gnp miconazorb af</i>	180	<i>gnp tab tussin dm</i>	163

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>gnp terbinafine hydrochlo</i>	180	<i>goodsense ibuprofen infan</i>	4
<i>gnp therapeutic-m</i>	135	<i>goodsense lansoprazole</i>	94
<i>gnp tolnaftate</i>	180	<i>goodsense lice killing cr</i>	189
<i>gnp triple antibiotic</i>	178	<i>goodsense lubricating plu</i>	154
<i>gnp triple antibiotic plu</i>	178	<i>goodsense mucus relief ch</i>	163
<i>gnp tussin cf cough & col</i>	163	<i>goodsense naproxen sodium</i>	5
<i>gnp tussin cough long act</i>	163	<i>goodsense nicotine</i>	62
<i>gnp tussin dm cough</i>	163	<i>goodsense nicotine gum</i>	62
<i>gnp tussin dm cough/chest</i>	163	<i>goodsense nicotine polacr</i>	62
<i>gnp tussin dm max</i>	163	<i>goodsense nighttime cold</i>	163
<i>gnp tussin mucus & chest</i>	163	<i>goodsense nighttime cough</i>	163
<i>gnp urinary pain relief</i>	95	<i>goodsense pain & fever ch</i>	2
<i>gnp vitamin a</i>	135	<i>goodsense pain & fever in</i>	2
<i>gnp vitamin b-6</i>	135	<i>goodsense pain relief</i>	2
<i>gnp vitamin c</i>	135	<i>goodsense pain relief ext</i>	2
<i>gnp vitamin c/rose hips</i>	135	<i>goodsense tussin cf</i>	163
<i>gnp vitamin c w/rose hips</i>	135	<i>goodsense tussin dm coug</i>	163
<i>gnp vitamin d</i>	135	<i>goodsense tussin dm max</i>	163
<i>gnp vitamin d3</i>	135	<i>granisetron hcl</i>	86
<i>gnp vitamin d3 extra stre</i>	135	GRAPE SYP	109
<i>gnp vitamin d maximum str</i>	135	<i>griseofulvin microsize</i>	11
<i>gnp vitamin d super stren</i>	135	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	11
<i>gnp vitamin e</i>	135	<i>guaifenesin</i>	164
<i>gnp vitamin e water dispe</i>	135	<i>guaifenesin ac</i>	164
<i>gnp wart remover</i>	185	<i>guaifenesin-codeine soln 100-10 mg/5ml</i> ..	164
<i>gnp womens gentle laxativ</i>	89	<i>guanfacine hcl</i>	44
GOLD BOND CRE HEALING	185	<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	57
GOLD BOND OIN HEALING	185	GUMMI BEAR MULTIVITAMIN/M	135
<i>goodsense all day allergy</i>	158	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	77
<i>goodsense aller-ease</i>	158	GVOKE KIT	77
<i>goodsense allergy relief</i>	158	GVOKE PFS	78
<i>goodsense anti-diarrheal</i>	84	H	
<i>goodsense arthritis pain</i>	2	HAEGARDA	100, 101
<i>goodsense aspirin</i>	2	<i>hailey 1.5/30</i>	70
<i>goodsense aspirin adults</i>	2	<i>hailey 24 fe</i>	70
<i>goodsense clearlax</i>	89	HAIR/SKIN/ CAP NAILS	135
<i>goodsense cough dm</i>	163	<i>hair/skin/nails</i>	135
<i>goodsense cough dm childr</i>	163	HAIR SKIN & TAB NAILS AD	135
<i>goodsense day time cold &</i>	163	<i>halobetasol propionate</i>	182
<i>goodsense daytime cold &</i>	163	<i>haloette</i>	70
<i>goodsense electrolyte</i>	111	<i>haloperidol</i>	50
<i>goodsense esomeprazole ma</i>	94	<i>haloperidol decanoate</i>	50
<i>goodsense first aid antib</i>	179	<i>haloperidol lactate</i>	50
<i>goodsense hemorrhoidal oi</i>	185	HARVONI PAK 33.75-150MG	15
<i>goodsense ibuprofen</i>	4	HARVONI PAK 45-200MG	16
<i>goodsense ibuprofen child</i>	4		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
HARVONI TAB 45-200MG	16	<i>hm arthritis pain relief</i>	2
HARVONI TAB 90-400MG	16	<i>hm aspirin</i>	2
HAVRIX	106	<i>hm aspirin ec low dose</i>	2
H-COSMETIC CRE ARBEM	109	<i>hm bacitracin</i>	179
<i>head congestion/mucus</i>	164	<i>hm biotin</i>	136
<i>healthy eyes</i>	135	<i>hm calcium citrate+d3 pet</i>	118
HEALTHY EYES CAP SUPERVIS	135	<i>hm calcium/vitamin d/mine</i>	118
<i>healthy eyes/lutein/zeaxa</i>	135	<i>hm cetirizine hydrochlori</i>	158
<i>healthy hair skin & nails</i>	135	<i>hm chest congestion relie</i>	164
HEALTHY KIDS CHW GUMMIES	135	<i>hm clearlax</i>	89
<i>healthy kids vitamin d3</i>	136	<i>hm cold & cough childrens</i>	164
<i>healthylax</i>	89	<i>hm cold & sinus relief</i>	164
<i>heartburn relief</i>	87	HM COMPLETE TAB MEN	136
<i>heartburn relief extra st</i>	82	<i>hm complete women</i>	136
<i>heartburn relief maximum</i>	87	<i>hm cough dm</i>	164
<i>heather</i>	70	<i>hm daytime severe cold/fl</i>	164
<i>h-e-b oral electrolyte so</i>	111	<i>hm double antibiotic</i>	179
HEMATEX	98	<i>hm dry eye relief</i>	154
HEMATEX POLYSACCHARIDE IR	98	<i>hm enema mineral oil</i>	89
HEMATOGEN FA CAP	98	<i>hm enema saline laxative</i>	89
HEMOCYTE PLS CAP	98	<i>hm esomeprazole magnesium</i>	94
HEPARIN/NACL INJ 25000UNT	97	<i>hm e vitamin</i>	136
<i>heparin sodium (porcine)</i>	97	<i>hm fexofenadine hydrochlo</i>	158
HEPLISAV-B	106	<i>hm gas relief</i>	92
HEP SOD/D5W INJ 20000UNT	97	<i>hm gas relief extra stren</i>	92
HEP SOD/D5W INJ 25000UNT	97	<i>hm gas relief infants</i>	93
HEP SOD/NACL INJ 12500UNT	97	<i>hm gentle laxative</i>	89
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	97	HM HAIR/SKIN TAB /NAILS	136
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	27	<i>hm hydrocortisone/aloe ma</i>	182
HERCEPTIN	27	<i>hm hydrocortisone plus</i>	182
HERZUMA	27	<i>hm ibuprofen</i>	5
HIBERIX	106	<i>hm ibuprofen childrens</i>	5
HIGH POTENCY TAB MULTIVIT	136	<i>hm laxative</i>	89
HIGH POTENCY TAB MV/FA	136	<i>hm loratadine</i>	158
HI POT MV/ TAB BETA-CAR	136	<i>hm loratadine childrens</i>	158
HISTEX	158	<i>hm lubricating tears</i>	154
HISTEX-DM SYP	164	<i>hm magnesium citrate</i>	89
<i>hm acetaminophen children</i>	2	<i>hm milk of magnesia</i>	90
<i>hm adult aspirin</i>	2	<i>hm motion sickness</i>	86
<i>hm all day allergy childr</i>	158	<i>hm mucus relief dm</i>	164
<i>hm allergy relief</i>	158	<i>hm naproxen sodium</i>	5
<i>hm allergy relief & nasal</i>	164	<i>hm nasal decongestant 12</i>	164
<i>hm allergy relief nasal s</i>	176	<i>hm nasal decongestant pe</i>	164
<i>hm antacid</i>	82	<i>hm nicotine polacrilex</i>	62
<i>hm antacid anti-gas extra</i>	82	<i>hm nicotine transdermal s</i>	62
<i>hm antacid extra strength</i>	83	<i>hm night time cold & flu</i>	164

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>hm nighttime cold & flu r</i>	164	<i>hydrocod polst-chlorphen polst er susp</i>	
<i>hm nose drops extra stren</i>	164	10-8 mg/5ml	164
<i>hm omeprazole</i>	94	<i>hydrocortisone</i>	76
<i>hm pain & fever childrens</i>	2	HYDROCORTISONE	182
<i>hm pain relief</i>	2	<i>hydrocortisone acetate (topical)</i>	182
<i>hm pain reliever</i>	2	<i>hydrocortisone/aloe maxim</i>	182
<i>hm senna</i>	90	<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	88
<i>hm stomach relief</i>	84	<i>hydrocortisone maximum st</i>	182
<i>hm stomach relief ultra</i>	84	<i>hydrocortisone (rectal)</i>	185
<i>hm stool softener</i>	90	<i>hydrocortisone (topical)</i>	182
<i>hm stool softener/stimula</i>	90	<i>hydrolatum</i>	185
<i>hm triple antibiotic</i>	179	<i>hydromet</i>	164
<i>hm triple antibiotic plus</i>	179	<i>hydromorphone hcl</i>	7
<i>hm urinary pain relief</i>	95	HYDROPHILIC OIN PETROLAT	109
<i>hm womens 50+ advanced on</i>	136	<i>hydrophor</i>	186
HOLD CHAMBER MIS ADLT LG	173	HYDROUS CRE EMULSIFI	109
HOLD CHAMBER MIS MEDIUM	173	<i>hydroxocobalamin acetate</i>	136
HOLD CHAMBER MIS SMALL	173	HYDROXOCOBAL POW	109
HONEY BEARS CHW	136	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	104
HONEY BEARS CHW IRON-ZIN	136	<i>hydroxyurea</i>	24
HUMIRA	102	<i>hydroxyzine hcl</i>	158
HUMIRA PEN	102	<i>hydroxyzine pamoate</i>	158
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START	102	HYPROMELLOSE POW 4000MPA	109
HUMIRA PEN KIT PS/UV	102	HYSINGLA ER	6
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S	102		
HUMULIN R U-500 (CONCENTR	66	I	
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	66	<i>ibandronate sodium</i>	67
<i>hydralazine hcl</i>	44	IBRANCE	27
HYDRALYTE SOL LEMONADE	111	<i>ibu</i>	5
HYDRALYTE SOL ORANGE	111	<i>ibuprofen</i>	5
HYDRASYN25 CRE	185	<i>ibuprofen childrens</i>	5
<i>hydrochlorothiazide</i>	43	<i>ibuprofen infants</i>	5
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-</i>		<i>ibuprofen junior strength</i>	5
325 mg/15ml	7	<i>icaps</i>	136
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i> 7		ICAPS AREDS TAB FORMULA	136
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-</i>		<i>icaps lutein & omega-3</i>	136
325 mg	7	<i>icaps mv</i>	136
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-</i>		<i>icatibant acetate</i>	101
325 mg	7	<i>iclevia</i>	70
<i>hydrocodone bitart-homatropine</i>		ICLUSIG	27
<i>methylbromide tab 5-1.5 mg</i>	164	IDACIO (2 PEN)	102
<i>hydrocodone bitart-homatropine</i>		IDACIO (2 SYRINGE)	102
<i>methylbrom soln 5-1.5 mg/5ml</i>	164	IDACIO CROHN INJ DISEASE	102
<i>hydrocodone bitartrate</i>	6	IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS	102
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	7	IDEAL BOWEL SUPPORT	84
		IDHIFA	27

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
IHEALTH 2-PK KIT COVID-19	9	IPOL INJ INACTIVE	106
IHEALTH 5-PK KIT COVID-19	9	<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3)</i>	
IHEALTH 40PK KIT COVID-19	9	<i>mg/3ml</i>	156
<i>imatinib mesylate</i>	27	<i>ipratropium bromide</i>	156
IMBRUVICA	27, 28	<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	156
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i>		<i>irbesartan</i>	39
250 mg	9	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-</i>	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i>		12.5 mg	37
500 mg	9	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-</i>	
<i>imipramine hcl</i>	47	12.5 mg	37
<i>imiquimod</i>	186	<i>irinotecan hcl</i>	24
IMMUNE CHW SUPPORT	136	IRON	99
IMMUNE SUPP POW VIT C	136	<i>iron 27</i>	99
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	106	IRON CHEWS PEDIATRIC	99
INBRIJA	48	<i>iron infant & toddler</i>	99
<i>incassia</i>	70	<i>iron infant/toddler</i>	99
INCRELEX	79	<i>iron slow release</i>	99
INCRUSE ELLIPTA	156	<i>iron supplement</i>	99
<i>indapamide</i>	43	<i>iron supplement childrens</i>	99
INDICAID KIT COVID-19	9	IRON UP	99
INFANRIX INJ	106	IROSPAN 24/6 MIS	99
<i>infants ibuprofen</i>	5	<i>is-d 10,000</i>	136
INFED	99	ISENTRESS	13
INFLIXIMAB	102	ISENTRESS HD	13
INFUVITE INJ PEDIATRI	136	<i>isibloom</i>	70
INJECTAFER	99	ISOLYTE-P INJ /D5W	112
INLYTA	28	ISOLYTE-S INJ	112
INQOVI TAB 35-100MG	21	ISOLYTE-S INJ PH 7.4	112
INREBIC	28	<i>isoniazid</i>	15
INSPIRACHAMB MIS LARGE	173	<i>isosorbide dinitrate</i>	44
INSPIRACHAMB MIS MEDIUM	173	<i>isosorbide mononitrate</i>	44
INSPIRACHAMB MIS MOUTH PCE	173	<i>isotretinoin</i>	178
INSPIRACHAMB MIS SMALL	173	<i>isradipine</i>	42
INSPIREASE MIS DD SYST	173	<i>itch relief extra strengt</i>	186
INSULIN PEN NEEDLES\ BD/NOVO	66	<i>itraconazole</i>	11
INSULIN SAFETY NEEDLES	66	<i>ivabradine hcl</i>	44
INSULIN SYRINGES\ BD	66	<i>ivermectin</i>	9
INTEGRA F CAP	99	<i>i-vite</i>	136
INTEGRA PLUS CAP	99	IWILFIN	24
INTELENCE	13	IXCHIQ INJ	106
INTELISWAB KIT COVID-19	9	IXIARO INJ	106
INTRALIPID	114		
<i>introvale</i>	70	J	
INVEGA HAFYERA	50	JAKAFI	28
INVEGA SUSTENNA	50	<i>jantoven</i>	97
INVEGA TRINZA	50	JANUMET TAB 50-500MG	64

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
JANUMET TAB 50-1000	64	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl</i>	
JANUMET XR TAB 50-500MG	64	<i>0.9% inj</i>	113
JANUMET XR TAB 50-1000	64	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl</i>	
JANUMET XR TAB 100-1000	64	<i>0.45% inj</i>	113
JANUVIA	64	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	113
JARDIANCE	64	KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	113
<i>jasmiel</i>	70	<i>kelnor 1/35</i>	70
<i>javygtor</i>	79	<i>kelnor 1/50</i>	70
JAYPIRCA	28	KERADAN CRE	186
JENTADUETO TAB 2.5-500	64	KERENDIA	36
JENTADUETO TAB 2.5-850	64	KESIMPTA	60
JENTADUETO TAB 2.5-1000	64	<i>ketoconazole</i>	11
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	64	<i>ketoconazole (topical)</i>	180, 181
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	64	KETO-DIASTIX TES	79
<i>jinteli</i>	76	<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>	153
<i>jolessa</i>	70	<i>ketotifen fumarate (ophth)</i>	153
<i>juleber</i>	70	KEVZARA	102, 103
JULUCA TAB 50-25MG	14	KEYTRUDA	28
<i>junel 1.5/30</i>	70	<i>kids first vitamin d3 gum</i>	136
<i>junel 1/20</i>	70	KIDZ MULTVIT CHW PROBIOTI	136
<i>junel fe 1.5/30</i>	70	KIMONO COLOR MIS	70
<i>junel fe 1/20</i>	70	KIMONO MAXX MIS LG FLARE	70
<i>junel fe 24</i>	70	KIMONO MICRO MIS THIN	70
JYLAMVO	104	KIMONO MICRO MIS THIN +	70
JYNNEOS	106	KIMONO MIS LUBRICAT	70
K		KIMONO MIS SENSATIO	70
KADCYLA	28	KIMONO PLUS MIS SPERMICI	70
<i>kaitlib fe</i>	70	KIMONO SENA MIS PLUS	70
KALA TAB	84	KIMONO SPEC MIS	70
KALYDECO	173	KINDERLYTE SOL	111
KANJINTI	28	KINDERLYTE SOL FRUIT	111
<i>kariva</i>	70	KINDERLYTE SOL GRAPE	111
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% &</i>		KINDERLYTE SOL LEM/LIME	111
<i>nacl 0.45% inj</i>	112	KINDERLYTE SOL LEMONADE	111
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl</i>		KINDERLYTE SOL ORANGE	111
<i>0.2% inj</i>	112	KINDERLYTE SOL PREMAX	111
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl</i>		KINDERLYTE SOL STRWBRY	111
<i>0.9% inj</i>	112	KINRIX INJ	106
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl</i>		<i>kionex</i>	67
<i>0.45% inj</i>	112	KISQALI 200 DOSE	28
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	112	KISQALI 200 PAK FEMARA	24
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	112	KISQALI 400 DOSE	28
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i>	112	KISQALI 400 PAK FEMARA	24
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% &</i>		KISQALI 600 DOSE	28
<i>nacl 0.45% inj</i>	113	KISQALI 600 PAK FEMARA	24
		<i>klayesta</i>	180

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>klor-con</i>	114	<i>lacosamide oral</i>	54
<i>klor-con 8</i>	114	<i>lactated ringer's solution</i>	113
<i>klor-con 10</i>	114	<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	186
<i>klor-con m10</i>	114	<i>lactobacillus</i>	85
<i>klor-con m15</i>	114	<i>lactobacillus extra stren</i>	85
<i>klor-con m20</i>	114	<i>lactobacillus probiotic</i>	85
<i>konsyl daily fiber</i>	90	LACTOSE POW	109
KONSYL DAILY FIBER	90	LACTOSE POW ANHYDROU	109
KORLYM	79	LACTOSE POW HYDROUS	109
KOSELUGO	28	LACTOSE POW MONOHYDR	109
<i>kourzeq</i>	189	<i>lactulose</i>	90
<i>kp adults 50+ daily formu</i>	136	<i>lactulose (encephalopathy)</i>	90
<i>kp adults daily formula</i>	136	<i>lamivudine</i>	13
K-PAX TAB PROF ST	136	<i>lamivudine (hbv)</i>	16
<i>kp b complex/c</i>	136	<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	14
<i>kp calcium 600+d</i>	118	<i>lamotrigine</i>	54
<i>kp calcium 600+d3</i>	118	LANAPHILIC OIN	186
<i>kp calcium citrate+d</i>	118	<i>land before time multivit</i>	137
<i>kp ferrous gluconate</i>	99	LANOLOR CRE	186
<i>kp ferrous sulfate</i>	99	<i>lanreotide acetate</i>	79
<i>kp fish oil</i>	122	<i>lansinoh lanolin</i>	186
<i>kp folic acid</i>	136	<i>lansinoh lanolin minis ni</i>	186
<i>kp mag-oxide magnesium</i>	118	<i>lansinoh lanolin nipple</i>	186
<i>kp mens 50+ daily formula</i>	136	<i>lansoprazole</i>	94
<i>kp mens daily formula</i>	136	<i>lanthanum carbonate</i>	80
KP MENS MIS DAILY PK	136	LANTUS	66
<i>kp niacin</i>	136	LANTUS SOLOSTAR	66
<i>kp omega-3 fish oil</i>	122	<i>lapatinib ditosylate</i>	28
<i>kp vision formula</i>	137	<i>l-arginine maximum streng</i>	122
<i>kp vision formula w/lutei</i>	137	L-ARGININE POW	122
<i>kp vitamin b-6</i>	137	<i>larin 1.5/30</i>	71
<i>kp vitamin d</i>	137	<i>larin 1/20</i>	71
<i>kp vitamin d3</i>	137	<i>larin 24 fe</i>	71
<i>kp vitamin e</i>	137	<i>larin fe 1.5/30</i>	71
<i>kp womens 50+ daily formu</i>	137	<i>larin fe 1/20</i>	71
<i>kp womens daily formula</i>	137	<i>latanoprost</i>	153
KP WOMENS PAK DAILY	137	<i>laxative maximum strength</i>	90
KRAZATI	28	<i>laxative regular strength</i>	90
KROG GLUCOSE CHW ORANGE	78	<i>layolis fe</i>	71
KROG GLUCOSE CHW RASPBERRY	78	L-CARNITINE POW	109
KROG GLUCOSE CHW WATERMLN	78	L-CITRULLINE POW	109
<i>kurvelo</i>	70	LEADER FINGE CRE	186
L		LEADER QUICK DISSOLVE GLU	78
<i>labetalol hcl</i>	41	<i>leena</i>	71
<i>lacosamide</i>	54	<i>leflunomide</i>	104
		<i>lenalidomide</i>	23

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	28	levo-t	81
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	29	levothyroxine sodium	81
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	29	levoxyl	81
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	29	L-GLUTAMINE POW	122
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	29	<i>l</i> -glutamine (<i>sickle cell</i>)	101
LENVIMA CAP 14 MG	29	L-GLUTATHION CRY	122
LENVIMA CAP 18 MG	29	LIBERVANT	54
LENVIMA CAP 24 MG	29	<i>lice killing maximum stre</i>	189
<i>lessina</i>	71	<i>lice killing shampoo</i>	189
<i>letrozole</i>	22	<i>lice treatment creme rins</i>	189
<i>leucovorin calcium</i>	34	<i>lidocaine</i>	183, 186
LEUKERAN	21	<i>lidocaine hcl</i>	183
<i>leuprolide acetate</i>	22	<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	8
<i>levalbuterol hcl</i>	159	<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	189
<i>levalbuterol tartrate</i>	160	<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>	183
<i>levetiracetam</i>	54	<i>lidocan</i>	183
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 500 mg/100ml	54	LIFE PACK MIS MENS	137
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1000 mg/100ml	54	LIFE PACK MIS WOMENS	137
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1500 mg/100ml	54	<i>linezolid</i>	9
<i>levobunolol hcl</i>	153	LINEZOLID INJ 2MG/ML	10
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>	79	LINZESS	93
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	158	<i>liothyronine sodium</i>	81
<i>levofloxacin</i>	18	LIP BALM OIN BASE	109
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	18	LIPOIC ACID	123
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i> ...	18	LIPOPEN CRE ARBEM	109
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	18	LIQ-10 SYP 50-15/5	123
<i>levonest</i>	71	<i>liquid acetaminophen</i>	2
<i>levonor-eth est tab 0.15-</i> 0.02/0.025/0.03 mg ð est 0.01 mg	71	LIQUID CALCI CAP WITH D3	118
<i>levonorgestrel (emergency oc)</i>	71	<i>liquid calcium/d3</i>	118
<i>levonorgestrel-eth estra tab</i> 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg	71	<i>liquid calcium/vitamin d</i>	118
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day)</i> <i>tab 0.15-0.03 mg</i>	71	<i>lisinopril</i>	36
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab</i> 0.1 mg-20 mcg	71	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-</i> 12.5 mg	35
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab</i> 0.15 mg-30 mcg	71	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-</i> 12.5 mg	35
<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth</i> <i>est tab 0.01mg(7)</i>	71	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-</i> 25 mg	35
<i>levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) &</i> <i>eth est tab 0.01mg(7)</i>	71	L-ISOLEUCINE POW	122
<i>levora 0.15/30-28</i>	71	<i>lithium</i>	59
		<i>lithium carbonate</i>	59
		LITTLE REMED AER MIST	173
		LITTLE REMED SOL SALINE	173
		L-LYSINE HCL POW	109
		L-LYSINE POW	109
		<i>loestrin 1.5/30-21</i>	71
		<i>loestrin 1/20-21</i>	71

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	71	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	79
<i>loestrin fe 1/20</i>	71	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	79
LOHIST-D LIQ	164	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)	79
LOHIST-DM SYP 5-2-10MG	164	<i>lurasidone hcl</i>	50
LOKELMA	67	<i>lutera</i>	71
LOLLIBASE POW	109	L-VALINE POW	122
LONSURF TAB 15-6.14	21	<i>lyleq</i>	71
LONSURF TAB 20-8.19	21	<i>lyllana</i>	76
<i>loperamide hcl</i>	85, 93	LYNPARZA	29
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml</i> (80-20 mg/ml)	14	LYSIPLEX PLUS	137
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	14	LYSODREN	22
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	15	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	29
<i>loratadine</i>	158	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	29
<i>loratadine childrens</i>	158	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	29
<i>loratadine-d 12hr</i>	164	<i>lyza</i>	71
<i>loratadine-d 24hr</i>	164	M	
<i>lorazepam</i>	45	<i>macular health formula</i>	137
<i>lorazepam intensol</i>	45	<i>macuvite</i>	137
LORBRENA	29	<i>macuvite eye care</i>	137
LORTUSS LQ LIQ	164	<i>macuvite/lutein</i>	137
<i>loryna</i>	71	MAG-AL LIQ	83
<i>losartan potassium</i>	39	<i>mag-al plus</i>	83
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide</i> <i>tab 50-12.5 mg</i>	37	<i>mag-al plus xs</i>	83
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide</i> <i>tab 100-12.5 mg</i>	37	<i>magdelay</i>	118
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide</i> <i>tab 100-25 mg</i>	37	MAG-G	118
LOTEMAX	153	MAGN CHLORID POW	118
<i>loteprednol etabonate</i>	153	MAGNESIUM	118
<i>lovastatin</i>	40	MAGNESIUM CITRATE	118
<i>low-ogestrel</i>	71	MAGNESIUM EXTRA STRENGTH	119
<i>loxapine succinate</i>	50	<i>magnesium gluconate</i>	119
<i>lubricant eye drops</i>	154	MAGNESIUM GLUCONATE	119
<i>lubricant eye nighttime</i>	154	<i>magnesium lactate</i>	119
<i>lubricating eye drops</i>	154	<i>magnesium oxide</i>	83
<i>lubricating plus eye drop</i>	154	<i>magnesium-oxide</i>	119
<i>lubricating tears eye dro</i>	154	MAGNESIUM OXIDE	119
<i>lubrifresh p.m.</i>	154	<i>magnesium oxide (mg supplement)</i>	119
LUCIRA CHECK KIT COVID-19	10	<i>magnesium sulfate</i>	113
LUMAKRAS	29	MAGNESIUM SULFATE	113
LUMIGAN	153	<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1</i> <i>gm/100ml</i>	113
LUMIZYME	79	MAGONATE LIQ 1000/5ML	119
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	22	<i>mag-oxide</i>	118
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	22	<i>malathion</i>	189
		<i>mapap</i>	2
		<i>mapap arthritis pain</i>	3

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>mapap childrens</i>	3	<i>megestrol acetate (appetite)</i>	81
<i>mapap cold formula multi-</i>	165	<i>meijer advanced formula</i>	137
<i>maraviroc</i>	13	<i>meijer advanced formula f</i>	137
MAR-COF BP LIQ 30-2-7.5	165	<i>meijer c</i>	137
MAR-COF CG LIQ 225-7.5	165	<i>meijer saline nasal spray</i>	173
<i>marlissa</i>	72	MEKINIST	29
MARPLAN	47	MEKTOVI	30
MATULANE	24	<i>meloxicam</i>	5
MAVYRET PAK 50-20MG	16	<i>memantine hcl</i>	45
MAVYRET TAB 100-40MG	16	<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i> <i>titration pack</i>	45
MAXICHLOR TAB PEH DM	165	MENACTRA INJ	106
MAXI DEET	186	M-END DMX LIQ	165
MAXIFED TAB 60-360MG	165	M-END PE LIQ	165
MAXIFED TR TAB 1.25-30	165	MENQUADFI INJ	106
MAXIMIN PAK	137	MENS 50+ CAP ADVANCED	137
MAXIMUM D3	137	MENS 50+ TAB MULTIVIT	137
<i>maximum daily green</i>	137	<i>mens daily formula/lycope</i>	137
<i>maximum epa</i>	123	MENS DAILY PAK PACK	137
<i>maxi-tuss ac</i>	165	MENS MULTI CHW	137
<i>maxi-tuss g</i>	165	MENS PAK	137
<i>maxi-tuss gmx</i>	165	MENVEO INJ	106
MAXI-TUSS JR LIQ	165	MENVEO SOL	106
MAXI-TUSS LIQ CD	165	<i>mercaptopurine</i>	21
MAXI-TUSS PE LIQ	165	<i>meribin</i>	138
MAXI-TUSS PE LIQ JR	165	<i>meropenem</i>	10
MAXI-TUSS PE LIQ MAX	165	<i>mesalamine</i>	88
MAXI-TUSS TR LIQ 1.25-30	165	<i>mesalamine w/ cleanser</i>	88
MAXX MIS LUBRICAT	72	MESNEX	34
MAXX PLUS MIS SPERMICI	72	<i>metformin hcl</i>	64
M-CLEAR WC LIQ 100-6.33	165	<i>methadone hcl</i>	6
<i>m-dryl</i>	158	<i>methadone hydrochloride i</i>	6
<i>meclizine hcl</i>	86	<i>methazolamide</i>	43
<i>medela tender care lanoli</i>	186	<i>methenamine hippurate</i>	10
<i>medicated callus removers</i>	186	<i>methimazole</i>	81
<i>medicated corn removers</i>	186	<i>methocarbamol</i>	61
MEDI-LYTE TAB	111	METHOCEL E4M POW PREMIUM	109
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	81	<i>methotrexate sodium</i>	21, 104
<i>medroxyprogesterone acetate</i> <i>(contraceptive)</i>	72	<i>methsuximide</i>	54
<i>mefloquine hcl</i>	12	METHYLCELLUL POW	109
<i>mega-marathon 100 tr</i>	137	METHYLCELLUL POW 400CPS	109
MEGA MULTI TAB MEN	137	METHYLCELLUL POW 1500CPS	109
MEGARED KIDS CHW	123	METHYLCELLUL POW 4000CPS	109
MEGAVITE TAB FRT/VEG	137	<i>methylphenidate hcl</i>	57, 58
MEGAVITE TAB GOLD 55+	137	<i>methylprednisolone</i>	76
<i>megestrol acetate</i>	22, 81	<i>methylprednisolone acetate</i>	76

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>methylprednisolone sod succ</i>	76	MILK OF MAGNESIA CONCENTR	90
<i>methyltestosterone</i>	63	<i>milltrium senior</i>	138
<i>metoclopramide hcl</i>	86	<i>mimvey</i>	76
<i>metolazone</i>	43	<i>mineral oil</i>	90
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50- 25 mg</i>	41	<i>mineral oil enema</i>	90
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100- 25 mg</i>	41	<i>minerin creme</i>	186
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100- 50 mg</i>	41	MINI WRIGHT MIS PFM	174
<i>metoprolol succinate</i>	41	MINI WRIGHT MIS PFM LOW	174
<i>metoprolol tartrate</i>	42	<i>minocycline hcl</i>	20
<i>metronidazole</i>	10	<i>minoxidil</i>	44
<i>metronidazole (topical)</i>	186	<i>mintox maximum strength</i>	83
<i>metronidazole vaginal</i>	96	<i>mintox plus</i>	83
<i>metyrosine</i>	44	<i>mirtazapine</i>	47
<i>mgo</i>	119	<i>misoprostol</i>	93
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	113	MITIGARE	1
<i>mibelas 24 fe</i>	72	M-M-R II INJ	106
<i>micafungin sodium</i>	11	M-NATAL PLUS TAB	114
MICLARA DM LIQ	165	<i>modafinil</i>	61
MICLARA LQ	158	<i>moexipril hcl</i>	36
<i>miconazole 3 combination</i>	96	MOISTURIZING CRE	186
<i>miconazole 3 combo pack</i>	96	<i>moisturizing cream</i>	186
<i>miconazole 7</i>	96	<i>molindone hcl</i>	50
<i>miconazole nitrate (topical)</i>	180	<i>mometasone furoate</i>	182
<i>miconazole nitrate vaginal</i>	96	MONJUVI	30
<i>micotrin ac</i>	180	MONOFERRIC	99
<i>micotrin al</i>	180	<i>mono-lynyah</i>	72
<i>micotrin ap</i>	180	<i>montelukast sodium</i>	171
MICROCHAMBER MIS	173	MOOD FOOD ES CAP	138
MICRODERM CRE BASE	109	MORE-DOPHILUS ACIDOPHILUS	85
<i>microgestin 1.5/30</i>	72	<i>morphine sulfat</i>	6, 7
<i>microgestin 1/20</i>	72	MORPHINE SULFATE	7
<i>microgestin 24 fe</i>	72	MORPHINE SULFATE/SODIUM C	7
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	72	<i>motion sickness relief</i>	86
<i>microgestin fe 1/20</i>	72	<i>motion sickness relief/le</i>	86
MICROLIFE MIS PEAK FLO	173	<i>motion-time</i>	86
MICROSOME CRE BASE	109	MOUNJARO	64
MICROSPACER MIS	174	MOVANTIK	93
<i>midodrine hcl</i>	44	<i>moxifloxacin hcl</i>	18
MIEBO	154	<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i>	18
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i>	79	<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	152
<i>miglustat</i>	79	<i>m-pap</i>	2
<i>mili</i>	72	MRESVIA	106
<i>milk of magnesia</i>	90	MUCINEX CGH GRA 5-100MG	165
		<i>mucinex childrens freefor</i>	165
		<i>mucinex childrens stuffy</i>	165

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
MUCINEX CHIL LIQ	165	<i>mucus relief dm cough</i>	167
MUCINEX CHLD MIS DAY/NITE	165	<i>mucus relief dm maximum s</i>	167
MUCINEX CNG/ TAB CG/CD/FL	165	<i>mucus relief er</i>	167
MUCINEX COLD CAP FLU/THRT	165	<i>mucus relief maximum stre</i>	167
<i>mucinex cough & chest con</i>	165	<i>mucus relief pe sinus con</i>	167
<i>mucinex cough childrens</i>	165	MULTAQ	39
MUCINEX D/N CAP CLD/FLU	165	<i>multi + omega-3 adult gum</i>	138
MUCINEX D/N PAK FAST/MAX	165	<i>multi adult gummies</i>	138
MUCINEX FAST CAP COLD/FLU	165	<i>multi complete/iron</i>	138
<i>mucinex fast-max chest co</i>	166	<i>multi for her</i>	138
<i>mucinex fast-max cold/flu</i>	166	<i>multi for her 50+</i>	138
<i>mucinex fast-max cold & s</i>	166	<i>multi for him</i>	138
<i>mucinex fast-max congesti</i>	166	<i>multi for him 50+</i>	138
<i>mucinex fast-max dm max</i>	166	MULTI FOR POW HIM	138
<i>mucinex fast-max dm max m</i>	166	MULTI/IRON/ DRO INF/TODD	138
<i>mucinex fast-max night ti</i>	166	<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	113
MUCINEX FAST TAB 5-10-200	165	<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	113
MUCINEX FAST TAB DAY/NITE	165	<i>multiple vitamin/minerals</i>	138
MUCINEX FOR KIDS	166	<i>multiple vitamins essenti</i>	138
<i>mucinex freefrom cold, fl</i>	166	<i>multiple vitamins/womens</i>	138
<i>mucinex freefrom severe c</i>	166	MULTISTIX 10 TES SG	79
MUCINEX FREE LIQ CLD/FLU	166	<i>multi symptom flu & sever</i>	167
MUCINEX FREE LIQ CLG/FLU	166	MULTITAM TAB	138
MUCINEX FREE LIQ DAY/NIGH	166	MULTIV INFAN DRO /TODDLER	138
MUCINEX NIGH SOL CLEAR	166	<i>multi-vitamin</i>	138
MUCINEX NIGH SOL COLD/FLU	166	<i>multivitamin</i>	138
MUCINEX NIGH SOL SV CD/FL	166	<i>multivitamin adult one da</i>	138
MUCINEX NIGH TAB COLD/FLU	166	<i>multivitamin adults</i>	138
MUCINEX NIGH TAB SIN MAX	166	<i>multivitamin adults 50+</i>	138
MUCINEX NIGH TAB SV CD/FL	166	<i>multivitamin childrens</i>	139
MUCINEX SIN CAP DAY/NGHT	166	MULTIVITAMIN CHW CHILD	139
MUCINEX SINS CAP PR/PN/CG	166	MULTIVITAMIN CHW GUMMIES	139
<i>mucinex sinus-max</i>	166	MULTIVITAMIN CHW IRON	139
<i>mucinex sinus-max clear &</i>	166	MULTIVITAMIN DRO INFANT	139
<i>mucinex sinus-max night t</i>	166	<i>multi-vitamin gummies</i>	138
<i>mucinex sinus-max severe</i>	166	<i>multivitamin gummies adul</i>	139
<i>mucinex sinus-max sinus/a</i>	166	MULTIVITAMIN GUMMIES CHIL	139
MUCINEX SINU TAB DAY/NITE	166	<i>multivitamin gummies mens</i>	139
MUCINEX SOL NIGHT	166	<i>multivitamin gummies wome</i>	139
<i>mucus & chest congestion</i>	166	MULTIVITAMIN LIQ	139
<i>mucus-dm maximum strength</i>	167	<i>multivitamin men 50+</i>	139
<i>mucus relief</i>	166	<i>multivitamin men 50+ one</i>	139
<i>mucus relief childrens</i>	166	<i>multivitamin & mineral</i>	138
<i>mucus relief cough childr</i>	166	<i>multi-vitamin/minerals</i>	138
<i>mucus relief d</i>	167	<i>multi-vitamins/iron</i>	138
<i>mucus relief dm</i>	167	MULTIVITAMIN TAB	139

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
MULTIVITAMIN TAB ADULT	139	NAMZARIC CAP 21-10MG	46
MULTIVITAMIN TAB ADULTS	139	NAMZARIC CAP 28-10MG	46
MULTIVITAMIN TAB ZINC STR	139	NAMZARIC CAP PACK	46
<i>multivitamin women</i>	139	NANOVM POW 1-3 YRS	139
<i>multivitamin women 50+</i>	139	NANOVM POW 4-8YEARS	139
<i>multivitamin womens 50+ a</i>	139	NANOVM POW 9-18 YRS	139
MULTI VITAMI TAB	138	NANOVM T/F POW	139
MULTI VITAMI TAB D-3	138	<i>naproxen</i>	5
MULTI-VITAMI TAB MONOCAPS	138	<i>naproxen dr</i>	5
MULTI VITAMN TAB MINERALS	138	<i>naproxen sodium</i>	5
MULTI-VITE LIQ	138	<i>naratriptan hcl</i>	58
<i>mupirocin</i>	179	NASADROPS SALINE ON THE G	174
MURO 128	154	<i>nasal decongestant</i>	167
MVW COMPLETE CAP D3000	139	<i>nasal decongestant pe</i>	167
MVW COMPLETE CAP D5000	139	<i>nasal decongestant pe max</i>	167
MVW COMPLETE CAP FORMULAT	139	<i>nasal decongestant spray</i>	167
MVW COMPLETE CAP MINIS	139	<i>nasal four</i>	167
MVW COMPLETE CHW GRAPE	139	<i>nasal moist</i>	174
MVW COMPLETE DRO PEDIATRI	139	<i>nasal moisturizing spray</i>	174
MVW COMPLETE FORMULATION	139	<i>nasal relief</i>	167
MVW HI-D DR LIQ EX VIT D	139	<i>nasal spray 12 hour</i>	167
MX-SOL BLEND SUS	109	<i>nasal spray extra moistur</i>	167
MX-SOL BLEND SUS SF	109	<i>nasal spray no drip</i>	167
MX-SOL SF SYP	109	NASCOBAL	139
MX-SOL SUS SUSPEND	109	<i>nasogel</i>	174
MX-SOL SYP	109	NASOPEN PE LIQ	167
<i>myamulti</i>	139	NATACYN	152
<i>my choice</i>	72	<i>nateglinide</i>	64
<i>mycophenolate mofetil</i>	105	NATPARA	67
<i>mycophenolate sodium</i>	105	NATRAPEL	186
<i>mycozyl ac</i>	180	NATRAPEL 12-HOUR TICK & I	186
<i>mycozyl al</i>	180	<i>natural c/rose hips</i>	139
<i>mycozyl ap</i>	180	<i>natural vitamin d-3</i>	140
MYRBETRIQ	95	<i>natural vitamin e</i>	140
<i>my way</i>	72	NATURAL VITAMIN E	140
N		NAYZILAM	54
<i>nabumetone</i>	5	<i>nebivolol hcl</i>	42
<i>nadolol</i>	42	<i>necon 0.5/35-28</i>	72
<i>nafcillin sodium</i>	19	<i>nefazodone hcl</i>	47
NAGLAZYME	79	<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg- 400unt-10000unt op oin</i>	152
<i>nalbuphine hcl</i>	7	<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	152
<i>naloxone hcl</i>	62	<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	151
<i>naltrexone hcl</i>	62		
NAMZARIC CAP 7-10MG	45		
NAMZARIC CAP 14-10MG	45		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone</i>		NINJACOF-A LIQ	167
<i>ophth susp 0.1%</i>	151	NINJACOF LIQ	167
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	151	NINJACOF-XG LIQ 200-8/5	167
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	155	NINLARO	30
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp</i>		<i>nitazoxanide</i>	10
3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%	155	<i>nitisinone</i>	80
<i>neomycin sulfate</i>	10	NITRO-BID	44
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt</i>		<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	10
<i>op oin</i>	152	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	10
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	151	<i>nitroglycerin</i>	44
NEOQ10	123	<i>nitroglycerin (intra-anal)</i>	186
NEO-SYNEPHRINE COLD+ALLER	167	NIVANEX DMX TAB	167
NEPHPLEX RX TAB	140	<i>nizatidine</i>	87
NEPHRONEX LIQ 0.9/5ML	140	<i>no drip nasal spray</i>	167
NEPHRON FA TAB	99	<i>nohist-dm</i>	167
NERLYNX	30	<i>nohist-lq</i>	167
NEUPRO	48	<i>nora-be</i>	72
NEUTROGENA CRE HAND	186	NOREL AD TAB 4-10-325	167
<i>nevirapine</i>	13	<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk</i>	
<i>new day</i>	72	150-35 mcg/24hr	72
NEWFLORA CAP PROBIOTI	85	<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew</i>	
NEXAVAR	30	<i>tab 1 mg-20 mcg (24)</i>	73
NEXLETOL	40	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe</i>	
NEXLIZET TAB 180/10MG	40	<i>tab 1 mg-20 mcg</i>	73
<i>niacin</i>	140	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab</i>	
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	40	1.5 mg-30 mcg	72
NIACIN TR	140	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab</i>	
<i>niavasc</i>	140	1 mg-20 mcg	72
<i>niavasc 750</i>	140	<i>norethindrone acetate</i>	81
<i>nicardipine hcl</i>	42	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab</i>	
NICE DISTILL LIQ WATER	109	0.5 mg-2.5 mcg	76
<i>nicotine</i>	62	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab</i>	
<i>nicotine mini lozenge</i>	62	1 mg-5 mcg	76
<i>nicotine polacrilex</i>	62	<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab</i>	
<i>nicotine polacrilex mini</i>	62	1-20/1-30/1-35 mg-mcg	72
NICOTINE SYS KIT TRANSDER	62	<i>norethindrone (contraceptive)</i>	72
<i>nicotine transdermal syst</i>	62	<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew</i>	
NICOTROL INHALER	62	<i>tab 0.4 mg-35 mcg</i>	72
NICOTROL NS	62	<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew</i>	
<i>nifedipine</i>	42	<i>tab 0.8 mg-25 mcg</i>	72
NIFEREX TAB	99	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-</i>	
<i>nighttime cold/flu relief</i>	167	25/0.25-25 mg-mcg	73
<i>nighttime cough</i>	167	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-</i>	
<i>nikki</i>	72	35/0.25-35 mg-mcg	73
<i>nilutamide</i>	22	<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab</i>	
<i>nimodipine</i>	42	0.25 mg-35 mcg	73

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>norlyroc</i>	73	<i>octreotide acetate</i>	80
NORPACE CR	39	OCULAR TAB VITAMINS	140
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	73	<i>ocutabs</i>	140
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	73	<i>ocutabs/lutein</i>	140
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	73	<i>ocutabs vision formula</i>	140
<i>nortrel 7/7/7</i>	73	OCUVITE CAP ADULT	140
<i>nortriptyline hcl</i>	47	<i>ocuvite extra</i>	140
NORVIR	13	<i>ocuvite eye + multi</i>	140
<i>norwegian salmon oil</i>	123	<i>ocuvite eye health gummie</i>	140
NOVAFERRUM 125	99	OCUVITE LUTE CAP	140
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROP	99	<i>ocuvite/lutein</i>	140
NOVAMV PED DRO 10MG/ML	140	ODEFSEY TAB	15
NOVOLIN INJ 70/30	66	ODOMZO	30
NOVOLIN INJ 70/30 FP	66	OFEV	174
NOVOLIN N	66	OFF ACTIVE	186
NOVOLIN N FLEXPEN	66	OFF DEEP WOODS	186
NOVOLIN R	66	OFF DEEP WOODS DRY	186
NOVOLIN R FLEXPEN	66	OFF DEEP WOODS SPORTSMEN	187
NOVOLOG MIX INJ 70/30	66	OFF DEEP WOODS TOWELETTES	187
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	66	OFF FAMILYCARE CLEAN FEEL	187
NUBEQA	23	OFF FAMILYCARE SMOOTH & D	187
NUDEXTA CAP 20-10MG	59	OFF FAMILYCARE TROPICAL F	187
NUFERA TAB	99	OFF FAMILYCARE UNSCENTED	187
<i>nu-iron 150</i>	99	OFF SMOOTH & DRY	187
NULOJIX	105	<i>ofloxacin (ophth)</i>	152
NU-MAG TAB 71.5-119	119	<i>ofloxacin (otic)</i>	156
<i>numbcream</i>	186	OGIVRI	30
NUPLAZID	50	OGSIVEO	30
NURTEC	58	OINTMENT OIN BASE	187
NUTRADERM CRE	186	OJEMDA	30
NUTRILIPID	114	OJJAARA	30
NUZYRA	20	<i>olanzapine</i>	50
<i>nyamyc</i>	180	<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	38
<i>nylia 1/35</i>	73	<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	38
<i>nylia 7/7/7</i>	73	<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	38
NYMALIZE	42	<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>	38
<i>nymyo</i>	73	<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	38
<i>nystatin</i>	11	<i>olmesartan medoxomil</i>	39
<i>nystatin (mouth-throat)</i>	189	<i>olmesartan medoxomil-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	37
<i>nystatin (topical)</i>	180		
<i>nystop</i>	180		
O			
<i>ocean for kids</i>	174		
<i>ocella</i>	73		
OCTAGAM	105		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>olmesartan medoxomil-</i>		<i>one-a-day teen advantage</i>	141
<i>hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	38	ONE-DAILY CAP MULTI	141
<i>olmesartan medoxomil-</i>		<i>one daily complete</i>	140
<i>hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	38	<i>one daily for men 50+ adv</i>	140
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	41	<i>one daily for men/lycopen</i>	140
OMEGA-3 CAP 350MG	123	<i>one daily for women</i>	140
OMEGA-3 CAP 1400MG	123	<i>one daily for women 50+a</i>	140
OMEGA-3 CAP FISH OIL	123	<i>one daily healthy weight</i>	140
<i>omega-3 fatty acids</i>	123	<i>one-daily/iron</i>	141
<i>omega-3 microgel improved</i>	123	<i>one daily/iron/calcium</i>	141
OMEGA BABY EMU PRENATAL	123	<i>one daily maximum</i>	140
<i>omega iii epa+dha</i>	123	<i>one daily mens 50+ multiv</i>	140
OMEGA MONOPU CAP 1300MG	123	<i>one daily mens health/lyc</i>	140
<i>omegapure 600 ec</i>	123	<i>one daily mens multivitam</i>	141
OMEGAPURE CAP 780 EC	123	<i>one daily/minerals</i>	141
OMEGAPURE CAP 900 EC	123	<i>one-daily multi-vitamin</i>	141
<i>omeprazole</i>	94	<i>one daily multivitamin ad</i>	141
<i>omeprazole magnesium</i>	94	<i>one-daily multi-vitamin/i</i>	141
OMERA CAP 750MG	123	<i>one daily multivitamin/ir</i>	141
OMNICAP TAB	140	<i>one-daily multi-vitamin/m</i>	141
OMNIPOD 5 DX KIT INT G7G6	66	<i>one-daily multi vitamins</i>	141
OMNIPOD 5 DX MIS POD G7G6	66	ONE DAILY TAB ESSENTL	141
OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO	66	ONE DAILY TAB MENS 50+	141
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS	66	ONE DAILY TAB WMNS 50+	141
OMNIPOD DASH KIT INTRO	66	<i>one daily womens 50+</i>	141
OMNIPOD DASH MIS PODS	66	<i>one daily womens 50 plus</i>	141
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY	66	<i>onelax senna</i>	90
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY	66	ON/GO COVID KIT ANTIGEN	10
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	66	ON/GO ONE KIT COVID-19	10
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY	66	ONTRUZANT	30
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY	66	ONUREG	22
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY	66	<i>opcicon one-step</i>	73
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY	66	OPSUMIT	45
OMNIPOD MIS CLASSIC	66	OPTICHAMBER MIS DIA LG	174
ONCOVITE TAB	140	OPTICHAMBER MIS DIA MD	174
<i>ondansetron</i>	86	OPTICHAMBER MIS DIAMOND	174
<i>ondansetron hcl</i>	86	OPTICHAMBER MIS DIA SM	174
ONE-A-DAY CHW IMMUNITY	141	<i>optic-vites</i>	141
ONE-A-DAY CHW VITACRAV	141	OPTIFAST POS CHW BARIATRI	141
ONE-A-DAY TAB 50+ ADV	141	<i>optimal d3</i>	141
ONE-A-DAY TAB 50+ WMN	141	OPTIMAL D3 M	141
ONE-A-DAY TAB 65+	141	OPTIMAL D3 M CAP	141
ONE-A-DAY TAB ENERGY	141	<i>optimal d3 pack</i>	141
ONE-A-DAY TAB MENOPAUS	141	<i>optimum pms</i>	141
ONE-A-DAY TAB MENS	141	<i>option 2</i>	73
ONE-A-DAY TAB TEEN/HIM	141	OPTISOURCE CHW BARIATRC	141

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
OPURITY CHW BYPASS	142	OXYTROL FOR WOMEN	95
ORA-BLEND SF SUS	109	<i>oysco 500+d</i>	119
ORA-BLEND SUS	109	<i>oyster shell</i>	119
ORAL MIX SF SUS	110	<i>oyster shell calcium + d</i>	119
ORAL MIX SUS SUSPENDI	110	<i>oyster shell calcium+d</i>	119
ORAL SUSPEND LIQ	110	<i>oyster shell calcium + d3</i>	119
ORAL SYP FLAVORED	110	<i>oyster shell calcium/d3</i>	119
ORAL SYP SF	110	<i>oyster shell calcium plus</i>	119
<i>oralyte</i>	112	<i>oyster shell calcium/vita</i>	119
ORAPENN SD LIQ SWEET	110	OYST SHELL/D TAB 500MG	119
ORAPENN SD LIQ UNSWEET	110	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	64
ORA-PLUS LIQ	110	OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE)	64
ORA-SWEET SF SYP	110	OZEMPIC (1MG/DOSE)	64
ORA-SWEET SYP	110	OZEMPIC (2MG/DOSE)	64
<i>orazinc</i>	119	P	
ORGOVYX	23	<i>pacerone</i>	39
ORKAMBI GRA 75-94MG	174	<i>paclitaxel</i>	24
ORKAMBI GRA 100-125	174	<i>paclitaxel protein-bound particles for iv</i>	
ORKAMBI GRA 150-188	174	<i>susp 100 mg</i>	24
ORKAMBI TAB 100-125	174	<i>pain & fever childrens</i>	3
ORKAMBI TAB 200-125	174	<i>pain & fever infants</i>	3
ORSERDU	23	<i>pain relief extra strengt</i>	3
<i>os-cal</i>	119	<i>paliperidone</i>	51
<i>os-cal calcium + d3</i>	119	<i>pamidronate disodium</i>	67
<i>os-cal extra d3</i>	119	PAMIDRONATE DISODIUM	67
<i>oseltamivir phosphate</i>	16	PANDA MASK MIS LARGE	174
OSTEO-VIT3	142	PANDA MASK MIS MEDIUM	174
OTEZLA	103	PANDA MASK MIS PEDIATRI	174
OTEZLA TAB 10/20	103	PANDA MASK MIS SMALL	174
OTEZLA TAB 10/20/30	103	PANRETIN	187
<i>ovega-3</i>	123	<i>pantoprazole sodium</i>	94
OVIDREL	80	PANZYGA	105
<i>oxacillin sodium</i>	19	<i>paraplatin</i>	21
<i>oxaliplatin</i>	21	<i>paricalcitol</i>	82
<i>oxcarbazepine</i>	54	<i>paroxetine hcl</i>	47
<i>oxybutynin chloride</i>	95	PARVLEX TAB	142
<i>oxycodone hcl</i>	7	PAXLOVID TAB 150-100	16
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-</i>		PAXLOVID TAB 300-100	16
<i>325 mg</i>	7	<i>pazopanib hcl</i>	30
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab</i>		PCCA BASE CRE 7542	110
<i>5-325 mg</i>	7	PCCA EMOLLIE CRE BASE	110
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-</i>		<i>pc pediatric iron drops</i>	99
<i>325 mg</i>	7	<i>pc pediatric tri-vitamin</i>	142
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-</i>		PEAK AIR FLO MIS ADLT/PED	174
<i>325 mg</i>	8	PEAK FLOW MIS METER	174
OXYCONTIN	6		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
PEAK FLW MTR MIS ADULT	174	<i>pharbetol</i>	3
PEAK FLW MTR MIS CHILD	174	<i>pharbetol extra strength</i>	3
PEDIACLEAR PD CHILDRENS	158	PHARMABASE CRE ANTIOXID	110
PEDIA-LAX	90	PHARMABASE CRE COSMETIC	110
PEDIARIX INJ 0.5ML	107	PHARMABASE CRE LIGHT	110
<i>pediatric electrolyte fre</i>	112	PHARMABASE CRE VAGINAL	110
<i>pedia vance</i>	112	<i>pharmacist choice d-vitam</i>	142
PEDIAVENT	158	<i>phenelzine sulfate</i>	47
PED POLY-VIT DRO	142	<i>phenobarbital</i>	54
PED POLY-VIT DRO /IRON	142	<i>phenobarbital sodium</i>	55
PEDVAX HIB	107	<i>phenylephrine hcl (oral)</i>	167
PEG 1000 LIQ	110	<i>phenylephrine w/ dm-gg liqd 10-18-</i> <i>200 mg/15ml</i>	167
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for</i> <i>soln 236 gm</i>	90	<i>phenylephrine w/ dm-gg tab 10-17.5-</i> <i>385 mg</i>	168
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420</i> <i>gm</i>	90	<i>phenytek</i>	55
PEG 3350 POW	110	<i>phenytoin</i>	55
PEGASYS	16	<i>phenytoin sodium</i>	55
PEG BLEND OIN	110	<i>phenytoin sodium extended</i>	55
PEG OIN	110	PHESGO SOL	30
PEMAZYRE	30	<i>philith</i>	73
<i>pemetrexed disodium</i>	22	PHLEXY-VITS POW	142
PENBRAYA INJ	107	PHYTOBASE CRE	110
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	19	PHYTOMULTI TAB	142
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	19	<i>phytonadione</i>	142
<i>penicillamine</i>	68	PIFELTRO	13
<i>penicillin g potassium</i>	19	PIKO 1 MIS ELECTRON	174
<i>penicillin g sodium</i>	19	<i>pilocarpine hcl</i>	153
<i>penicillin v potassium</i>	19	<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	189
PEN-KERA CRE	187	PILOT COVID KIT HOME TES	10
PENTACEL INJ	107	<i>pimozide</i>	51
<i>pentamidine isethionate inh</i>	10	<i>pimtrea</i>	73
<i>pentamidine isethionate inj</i>	10	<i>pin-away</i>	10
<i>pentoxifylline</i>	101	<i>pindolol</i>	42
PENTRAVAN CRE	187	<i>pinworm medicine</i>	10
PENTRAVAN CRE PLUS	187	<i>pioglitazone hcl</i>	64
<i>perindopril erbumine</i>	36	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-</i> <i>500 mg</i>	64
<i>periogard</i>	189	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-</i> <i>850 mg</i>	65
<i>permethrin</i>	189	<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj</i> <i>3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	19
<i>perphenazine</i>	51	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> <i>2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	20
PERSERIS	51	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5</i> <i>gm (4-0.5 gm)</i>	20
PERSONAL BES MIS FULL RNG	174		
PETROLATUM OIN	187		
PFCB CRE	110		
<i>pfizerpen</i>	19		
<i>pharbedryl</i>	158		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	20	<i>potassium chloride</i>	113, 114
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	20	POTASSIUM CHLORIDE	113
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	30	<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	113
PIQRAY 250MG TAB DOSE	30	<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i>	114
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	30	<i>potassium citrate (alkalinizer)</i>	95
<i>pirfenidone</i>	175	POTASSIUM CRY BROMIDE	110
<i>piroxicam</i>	5	<i>potassium iodide (expectorant)</i>	175
PLASMA-LYTE INJ -148	113	<i>potassium & sodium phosphates powder pack 280-160-250 mg</i>	119
PLASMA-LYTE INJ -A	113	POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	113
<i>plenamine</i>	114	POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	113
PLENVU SOL	90	POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	113
POCKET CHAMB MIS	175	<i>povidone-iodine</i>	187
POCKET PEAK MIS METER	175	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	49
POCKETPEAK MIS MTR LOW	175	<i>prasugrel hcl</i>	101
POCKET SPACE MIS	175	<i>pravastatin sodium</i>	40
<i>podofilox</i>	187	<i>praziquantel</i>	10
<i>poly bacitracin</i>	179	<i>prazosin hcl</i>	36
<i>polycin ophth oint</i>	152	PRECISN XTRA TES KETONE	80
<i>polyethylene glycol 3350</i>	90	<i>prednisolone</i>	76
POLY GLYCOL POW 8000	110	<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	153
POLY-HIST DM LIQ 5-25-10	168	PREDNISOLONE SODIUM PHOSP	153
POLY HIST FO TAB 10.5-10	168	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	76
<i>poly-iron 150</i>	99	<i>prednisone</i>	77
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	152	PREDNISONE INTENSOL	77
<i>polysaccharide iron complex</i>	99	<i>pregabalin</i>	55
POLY-TUSSIN LIQ 10-4-10	168	PREHEVBRIO	107
POLYTUSSIN LIQ DM	168	PREMASOL SOL 10%	114
POLY-VENT DM TAB	168	PRENATAL TAB 27-1MG	114
POLY-VENT IR TAB 60-380MG	168	PRENATAL TAB PLUS	114
<i>polyvinyl alcohol</i>	155	PRESERVISION CAP AREDS	142
POLY-VI-SOL DRO 50MG/ML	142	PRESERVISION CAP AREDS 2	142
POLY-VI-SOL SOL 50MG/ML	142	PRESERVISION CAP LUTEIN	142
POLY-VI-SOL SOL IRON	142	PRESERVISION CHW AREDS 2	142
POLY-VITA DRO	142	PRESERVISION TAB AREDS	142
POLY-VITA/FE DRO	142	PRETTY FEET CRE & HANDS	187
POLY-VITE DRO	142	<i>prevalite</i>	41
POLY-VITE SOL 50MG/ML	142	PREVYMIS	16
POLY-VITE SOL /IRON	142	PREZCOBIX TAB 800-150	15
POLY-VITE SOL IRON	142	PREZISTA	13
POMALYST	23	PRIFTIN	15
PORENAL+D CAP OMEGA 3	142	<i>primaquine phosphate</i>	12
<i>portia-28</i>	73	PRIMAQUINE PHOSPHATE	12
<i>posaconazole</i>	12	<i>primidone</i>	55

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
PRIORIX INJ	107	PROTECT IRON LIQ	143
PRIVIGEN	105	PROTEGRA CAP	143
<i>probenecid</i>	1	<i>protriptyline hcl</i>	47
<i>probiata</i>	85	PROXEED PLUS PAK	143
<i>probiotic acidophilus</i>	85	<i>pseudoephed-bromphen-dm syrup 30-2-10 mg/5ml</i>	168
PROBIOTIC CAP	85	<i>pseudoephedrine-guaifenesin tab er 12hr 60-600 mg</i>	168
<i>probiotic gold extra stre</i>	85	<i>pseudoephedrine-guaifenesin tab er 12hr 120-1200 mg</i>	168
PRO-CAL TAB	142	<i>pseudoephedrine hcl</i>	168
PROCARE MIS ADULT	175	PULMOZYME	175
PROCARE MIS CHILD	175	<i>pure calcium carbonate</i>	119
PROCERV HP TAB	142	PURE COMFORT MIS SPACER	175
<i>prochlorperazine</i>	86	<i>pure l-arginine hcl</i>	123
<i>prochlorperazine edisylate</i>	86	PURE L-CITRULLINE	123
<i>prochlorperazine maleate</i>	86	<i>purevit dualfe plus</i>	99
PROCRIT	97	<i>pureway-c</i>	143
<i>proctocort</i>	187	PURIXAN	22
<i>procto-med hc</i>	187	<i>px advanced formula multi</i>	143
<i>proctosol hc</i>	187	<i>px b complex/vitamin c</i>	143
<i>proctozone-hc</i>	187	<i>px calcium&d</i>	119
PROFE	99	<i>px childrens vitamin</i>	143
<i>progesterone</i>	81	<i>px complete senior multiv</i>	143
PROGRAF	105	<i>px fish oil</i>	123
PROLASTIN-C	175	<i>px folic acid</i>	143
PROLENSA	153	PX GLUCOSE CHW FRUIT	78
PROLIA	67	PX GLUCOSE CHW ORANGE	78
PROMACTA	101	PX GLUCOSE CHW RASPBERRY	78
<i>promethazine-dm syrup 6.25-15 mg/5ml</i> ..	168	PX GLUCOSE CHW SOUR APL	78
<i>promethazine hcl</i>	86	<i>px iron</i>	99
<i>promethazine vc/codeine</i>	168	<i>px mens multivitamins</i>	143
<i>promethazine w/ codeine syrup 6.25-10 mg/5ml</i>	168	<i>px niacin</i>	143
<i>pronutrients calcium+d3</i>	119	<i>px saline nasal spray</i>	175
<i>propafenone hcl</i>	39	<i>px vitamin a</i>	143
<i>proparacaine hcl</i>	155	<i>px vitamin c</i>	143
<i>propranolol hcl</i>	42	<i>px vitamin e</i>	143
PROPYLENE GL LIQ	110	<i>pyrazinamide</i>	15
<i>propylthiouracil</i>	81	<i>pyridostigmine bromide</i>	59
PROQUAD INJ	107	<i>pyridoxine hcl</i>	143
PRO-RED AC SYP 5-1-9/5	168	PYRIDOXINE POW HCL	143
PRORENAL+D CAP OMEGA-3	142	Q	
PRORENAL +D TAB	142	<i>qc 3 day vaginal cream</i>	96
PRORENAL+D TAB	142	<i>qc acetaminophen 8 hours</i>	3
<i>prosight</i>	143	<i>qc acetaminophen infants</i>	3
PROSOL INJ 20%	114		
PROTECT CAP CARDIO	143		
PROTECT CAP PLUS SO	143		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>qc acid controller</i>	87	<i>qc multi-vite</i>	143
<i>qc acid controller maximu</i>	87	<i>qc multi-vite 50 & over</i>	143
<i>qc all day allergy</i>	159	<i>qc naproxen sodium</i>	5
<i>qc allergy childrens</i>	159	<i>qc nasal decongestant max</i>	168
<i>qc allergy relief</i>	159, 177	<i>qc natura-lax</i>	91
<i>qc antacid</i>	83	<i>qc non-aspirin childrens</i>	3
<i>qc antacid/anti-gas</i>	83	<i>qc non-aspirin extra stre</i>	3
<i>qc antacid/anti-gas maxim</i>	83	<i>qc omeprazole magnesium</i>	94
<i>qc anti-diarrheal</i>	85	<i>qc pain relief</i>	3
<i>qc antifungal cream</i>	180	<i>qc pain relief childrens</i>	3
<i>qc anti-itch/aloe</i>	182	<i>qc pain relief extra stre</i>	3
<i>qc anti-itch extra streng</i>	187	<i>qc povidone iodine</i>	187
<i>qc arthritis pain relief</i>	3	<i>qc stool softener</i>	91
<i>qc aspirin</i>	3	<i>qc stool softener plus la</i>	91
<i>qc aspirin low dose</i>	3	<i>qc stool softener plus st</i>	91
<i>qc calcium fast dissoluti</i>	119	<i>qc suphedrine maximum str</i>	168
<i>qc calcium/minerals/vitam</i>	119	<i>qc therin-m</i>	143
QC CASTOR OIL	110	<i>qc tolnaftate</i>	180
<i>qc childrens allergy</i>	159	<i>qc triple antibiotic maxi</i>	179
<i>qc childrens chewable com</i>	143	<i>qc tussin cf</i>	168
<i>qc childrens chewable vit</i>	143	<i>qc tussin dm cough & ches</i>	168
<i>qc childrens ibuprofen</i>	5	<i>qc tussin expectorant adu</i>	168
<i>qc chocolated laxative</i>	90	<i>qc tussin mucus + chest c</i>	168
<i>qc clotrimazole</i>	96	<i>qc urinary pain relief</i>	95
<i>qc daily multivitamins/ir</i>	143	<i>qc vegetable laxative</i>	91
<i>qc enema</i>	90	<i>qc womens daily multivita</i>	143
<i>qc enteric aspirin</i>	3	QINLOCK	30
<i>qc esomeprazole magnesium</i>	94	<i>q-sorb co q-10</i>	123
<i>qc ferrous sulfate</i>	99	QUADRACEL INJ	107
<i>qc gas relief extra stren</i>	93	QUADRACEL INJ 0.5ML	107
<i>qc gentle laxative</i>	90	<i>quetiapine fumarate</i>	51
<i>qc ibuprofen</i>	5	QUICKVUE HOM KIT COVID-19	10
<i>qc ibuprofen cold/sinus</i>	168	<i>quinapril hcl</i>	36
<i>qc lansoprazole</i>	94	QUIN B TAB STRONG	143
<i>qc loratadine allergy rel</i>	159	<i>quinidine sulfate</i>	39
<i>qc loratadine-d</i>	168	<i>quinine sulfate</i>	12
<i>qc magnesium citrate</i>	90	<i>quintabs-m</i>	143
<i>qc maximum daily multivit</i>	143	QUINTABS-M TAB	143
<i>qc medifin 400</i>	168	QUINTABS TAB	143
<i>qc medifin dm</i>	168	QULIPTA	59
<i>qc mens daily multivitami</i>	143	R	
<i>qc miconazole 7</i>	96	RA ADVANCED HEALING	187
<i>qc milk of magnesia</i>	90	RABAVERT INJ	107
<i>qc mineral oil heavy</i>	91	RA B-COMPLEX TAB VIT C TR	143
<i>qc mucus relief</i>	168	<i>rabeprazole sodium</i>	94
<i>qc mucus relief er 12 hou</i>	168		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>ra biotin</i>	144	<i>reclipsen</i>	73
<i>ra calcium 600</i>	119	RECOMBIVAX HB	107
<i>ra calcium 600 plus vitam</i>	120	RECTIV	187
<i>ra calcium 600/vit d/mine</i>	120	<i>reeses pinworm medicine</i>	10
<i>ra calcium citrate plus v</i>	120	<i>refresh celluvisc</i>	155
<i>ra calcium citrate/vitami</i>	120	REFRESH DRO OP	155
<i>ra calcium/minerals/vitam</i>	120	REFRESH DRO RELIEVA	155
<i>ra calcium plus vitamin d</i>	120	REFRESH GEL OPTIVE	155
<i>ra central-vite womens ma</i>	144	<i>refresh lacri-lube</i>	155
<i>ra chewable vitamins comp</i>	144	REFRESH OPTI DRO 0.5-0.9%	155
<i>ra coenzyme q-10</i>	123	REFRESH OPT SOL MEGA-3	155
<i>radiance platinum vitamin</i>	144	REFRESH RELI DRO 0.5-0.9%	155
<i>ra digestive health</i>	85	REFRESH SOL DIGITAL	155
RA ESSENCE-C POW ORANGE	144	REFRESH SOL OPTIVE	155
RA ESSENCE-C POW RASPBRY	144	REGRANEX	189
RA ESSENCE-C POW TNGERINE	144	<i>rehydralyte</i>	112
<i>ra fish oil</i>	123	REJUVAFLOR CAP	85
<i>ra folic acid</i>	144	RELENZA DISKHALER	16
<i>ra hi cal</i>	120	RELISTOR	93
<i>ra high potency iron</i>	99	REMICADE	103
<i>ra iron</i>	99	<i>renal caps</i>	144
<i>ra l-arginine</i>	123	<i>renal vitamin</i>	144
<i>raloxifene hcl</i>	80	<i>renaplex</i>	144
<i>ra magnesium</i>	120	RENAPLEX-D TAB	144
<i>ramipril</i>	36	<i>rena-vite</i>	144
RANGER READY REPELLENT	187	<i>rena-vite rx</i>	144
<i>ra niacin</i>	144	RENFLEXIS	103
<i>ra no flush niacin 500</i>	144	<i>repaglinide</i>	65
<i>ranolazine</i>	44	REPATHA	41
<i>ra one daily maximum</i>	144	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	41
<i>ra one daily mens 50+ wit</i>	144	REPATHA SURECLICK	41
<i>ra one daily mens/vitamin</i>	144	REPEL 100	187
<i>ra pediatric electrolyte</i>	112	REPEL FAMILY	187
<i>rasagiline mesylate</i>	49	REPEL FAMILY DRY	187
<i>ra saline nasal spray</i>	175	REPEL HUNTERS FORMULA	187
<i>ra slow release iron</i>	100	REPEL LEMON SPR INSECT	187
RA STERILE SALINE NASAL M	175	REPEL MOSQUITO WIPES	187
<i>ra vitamin a</i>	144	REPEL SPORTSMEN	188
<i>ra vitamin b-6</i>	144	REPEL SPORTSMEN DRY	188
<i>ra vitamin c</i>	144	REPEL SPORTSMEN MAX	188
<i>ra vitamin c/rose hips</i>	144	REPEL TICK DEFENSE	188
<i>ra vitamin d-3</i>	144	REPLESTA	144
<i>ra vitamin e</i>	144	REPLESTA NX	144
RAYALDEE	82	RESTASIS	155
<i>react</i>	73	RESTASIS MULTIDOSE	155
REALITY MIS LUBRICAT	73	RETEVMO	31

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
REVLIMID	23	S	
REXULTI	51	<i>sajazir</i>	101
REYATAZ	13	SALICYLIC POW ACID	110
REZLIDHIA	31	<i>saline</i>	175
REZUROCK	105	<i>saline mist</i>	175
RHOPRESSA	153	<i>sam-e.p.a.</i>	124
<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	16	SANDIMMUNE	105
<i>rifabutin</i>	15	SANTYL	189
<i>rifampin</i>	15	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	80
<i>riluzole</i>	59	SAWYER INSECT REPELLENT	188
<i>rimantadine hydrochloride</i>	16	SAWYER INSECT REPELLENT C	188
RINVOQ	103	SAWYER PREMIUM INSECT REP	188
RINVOQ LQ	103	<i>sb 12hr nasal spray</i>	169
RISABAL-PH CRE	188	<i>sb acid reducer</i>	87
RISACAL-D TAB	120	<i>sb allergy</i>	159
<i>risedronate sodium</i>	67	<i>sb antacid</i>	83
<i>risperidone</i>	51	<i>sb antacid extra strength</i>	83
<i>risperidone microspheres</i>	51	<i>sb anti-diarrhea</i>	85
RITEFLO MIS	175	<i>sb calcium + d</i>	120
<i>ritonavir</i>	13	<i>sb cough control</i>	169
<i>rivastigmine</i>	46	<i>sb coughtab</i>	169
<i>rivastigmine tartrate</i>	46	<i>sb loratadine</i>	159
<i>rivelsa</i>	73	<i>sb milk of magnesia</i>	91
<i>rizatriptan benzoate</i>	59	<i>sb mucus relief dm</i>	169
<i>robafen cf multi-symptom</i>	169	<i>sb mucus relief pe</i>	169
<i>robafen dm</i>	169	<i>sb naproxen sodium</i>	5
<i>robafen mucus/chest conge</i>	169	<i>sb omega-3 fish oil</i>	124
ROCKLATAN DRO	153	<i>sb oyster shell calcium</i>	120
<i>roflumilast</i>	175	<i>sb pediatric electrolyte</i>	112
<i>ropinirole hydrochloride</i>	49	<i>sb povidone-iodine</i>	188
<i>rosuvastatin calcium</i>	40	<i>sb saline nose</i>	175
ROTARIX SUS	107	<i>sb tab tussin dm</i>	169
ROTATEQ SOL	107	<i>sb vitamin c</i>	144
<i>roweepa</i>	55	SCAR CARE CRE	110
ROZLYTREK	31	SCEMBLIX	31
RUBRACA	31	<i>scopolamine</i>	86
<i>rufinamide</i>	55	<i>sea-omega</i>	124
RU-HIST D TAB 4-10MG	169	SEBEX SHA	188
RUKOBIA	13	SECUADO	51
RYBELSUS	65	<i>selegiline hcl</i>	49
RYDAPT	31	<i>selenium sulfide</i>	181
RYDEX LIQ	169	SELZENTRY	13
RYMED TAB 2-10MG	169	<i>senexon</i>	91
<i>rynex dm</i>	169	<i>senexon-s</i>	91
<i>rynex pe</i>	169	<i>senior tabs</i>	144
<i>rynex pse</i>	169		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>senna-lax</i>	91	<i>sinus relief severe conge</i>	169
<i>senna laxative</i>	91	SINUS WASH CRY SALT	175
<i>senna plus</i>	91	<i>sirolimus</i>	106
SENNALAX CAP 8.6-50MG	91	SIRTURO	15
<i>senna regular strength</i>	91	SIVEXTRO	10
<i>senna-tabs</i>	91	SKYRIZI	103
<i>senna-time</i>	91	SKYRIZI PEN	103
<i>senna-time s</i>	91	<i>slow iron</i>	100
<i>sennosides</i>	91	<i>slow magnesium chloride/</i>	120
<i>sennosides-docusate sodium tab 8.6-50 mg</i>	91	SLOW MAGNESIUM CHLORIDE/	120
<i>senokot extra strength</i>	91	SLOW-MAG TAB	120
SENSI-CARE CRE MOISTURI	188	SLOW-MAG TAB 71.5-119	120
<i>sentry</i>	144	<i>slow release iron</i>	100
<i>sentry senior</i>	144	<i>slow-release iron</i>	100
SENTRY TAB	144	SLOW RELEASE IRON	100
SENTRY TAB SENIOR	145	<i>sm 3-day vaginal</i>	96
SEREVENT DISKUS	160	<i>sm 8 hour pain relief</i>	3
<i>sertraline hcl</i>	47	<i>sm 12 hour sinus deconges</i>	169
SESAME OIL	110	<i>sm acidophilus</i>	85
<i>se-tan plus</i>	100	<i>sm acid reducer</i>	87
<i>setlakin</i>	73	<i>sm acid reducer maximum s</i>	87
<i>sevelamer carbonate</i>	80	<i>sm adult aspirin</i>	3
<i>severe cold/cough</i>	169	<i>sm all day allergy</i>	159
<i>severe cold & flu</i>	169	<i>sm all day allergy childr</i>	159
<i>sharobel</i>	73	<i>sm all day allergy-d</i>	169
SHINGRIX	107	<i>sm all day allergy relief</i>	159
SIGNIFOR	80	<i>sm allergy 4 hour</i>	159
<i>siladryl allergy</i>	159	<i>sm allergy childrens</i>	159
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i>	45	<i>sm allergy relief</i>	159
<i>siltussin-dm</i>	169	<i>sm allergy relief childre</i>	159
<i>siltussin sa</i>	169	<i>sm allergy relief nasal s</i>	177
<i>silver sulfadiazine</i>	179	<i>sm animal shapes complete</i>	145
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	154	<i>sm animal shapes kids fir</i>	145
<i>simethicone</i>	93	<i>sm antacid</i>	83
<i>simethicone drops infants</i>	93	<i>sm antacid advanced</i>	83
<i>simethicone ultra strengt</i>	93	<i>sm antacid advanced maxi</i>	83
<i>simliya</i>	73	<i>sm antacid extra strength</i>	83
<i>simpesse</i>	73	<i>sm antacid maximum streng</i>	83
SIMPLY SALINE	175	<i>sm antibiotic</i>	179
<i>simvastatin</i>	40	<i>sm antibiotic plus pain r</i>	179
<i>sinus + headache</i>	169	<i>sm anti-diarrheal</i>	85
<i>sinus congestion/pain</i>	169	<i>sm antifungal clotrimazol</i>	180
<i>sinus nasal spray</i>	169	<i>sm antifungal miconazole</i>	180
<i>sinus pressure/pain/adult</i>	169	<i>sm antifungal tolnaftate</i>	180
<i>sinus relief extra streng</i>	169	<i>sm anti-itch extra streng</i>	188
		<i>sm antioxidant vitamins</i>	145

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>sm arthritis pain relief</i>	3	<i>sm fexofenadine hydrochlo</i>	159
<i>sm aspirin adult low stre</i>	3	<i>sm fiber</i>	91
<i>sm aspirin enteric coated</i>	3	<i>sm fiber laxative</i>	91
<i>sm aspirin low dose</i>	3	<i>sm fish oil</i>	124
<i>sm athletes foot</i>	180	SM FISH OIL CAP 554MG	124
SM B-COMPLEX TAB /VIT C	145	<i>sm folic acid</i>	145
SM BENZOIN TIN	188	<i>sm gas relief</i>	93
SM BENZOIN TIN NFXI	188	<i>sm gas relief drops infan</i>	93
<i>sm biotin</i>	145	<i>sm gas relief extra stren</i>	93
<i>sm b super vitamin comple</i>	145	<i>sm gentle laxative</i>	91
<i>sm calcium 500/vitamin d3</i>	120	SM GLUCOSE	78
<i>sm calcium 600+d3</i>	120	SM GLUCOSE CHW ORANGE	78
<i>sm calcium 600/vitamin d</i>	120	SM GLUCOSE CHW RASPBERRY	78
<i>sm calcium antacid</i>	83	<i>sm guaifenesin/pseudoephe</i>	170
<i>sm calcium antacid extra</i>	83	<i>sm hair/skin/nails</i>	145
<i>sm calcium citrate+vitami</i>	120	<i>sm hydrocortisone</i>	182
<i>sm calcium citrate+ w/vit</i>	120	<i>sm hydrocortisone maximum</i>	182
<i>sm calcium citrate/vitami</i>	120	<i>sm hydrocortisone plus</i>	182
<i>sm calcium /vitamin d</i>	120	<i>sm ibuprofen</i>	5
<i>sm calcium/vitamin d</i>	120	<i>sm ibuprofen ib</i>	5
<i>sm calcium/vitamin d3</i>	120	<i>sm ibuprofen ib childrens</i>	5
<i>sm chest congestion relie</i>	169	<i>sm infants ibuprofen</i>	5
<i>sm childrens aspirin</i>	3	<i>sm iron</i>	100
<i>sm childrens loratadine</i>	159	<i>sm iron slow release</i>	100
SM CLD/ALLER LIQ CHILDREN	169	<i>sm lansoprazole</i>	94
<i>sm clearlax</i>	91	<i>sm lice killing maximum s</i>	189
<i>sm clotrimazole vaginal</i>	96	<i>sm lice treatment</i>	189
<i>sm coenzyme q-10</i>	124	<i>sm loratadine</i>	159
<i>sm cold & cough dm childr</i>	169	<i>sm loratadine allergy rel</i>	159
<i>sm cold & flu severe</i>	169	<i>sm lorata-dine d</i>	170
<i>sm cold & sinus relief</i>	169	<i>sm loratadine d 12hr</i>	170
<i>sm complete</i>	145	<i>sm lubricant eye drops</i>	155
<i>sm complete 50+</i>	145	<i>sm lubricating plus</i>	155
<i>sm complete 50+ ultimate</i>	145	<i>sm lubricating tears</i>	155
<i>sm complete advanced form</i>	145	<i>sm magnesium</i>	120
<i>sm complete senior formul</i>	145	<i>sm magnesium citrate</i>	91
<i>sm co q-10</i>	124	<i>sm miconazole 3</i>	96
<i>sm coq-10</i>	124	<i>sm miconazole 7</i>	96
<i>sm day time cold & flu re</i>	169	<i>sm milk of magnesia</i>	91
<i>sm double antibiotic</i>	179	<i>sm motion sickness</i>	86
<i>sm dry eye relief</i>	155	<i>sm mucus relief</i>	170
<i>sm ear drops</i>	189	<i>sm mucus relief/12 hour</i>	170
<i>sm enema</i>	91	<i>sm mucus relief maximum s</i>	170
<i>sm epsom salt</i>	91	<i>sm multiple vitamins esse</i>	145
<i>sm esomeprazole magnesium</i>	94	<i>sm multiple vitamins/iron</i>	145
<i>sm eye itch relief</i>	153	<i>sm naproxen sodium</i>	5

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>sm nasal decongestant max</i>	170	<i>sm urinary pain relief ma</i>	95
<i>sm nasal decongestant pe</i>	170	<i>sm vitamin b-6</i>	145
<i>sm nasal spray</i>	170	<i>sm vitamin b6</i>	145
<i>sm nasal spray 12 hour</i>	170	<i>sm vitamin b complex with</i>	145
<i>sm nasal spray moisturizi</i>	170	<i>sm vitamin c</i>	145
<i>sm nasal spray saline</i>	175	<i>sm vitamin c/rose hips</i>	145
<i>sm nasal spray sinus</i>	170	<i>sm vitamin d</i>	145
<i>sm niacin cr</i>	145	<i>sm vitamin d3</i>	145
<i>sm nicotine</i>	62	SM VITAMIN D3 MAXIMUM STR	145
<i>sm nicotine polacrilex</i>	62	<i>sm vitamin e</i>	145
<i>sm nicotine transdermal s</i>	62	<i>sm vit c/rose hips</i>	145
<i>sm nite time cold & flu</i>	170	SOD BENZOATE POW	110
<i>sm nose drops nasal decon</i>	170	SOD BROMIDE GRA	110
<i>sm omega-3 fish oil</i>	124	SOD CHLORIDE GRA	120
<i>sm omeprazole</i>	94	<i>sodium bicarbonate (antacid)</i>	83
SM ONE DAILY TAB MENS	145	<i>sodium chloride</i>	113
SM ONE DAILY TAB WOMENS	145	<i>sodium chloride (gu irrigant)</i>	189
<i>smooth antacid extra stre</i>	83	<i>sodium chloride hypertonic</i>	155
<i>sm opti-vitamins</i>	145	<i>sodium chloride (inhalant)</i>	170
<i>sm oyster shell calcium/v</i>	120	<i>sodium ferric gluconate complex in</i> <i>sucrose</i>	100
<i>sm pain & fever childrens</i>	3	<i>sodium fluoride chew\; tab\; 1.1 (0.5 f)</i> <i>mg/ml soln</i>	114
<i>sm pain & fever infants</i>	3	SODIUM OXYBATE	61
<i>sm pain relief extra stre</i>	3	<i>sodium phenylbutyrate</i>	80
<i>sm pain reliever</i>	3	<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	68
<i>sm pain reliever children</i>	4	SODIUM POW BICARBON	83
<i>sm pain reliever extra st</i>	4	<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-</i> <i>3.13-1.6 gm/177ml</i>	92
<i>sm pediatric electrolyte</i>	112	<i>solifenacin succinate</i>	95
<i>sm povidone-iodine</i>	188	SOLIQUA INJ 100/33	66
<i>sm sinus severe for adult</i>	170	SOLO TAB	146
<i>sm slow release iron</i>	100	SOLTAMOX	23
SM SLOW RELEASE IRON	100	<i>soluble fiber</i>	92
<i>sm stomach relief</i>	85	SOLU-CORTEF	77
<i>sm stomach relief liquid</i>	85	<i>soluvita e</i>	146
<i>sm stool softener</i>	91	SOMATULINE DEPOT	80
<i>sm stool softener plus la</i>	92	SOMAVERT	80
<i>sm stool softener/stimula</i>	92	<i>soothing - 12 hour nasal</i>	170
<i>sm super b complex-vitami</i>	145	SOOTH SALINE AER NASAL	175
<i>sm triple antibiotic</i>	179	<i>sorafenib tosylate</i>	31
<i>sm triple antibiotic orig</i>	179	SORBIDON CRE HYDRATE	188
<i>sm triple antibiotic plus</i>	179	SORBITOL	92
<i>sm tussin cf</i>	170	<i>sorine</i>	39
<i>sm tussin dm</i>	170	SOSWEET SYP	110
<i>sm tussin dm cough/chest</i>	170	<i>sotalol hcl</i>	39
<i>sm tussin dm max/cough +</i>	170		
<i>sm tussin mucus + chest c</i>	170		
<i>sm urinary pain relief</i>	95		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>sotalol hcl (afib/afI)</i>	39	<i>stresstabs energy</i>	146
SPACE CHAMBR MIS ANTI-STA	175	STRIBILD TAB	15
SPACE CHAMBR MIS LARGE	175	STROVITE ONE TAB	146
SPACE CHAMBR MIS MEDIUM	175	STUDIO 35 CRE MOIST	188
SPACE CHAMBR MIS SMALL	175	<i>subvenite</i>	55
SPACER CHAMB MIS ADULT	176	<i>sucrafate</i>	93
SPACER CHAMB MIS CHILD	176	<i>sudogest</i>	170
SPACER CHAMB MIS INFANT	176	<i>sudogest 12 hour</i>	170
SPECTRAVITE CHW ADLT 50+	146	<i>sudogest maximum strength</i>	170
SPECTRAVITE TAB	146	<i>sudogest sinus & allergy</i>	170
SPECTRAVITE TAB ADLT 50+	146	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	178
SPECTRAVITE TAB ADULTS	146	<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i>	152
SPECTRAVITE TAB MEN 50+	146	<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth</i> <i>soln 10-0.23(0.25)%</i>	151
SPECTRAVITE TAB ULT MEN	146	<i>sulfadiazine</i>	10
SPECTRAVITE TAB ULT WMN	146	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln</i> <i>400-80 mg/5ml</i>	10
SPEEDY SWAB KIT COVID-19	10	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-</i> <i>40 mg/5ml</i>	10
<i>spironolactone</i>	36	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-</i> <i>80 mg</i>	10
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab</i> <i>25-25 mg</i>	43	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-</i> <i>160 mg</i>	10
<i>sprintec 28</i>	73	SULFAMYLON	179
SPRITAM	55	<i>sulfasalazine</i>	88
SPRYCEL	31	<i>sulindac</i>	5
<i>sps</i>	68	<i>sumatriptan</i>	59
<i>sronyx</i>	73	<i>sumatriptan succinate</i>	59
<i>ssd</i>	179	<i>sunitinib malate</i>	31
STAHIST AD TAB 25-60MG	170	SUNLENCA	13
STAHIST TP TAB 2.5-10MG	170	SUPER ANTIOX CAP	146
STELARA	103	<i>super antioxidant/a/c/e/s</i>	146
<i>stimulant laxative</i>	92	<i>super aytinal 50 plus</i>	146
STIVARGA	31	<i>super aytinal for active</i>	146
<i>st joseph low dose aspiri</i>	4	<i>super b-complex/folic aci</i>	146
STL SOFT/LAX CAP 8.6-50MG	92	<i>super b-complex/vitamin c</i>	146
<i>stomach relief</i>	85	<i>super biotin</i>	146
<i>stomach relief extra stre</i>	85	<i>super b with c</i>	146
<i>stomach relief ultra</i>	85	<i>super calcium</i>	120
<i>stool softener</i>	92	<i>super calcium 600 + d3</i>	120
<i>stool softener + stimulan</i>	92	<i>super calcium 600+d3 400</i>	120
<i>stool softener laxative</i>	92	SUPER DAILY D3	146
<i>stool softener plus laxat</i>	92	<i>super dha gems</i>	124
<i>streptomycin sulfate</i>	10	<i>super multiple</i>	146
<i>stress b-complex/vitamin</i>	146	<i>super omega-3</i>	124
<i>stress b/zinc</i>	146	<i>super thera vite m</i>	146
<i>stress formula</i>	146		
<i>stress formula/iron</i>	146		
<i>stress formula/zinc</i>	146		
<i>stresstabs advanced</i>	146		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>super vita-mins</i>	146	TASIGNA	32
<i>suphedrine 12hour maximum</i>	170	<i>tasimelteon</i>	58
<i>syeda</i>	73	<i>tazarotene</i>	181
SYMDEKO TAB 50-75MG	176	<i>tazicef</i>	17
SYMDEKO TAB 100-150	176	TAZORAC	181
SYMPAZAN	55	TAZVERIK	32
SYMTUZA TAB	15	TDVAX INJ 2-2 LF	107
SYNAREL	75	TECENTRIQ	32
SYNJARDY TAB 5-500MG	65	TEFLARO	17
SYNJARDY TAB 5-1000MG	65	<i>telmisartan</i>	39
SYNJARDY TAB 12.5-500	65	<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i>	38
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	65	<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i>	38
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	65	<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i>	38
SYNJARDY XR TAB 10-1000	65	<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i>	38
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000	65	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-</i> <i>12.5 mg</i>	38
SYNJARDY XR TAB 25-1000	65	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i> <i>12.5 mg</i>	38
SYNTHROID	81	<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i> <i>25 mg</i>	38
SYRPALTA	110	<i>temazepam</i>	58
SYRSPEND SF LIQ	110	TENIVAC INJ 5-2LF	107
SYRSPEND SF SUS	111	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	13
SYRSPEND SF SUS ALKA	111	TEPMETKO	32
SYSTANE ICAP CHW AREDS2	146	<i>terazosin hcl</i>	36
<i>systane icaps areds2</i>	146	<i>terbinafine hcl</i>	12
SYSTANE ICAP TAB AREDS2	146	<i>terbinafine hcl (topical)</i>	180
<i>systane nighttime</i>	155	<i>terbutaline sulfate</i>	160
T		<i>terconazole vaginal</i>	96
<i>tab-a-vite</i>	146	TERIPARATIDE	67
<i>tab-a-vite multivitamin/i</i>	147	<i>testosterone</i>	63
TAB-A-VITE TAB IRON/BET	147	<i>testosterone cypionate</i>	63
<i>tab-a-vite w/beta caroten</i>	147	<i>testosterone enanthate</i>	63
TABLOID	22	<i>tetrabenazine</i>	59, 60
TABRECTA	32	<i>tetracycline hcl</i>	20
<i>tacrolimus</i>	106	THALOMID	23
<i>tacrolimus (topical)</i>	188	<i>theophylline</i>	176
TAFINLAR	32	THEOPHYLLINE POW ANHYDROU	111
TAGRISSE	32	<i>therabasic-m</i>	147
<i>take action</i>	74	<i>thera-d 2000</i>	147
TALTZ	103	THERA-D 4000	147
TALZENNA	32	<i>thera-d rapid repletion</i>	147
<i>tamoxifen citrate</i>	23	<i>theraflu expressmax sever</i>	170
<i>tamsulosin hcl</i>	95	THERAFLU FLU PAK SORE THR	170
<i>tandem plus</i>	100	<i>theragran-m fish oil conc</i>	124
<i>tarina 24 fe</i>	74	THERAGRAN-M TAB	147
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	74		
TARON FORTE CAP	100		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
Theragra-M TAB 50 PLUS	147	topiramate	55
Theragra-M TAB Advanced	147	toemifene citrate	23
Theragra-M TAB Premier	147	torpenz	32
Theramill Cap Forte	147	torsemeide	43
Thera M Plus Tab	147	totalday multiple	147
Thera-M Tab	147	TOTAL HOME SPR INSECT	188
Therapeutic Cre Moistur	188	Toujeo Max Solostar	67
Therapeutic Dandruff	188	Toujeo Solostar	67
therapeutic formula/hemat	147	TPN ELECTROL INJ	113
therapeutic-m	147	TRADJENTA	65
Thera Tab	147	tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg ...	8
thera-tabs	147	tramadol hcl	8
Thera-Tabs M Tab	147	trandolapril	36
theratrum complete	147	tranexamic acid	101
theratrum complete 50 plu	147	tranylcypramine sulfate	47
thera vital m	147	TRAVASOL INJ 10%	115
Therems-M Tab	147	TRAZIMERA	32
Therems Tab Multivit	147	trazodone hcl	47
Thermotabs Tab	112	TRECATOR	15
theromega	124	TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	156
the very finest fish oil	124	TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG .	156
thiamine hcl	147	TREMFYA	103, 104
thioridazine hcl	51	treprostinil	45
thiothixene	51	TRESIBA	67
tiadylt er	42	TRESIBA FLEXTOUCH	67
tiagabine hcl	55	tretinoin	178
TIBSOVO	32	tretinoin (chemotherapy)	24
TICOVAC	107	triamcinolone acetonide (mouth)	189
tigecycline	20	triamcinolone acetonide (topical)	182
tilia fe	74	triaminic fever & cold mu	170
timolol maleate	42	TRIAMINIC SOL COLD/CGH	171
timolol maleate (ophth)	154	TRIAMINIC SYP COLD/CGH	171
tinidazole	11	triamterene & hydrochlorothiazide cap	
TIVICAY	13	37.5-25 mg	43
TIVICAY PD	13	triamterene & hydrochlorothiazide tab	
tizanidine hcl	61	37.5-25 mg	43
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	151	triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-	
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	151	50 mg	43
tobramycin	11	tricon	100
tobramycin-dexamethasone ophth susp		tridacaine ii	183
0.3-0.1%	151	trientine hcl	68
tobramycin (ophth)	152	tri-estarylla	74
tobramycin sulfate	11	TRIFERIC	100
tolnaftate	180	trifluoperazine hcl	51
tolnaftate antifungal	180	trifluridine	152
tolterodine tartrate	95		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>trigels-f forte</i>	100	TRUMENBA INJ	107
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	49	TRUQAP	32
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5- 1000MG	65	TRUSTEX LUBR MIS ASSORTED	74
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG ..	65	TRUSTEX LUBR MIS BANANA	74
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5- 1000MG	65	TRUSTEX LUBR MIS CHOC	74
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG .	65	TRUSTEX LUBR MIS COLA	74
TRIKAFTA PAK 59.5MG	176	TRUSTEX LUBR MIS COLORS	74
TRIKAFTA PAK 75MG	176	TRUSTEX LUBR MIS EX LARGE	74
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	176	TRUSTEX LUBR MIS EX STR	74
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	176	TRUSTEX LUBR MIS GRAPE	74
<i>tri-legest fe</i>	74	TRUSTEX LUBR MIS RIB/STUD	74
<i>tri-lynyah</i>	74	TRUSTEX LUBR MIS SPERMICI	74
<i>tri-lo-estarylla</i>	74	TRUSTEX LUBR MIS STRWBRY	74
<i>tri-lo-marzia</i>	74	TRUSTEX LUBR MIS VANILLA	74
<i>tri-lo-mili</i>	74	TRUSTEX MIS BANANA	74
<i>tri-lo-sprintec</i>	74	TRUSTEX MIS CHOCOLAT	74
<i>trimethoprim</i>	11	TRUSTEX MIS FLAVORS	74
<i>tri-mili</i>	74	TRUSTEX MIS MINT	74
<i>trimipramine maleate</i>	47	TRUSTEX MIS STRWBRY	74
TRINTELLIX	47	TRUSTEX MIS VANILLA	75
<i>tri-nymyo</i>	74	TRUSTEX/RIA MIS LUBRICAT	75
<i>triphrocaps</i>	147	TRUSTEX/RIA MIS NON-LUB	75
<i>triple antibiotic</i>	179	TRUSTEX/RIA MIS SPERMICI	75
<i>triple antibiotic + pain</i>	179	TRUSTX NON-9 MIS RIB/STUD	75
<i>triple antibiotic plus</i>	179	TRUXIMA	32
<i>triprolidine hcl</i>	159	TRUZONE PEAK MIS FLOW MTR	176
<i>tri-sprintec</i>	74	TUKYSA	32
TRIUMEQ PD TAB	15	TUMS CHEWY DELIGHTS	83
TRIUMEQ TAB	15	<i>tums smoothies</i>	83
TRI-VI-SOL SOL A/C/D	147	TURALIO	32
<i>tri-vite pediatric</i>	147	<i>turqoz</i>	75
<i>trivora-28</i>	74	TUSNEL C SYP	171
<i>tri-vylibra</i>	74	<i>tusnel diabetic</i>	171
<i>tri-vylibra lo</i>	74	TUSNEL-DM DRO PEDIATRC	171
TRIZIVIR TAB	15	TUSNEL DM LIQ	171
TR MAG COMPL CAP 400MG	120	TUSNEL-DM LIQ	171
TROGARZO	13	<i>tusnel dm pediatric</i>	171
TROPHAMINE INJ 10%	115	<i>tusnel-ex</i>	171
<i>tropical liquid nutrition</i>	147	TUSNEL LIQ	171
<i>trospium chloride</i>	96	TUSNEL PED DRO 7.5-50	171
TRUEPLUS GLUCOSE	78	TUSNEL PEDIA LIQ	171
TRUEPLUS GLUCOSE GEL	78	TUSNEL PEDI LIQ 15-5-50	171
TRUEPLUS GLUCOSE ON THE G	78	TUSNEL TAB	171
TRULICITY	65	<i>tussin cf</i>	171
		<i>tussin cf severe multi-sy</i>	171
		<i>tussin cough</i>	171

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>tussin dm</i>	171	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-</i>	
<i>tussin dm cough + chest c</i>	171	<i>12.5 mg</i>	38
<i>tussin dm maximum strengt</i>	171	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-</i>	
<i>tussin mucus + chest cong</i>	171	<i>25 mg</i>	38
<i>tussin mucus & chest cong</i>	171	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-</i>	
<i>tussin multi-symptom cold</i>	171	<i>12.5 mg</i>	38
TWINRIX INJ	107	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-</i>	
TYBOST	13	<i>25 mg</i>	38
<i>tydemy</i>	75	VALTOCO 5 MG DOSE	56
TYPHIM VI	107	VALTOCO 10 MG DOSE	56
TYRVAYA	155	VALTOCO 15 MG DOSE	56
		VALTOCO 20 MG DOSE	56
U		<i>value plus glucose</i>	78
U-BASE CRE	111	VANACOF DMX LIQ	171
UBRELVY	59	VANACOF LIQ	171
<i>ultrachoice advanced form</i>	148	VANALICE GEL 0.3-3.5%	189
<i>ultra choice multivitamin</i>	147	VANATAB DM TAB 5-9-198	171
<i>ultra freeda</i>	147	<i>vancomycin hcl</i>	11
<i>ultra freeda/iron</i>	147	VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE	11
<i>ultra lubricating eye dro</i>	155	VANCOMYCIN INJ 1 GM	11
ULTRA MEGA G TAB 75MG CR	147	VANCOMYCIN INJ 500MG	11
ULTRA MEGA G TAB 100MG	148	VANCOMYCIN INJ 750MG	11
ULTRA MEGA TAB 75MG CR	148	VANFLYTA	33
ULTRA MEGA TAB TWO	148	VANIBASE CRE	111
<i>ultra omega-3</i>	124	VANICREAM CRE	188
ULTRA OMEGA3 CAP 1400MG	124	VANISHING CRE BOTANCAL	111
ULTRA POTENC TAB WOMEN 50	148	VAQTA	107
ULTRATHON INSECT REPELLEN	188	<i>varenicline tartrate</i>	62
UNISPEND ANH SUS SWEETENE	111	<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x</i>	
<i>unithroid</i>	81	<i>1 mg start pack</i>	63
UPCAL D POW	120	VARIVAX	107
UPSPRINGBABY DRO MV/IRON	148	VASCEPA	41
UPSPRING BABY VITAMIN D	148	VAXCHORA SUS	107
<i>urinary pain relief</i>	95	<i>velivet</i>	75
<i>ursodiol</i>	93	VELPHORO	80
		VELTASSA	68
V		VELVACHOL CRE	188
<i>valacyclovir hcl</i>	16	VEMLIDY	16
VALCHLOR	188	VENCLEXTA	33
<i>valganciclovir hcl</i>	16	VENCLEXTA TAB START PK	33
<i>valproate sodium</i>	55	VENEXA FE TAB	148
<i>valproic acid</i>	55	VENEXA TAB	148
<i>valsartan</i>	39	<i>venlafaxine hcl</i>	47
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i>		VENOFER	100
<i>12.5 mg</i>	38	VENTAVIS	45
		VENTOLIN HFA	160

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) ...	160	VITAMI A-C-D DRO INF/TODD	148
VENTRIXYL FE TAB	148	<i>vitamin a</i>	149
VENTRIXYL TAB	148	VITAMIN A PALMITATE	149
<i>verapamil hcl</i>	43	<i>vitamin b complex-c</i>	149
VERQUVO	44	<i>vitamin b complex/vitamin</i>	149
VERSACLOZ	51	VITAMIN C	149
VERSATILE CRE BASE	111	VITAMIN D2	149
VERSIGEL CRE	111	<i>vitamin d3</i>	149
VERZENIO	33	VITAMIN D3	149
<i>vestura</i>	75	<i>vitamin d3 adult gummies</i>	149
V-GO 20 KIT	67	<i>vitamin d3 extra strength</i>	149
V-GO 30 KIT	67	<i>vitamin d3 gummies</i>	149
V-GO 40 KIT	67	<i>vitamin d3 gummies adult</i>	149
<i>vienna</i>	75	VITAMIN D3 IMMUNE HEALTH	149
<i>vigabatrin</i>	56	<i>vitamin d3 maximum streng</i>	149
<i>vigadrone</i>	56	<i>vitamin d3 super strength</i>	149
VIGAFYDE	56	VITAMIN D3 TAB COMPLETE	149
<i>vigpoder</i>	56	<i>vitamin d3 ultra strength</i>	149
<i>vilazodone hcl</i>	47	<i>vitamin d-1000 maximum st</i>	149
<i>vincristine sulfate</i>	24	<i>vitamin d high potency</i>	149
<i>vinorelbine tartrate</i>	24	<i>vitamin d infant</i>	149
<i>viorele</i>	75	<i>vitamin e</i>	150
VIRACEPT	13	VITAMIN E	150
VIREAD	13	<i>vitamin e blend</i>	150
<i>virt-caps</i>	148	<i>vitamin e/d-alpha natural</i>	150
<i>virt-gard</i>	148	<i>vitamin e high potency</i>	150
<i>vision formula/lutein</i>	148	<i>vitamin supplement e-400</i>	150
VISION HEALT CAP	148	VITASANA TAB	150
<i>vision vitamins</i>	148	<i>vitatrum</i>	150
VISTA ADVAN CAP AREDS2	148	<i>vitatrum complete</i>	150
VISTA ADVAN CAP DRY EYE	148	VITATRUM TAB	150
<i>vitabasic complete</i>	148	VITRAKVI	33
<i>vitabasic senior</i>	148	VITRAMYN TAB	150
VITABEX PLUS CAP	148	VITRANOL FE TAB	150
VITACHEW CHW ADULT	148	VITRANOL TAB	150
VITACHEW MULTIPLE VITAMIN	148	VITREXATE FE TAB	150
VITACRAVES CHW IMMUNITY	148	VITREXATE TAB	150
VITACRAVES CHW MENS	148	VITREXYL TAB	150
VITACRAVES CHW SOUR GUM	148	VITREXYL TAB IRON	150
VITACRAVES CHW WOMENS	148	<i>vitrum senior</i>	150
<i>vita hair</i>	148	VITRUM TAB SENIOR	150
<i>vitajoy daily d gummies</i>	148	VIVITROL	63
VITAL-D RX TAB	148	VIZIMPRO	33
<i>vitalee</i>	148	VONJO	33
VITALETS CHW CHILD	148	<i>voriconazole</i>	12
VITAMI A-C-D DRO INFANT	149	VORTEX/MASK MIS CHILDS	176

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
VORTEX VALVE MIS CHAMBER	176	XCOPRI PAK 100-150	56
VOSEVI TAB	16	XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	56
VP GLUCOSE CHW FRUIT	78	XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	56
VP GLUCOSE CHW GRAPE	78	XDEMVI	152
<i>vp-vite rx</i>	150	XELJANZ	104
VRAYLAR	52	XELJANZ XR	104
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	52	XERAC AC	188
<i>vyfemla</i>	75	XERMELO	93
<i>vylibra</i>	75	XGEVA	67
VYZULTA	154	XHANCE	177
W		XIFAXAN	93
WALGREENS GLUCOSE	78	XIGDUO XR TAB 2.5-1000	65
<i>warfarin sodium</i>	97	XIGDUO XR TAB 5-500MG	65
<i>wart remover maximum stre</i>	188	XIGDUO XR TAB 5-1000MG	65
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	189	XIGDUO XR TAB 10-500MG	65
<i>wee care</i>	100	XIGDUO XR TAB 10-1000	65
<i>weekly-d</i>	150	XIIDRA	155
WELIREG	24	XOFLUZA	16
<i>wera</i>	75	XOLAIR	176
<i>wescaps</i>	150	XOSPATA	33
<i>westab one</i>	150	XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	33
WESTUSSIN DM SYP	171	XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	33
<i>wixela inhub</i>	177	XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	33
<i>womens 50+ advanced</i>	150	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	34
WOMENS 50+ TAB MULTIVIT	150	XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	34
<i>womens daily formula</i>	150	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	34
<i>womens daily formula/foli</i>	150	XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	34
WOMENS DAILY PAK PACK	150	XTANDI	23
WOMENS MULT CHW GUMMIES	150	<i>xulane</i>	75
<i>womens multi</i>	150	XULTOPHY INJ 100/3.6	67
<i>womens multivitamin</i>	150	Y	
WOMENS PAK	151	<i>yargesa</i>	80
WOUND CARE CRE	111	YELETS TEEN TAB FORMULA	151
<i>wymzya fe</i>	75	YF-VAX INJ	107
X		<i>yl beta carotene</i>	151
XALKORI	33	<i>yl coenzyme q10</i>	124
XARELTO	97	<i>yl folic acid</i>	151
XARELTO STAR TAB 15/20MG	97	<i>yl vitamin b-6</i>	151
XATMEP	104	<i>yl vitamin c</i>	151
XCEL 100 CRE	111	<i>yl vitamin c/rose hips</i>	151
XCELLENT E CAP 33.5MG	151	YOUR LIFE CHW GUMMIES	151
XCOPRI	56	<i>yuvafem</i>	76
XCOPRI PAK 12.5-25	56		
XCOPRI PAK 50-100MG	56		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
Z		ZYLET SUS 0.5-0.3%	151
<i>zafemy</i>	75	ZYPREXA RELPREVV	52
<i>zafirlukast</i>	171		
<i>zaleplon</i>	58		
ZARXIO	97		
ZEJULA	34		
ZELBORAF	34		
ZELDANA CAP	151		
ZEMAIRA	176		
<i>zenatane</i>	178		
ZENPEP CAP 3000UNIT	93		
ZENPEP CAP 5000UNIT	93		
ZENPEP CAP 10000UNT	93		
ZENPEP CAP 15000UNT	93		
ZENPEP CAP 20000UNT	93		
ZENPEP CAP 25000UNT	93		
ZENPEP CAP 40000UNT	94		
ZENPEP CAP 60000UNT	94		
ZERVIATE	153		
<i>zidovudine</i>	14		
ZIEXTENZO	97		
ZIKS ARTHRIT CRE RELIEF	188		
ZINC LOZ	151		
<i>zinc oxide (topical)</i>	188		
<i>zinc sulfate</i>	120		
ZINC SULFATE POW GRANULAR	120		
ZINC SULFATE POW HEPTAHYD	121		
ZINC SULFATE POW MONOHYD	121		
ZINTREXYL-C TAB	151		
<i>ziprasidone hcl</i>	52		
<i>ziprasidone mesylate</i>	52		
ZIRABEV	34		
ZIRGAN	152		
<i>zoledronic acid</i>	67		
ZOLINZA	34		
<i>zolpidem tartrate</i>	58		
ZONISADE	56		
<i>zonisamide</i>	56		
<i>zoo friends/extra c</i>	151		
<i>zovia 1/35</i>	75		
ZTALMY	56		
<i>zumandimine</i>	75		
ZURZUVAE	47		
ZYDELIG	34		
ZYKADIA	34		

Multi-Language Insert
Multi-language Interpreter Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



©2024 Aetna Inc.
OH-23-09-01 (SP) K (11/24)
Sin cambios realizados desde el 11/01/2024