

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	189



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. La llamada es gratuita.
- ❖ 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 188. 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 189. 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, muéstrele la lista a su médico u otra persona autorizada a dar recetas. Pueden recetarle un medicamento de la Lista de medicamentos que sea similar al que desea tomar. **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

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 189. 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.

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**.

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
N.º de identificación del formulario: 00024080 v11

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 v11

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</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 20mg/ml</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, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg	\$0(1)	
VANCOMYCIN INJ 1 GM	\$0(2)	
VANCOMYCIN INJ 500MG	\$0(2)	
VANCOMYCIN INJ 750MG	\$0(2)	
ANTIFUNGALS - DRUGS TO TREAT FUNGAL INFECTIONS		
ABELCET SUSP 5mg/ml	\$0(2)	B/D
<i>amphotericin b</i> SOLR 50mg	\$0(1)	B/D
<i>amphotericin b liposome</i> SUSR 50mg	\$0(2)	NDS, B/D
<i>caspofungin acetate</i> SOLR 50mg, 70mg	\$0(1)	
<i>fluconazole</i> SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	\$0(1)	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 200 mg/100ml	\$0(1)	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 400 mg/200ml	\$0(1)	
<i>flucytosine</i> CAPS 250mg, 500mg	\$0(2)	NDS, PA
<i>griseofulvin microsize</i> SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	\$0(1)	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> TABS 125mg, 250mg	\$0(1)	
<i>itraconazole</i> CAPS 100mg	\$0(1)	PA
<i>ketoconazole</i> TABS 200mg	\$0(1)	PA
<i>miconazole sodium</i> SOLR 50mg, 100mg	\$0(2)	NDS
<i>nystatin</i> TABS 500000unit	\$0(1)	
<i>posaconazole</i> SUSP 40mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (630 mL / 30 days), PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **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 v11

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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 62.5-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i>	\$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> CAPS 50mg, 200mg; TABS 600mg	\$0(1)	NM
<i>emtricitabine</i> CAPS 200mg	\$0(1)	NM
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	\$0(2)	NM
<i>etravirine</i> TABS 100mg, 200mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>fosamprenavir calcium</i> TABS 700mg	\$0(2)	NDS, NM
FUZEON SOLR 90mg	\$0(2)	NDS, NM, LA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
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
LEXIVA SUSP 50mg/ml	\$0(2)	NM
<i>maraviroc</i> TABS 150mg, 300mg	\$0(2)	NDS, NM
<i>nevirapine</i> SUSP 50mg/5ml; TABS 200mg; TB24 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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v11

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, QL (30 tabs / 30 days), NM
DESCOVY TAB 200/25MG	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), 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, QL (30 tabs / 30 days), NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab</i> 133-200 mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab</i> 167-250 mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab</i> 200-300 mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days), NM
EVOTAZ TAB 300-150	\$0(2)	NDS, NM
GENVOYA TAB	\$0(2)	NDS, NM
JULUCA TAB 50-25MG	\$0(2)	NDS, NM
<i>lamivudine-zidovudine tab</i> 150-300 mg	\$0(1)	NM
<i>lopinavir-ritonavir soln</i> 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)	\$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 100-25 mg</i>	\$0(1)	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	\$0(1)	NM
ODEFSEY TAB	\$0(2)	NDS, NM
PREZCOBIX TAB 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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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 33.75-150MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
HARVONI PAK 45-200MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
HARVONI TAB 45-200MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
HARVONI TAB 90-400MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>lamivudine (hbv)</i> TABS 100mg	\$0(1)	NM
MAVYRET PAK 50-20MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
MAVYRET TAB 100-40MG	\$0(2)	NDS, NM, PA
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 30mg	\$0(1)	QL (168 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 45mg, 75mg	\$0(1)	QL (84 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> SUSR 6mg/ml	\$0(1)	QL (1080 mL / year)
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)	
CEFACLOR ER TB12 500mg	\$0(2)	
<i>cefadroxil</i> CAPS 500mg; SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	\$0(1)	
CEFAZOLIN SOLR 2gm, 3gm	\$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
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	\$0(2)	
<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
<i>e.e.s. 400</i> 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 v11

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>erythrocin stearate</i> TABS 250mg	\$0(1)	
<i>erythromycin base</i> CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	\$0(1)	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> TABS 400mg	\$0(1)	
<i>erythromycin lactobionate</i> SOLR 500mg	\$0(1)	
FLUOROQUINOLONES - 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> 200-28.5 mg	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab</i> 400-57 mg	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i> 200-28.5 mg/5ml	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i> 250-62.5 mg/5ml	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp</i> 400-57 mg/5ml	\$0(1)	

PA - Autorización previa QL - Límites de 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 for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>	\$0(1)	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>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)	

PA - Autorización previa QL - Límites de 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 v11

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pfizerpen</i> SOLR 5000000unit, 20000000unit	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj</i> 3.375 gm (3-0.375 gm)	\$0(1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 2.25 gm (2-0.25 gm)	\$0(1)	
<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</i> SOLR 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		
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/ml	\$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> INJ 2mg/ml	\$0(2)	NDS, B/D
ELLECE SOLN 50mg/25ml, 200mg/100ml	\$0(2)	B/D
ANTIMETABOLITES		
<i>azacitidine</i> SUSR 100mg	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>cytarabine</i> SOLN 20mg/ml	\$0(1)	B/D
<i>fluorouracil</i> SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	\$0(1)	B/D
<i>gemcitabine hcl</i> SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml; SOLR 1gm, 2gm, 200mg	\$0(1)	B/D
INQOVI TAB 35-100MG	\$0(2)	NDS, 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
ONUREG TABS 200mg, 300mg	\$0(2)	NDS, QL (14 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
N.º de identificación del formulario: 00024080 v11

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
NUBEQA TABS 300mg	\$0(2)	NDS, QL (120 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
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, 100mg	\$0(2)	NDS, QL (28 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
<i>bexarotene</i> CAPS 75mg	\$0(2)	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, PA
<i>hydroxyurea</i> CAPS 500mg	\$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 v11

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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
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, 3.5mg	\$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
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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
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
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
<i>everolimus</i> TBSO 3mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 5mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
EXKIVITY CAPS 40mg	\$0(2)	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, LA, 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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
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
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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
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
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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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 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
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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
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	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
OGIVRI INJ 420MG	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
OGSIVEO TABS 50mg	\$0(2)	NDS, QL (180 tabs / 30 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
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
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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
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
<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
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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
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
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
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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
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 TBP 40mg	\$0(2)	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY TBP 40mg	\$0(2)	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY TBP 60mg	\$0(2)	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TBP 20mg	\$0(2)	NDS, QL (24 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY TBP 40mg	\$0(2)	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TBP 20mg	\$0(2)	NDS, QL (32 tabs / 28 days), NM, LA, PA
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY TBP 50mg	\$0(2)	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, LA, PA
ZEJULA CAPS 100mg	\$0(2)	NDS, QL (90 caps / 30 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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
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)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i> 10-20 mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i> 10-40 mg	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i> 5-6.25mg	\$0(1)	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i> 10-12.5 mg	\$0(1)	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i> 20-12.5 mg	\$0(1)	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab</i> 20-25 mg	\$0(1)	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab</i> 25-15 mg	\$0(1)	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab</i> 25-25 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>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</i>	\$0(1)	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	\$0(1)	
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	\$0(1)	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	\$0(1)	
ACE INHIBITORS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>benazepril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg</i>	\$0(1)	
<i>captopril TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg</i>	\$0(1)	
<i>enalapril maleate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg</i>	\$0(1)	
<i>fosinopril sodium TABS 10mg, 20mg, 40mg</i>	\$0(1)	
<i>lisinopril TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	\$0(1)	
<i>moexipril hcl TABS 7.5mg, 15mg</i>	\$0(1)	
<i>perindopril erbumine TABS 2mg, 4mg, 8mg</i>	\$0(1)	
<i>quinapril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg</i>	\$0(1)	
<i>ramipril CAPS 1.25mg, 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	\$0(1)	
<i>trandolapril TABS 1mg, 2mg, 4mg</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
ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
eplerenone TABS 25mg, 50mg	\$0(1)	
KERENDIA TABS 10mg, 20mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
spironolactone TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
ALPHA BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
doxazosin mesylate TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg	\$0(1)	
prazosin hcl CAPS 1mg, 2mg, 5mg	\$0(1)	
terazosin hcl CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE		
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-25 mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
ENTRESTO TAB 24-26MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)

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

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

PA - Autorización previa QL - Límites de 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
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)	
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)	

PA - Autorización previa QL - Límites de 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>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)
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> TBCR 500mg, 750mg, 1000mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	\$0(1)	PA
<i>prevalite</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	\$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</i> CAPS 200mg, 400mg	\$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>atenolol</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>betaxolol hcl</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	
<i>bisoprolol fumarate</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>carvedilol</i> TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg	\$0(1)	
<i>labetalol hcl</i> TABS 100mg, 200mg, 300mg	\$0(1)	
<i>metoprolol succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	\$0(1)	
<i>metoprolol tartrate</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>nadolol</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg	\$0(1)	
<i>nebivolol hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>nebivolol hcl</i> TABS 20mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pindolol</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>propranolol hcl</i> CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg; SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	\$0(1)	
<i>timolol maleate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	\$0(1)	
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS - DRUGS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE AND HEART CONDITIONS		
<i>amlodipine besylate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>cartia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	\$0(1)	
<i>dilt-xr</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl</i> CP12 60mg, 90mg, 120mg; SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml; TABS 30mg, 60mg, 90mg, 120mg	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl coated beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	\$0(1)	
<i>diltiazem hcl extended release beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	\$0(1)	

PA - Autorización previa QL - Límites de 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>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>taztia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	\$0(1)	
<i>tiadylt er</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	\$0(1)	
<i>verapamil hcl</i> CP24 100mg, 120mg, 180mg, 200mg, 240mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml; TABS 40mg, 80mg, 120mg; TBCR 120mg, 180mg, 240mg	\$0(1)	
DIURETICS - DRUGS TO TREAT HEART CONDITIONS		
<i>acetazolamide</i> CP12 500mg; TABS 125mg, 250mg	\$0(1)	
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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>triamterene & hydrochlorothiazide cap</i> 37.5-25 mg	\$0(1)	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i> 37.5-25 mg	\$0(1)	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i> 75-50 mg	\$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)	
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>metyrosine</i> CAPS 250mg	\$0(2)	NDS, PA
<i>midodrine hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>minoxidil</i> TABS 2.5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>ranolazine</i> TB12 500mg, 1000mg	\$0(1)	
VERQUVO TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(2)	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)	

PA - Autorización previa QL - Límites de 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>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
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		
ANTI-ANXIETY - DRUGS TO TREAT ANXIETY		
<i>alprazolam</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	\$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl</i> TABS 5mg, 7.5mg, 10mg, 15mg, 30mg	\$0(1)	
<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml	\$0(1)	QL (150 mL / 30 days)
<i>lorazepam</i> SOLN 2mg/ml, 4mg/ml	\$0(1)	
<i>lorazepam</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	\$0(1)	QL (150 tabs / 30 days)
<i>lorazepam intensol</i> CONC 2mg/ml	\$0(1)	QL (150 mL / 30 days)
ANTI-DEMENTIA - 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)

PA - Autorización previa QL - Límites de 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>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)	
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

PA - Autorización previa QL - Límites de 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 v11

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg; CONC 10mg/ml	\$0(2)	
<i>duloxetine hcl</i> CPEP 20mg, 30mg, 60mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr	\$0(2)	NDS, QL (30 patches / 30 days), PA
<i>escitalopram oxalate</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 5mg, 10mg, 20mg	\$0(1)	
FETZIMA CP24 20mg, 40mg	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days), PA
FETZIMA CP24 80mg, 120mg	\$0(2)	QL (30 caps / 30 days), PA
FETZIMA CAP TITRATIO	\$0(2)	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)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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>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)
<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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	\$0(1)	
<i>entacapone TABS 200mg</i>	\$0(1)	
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)	
<i>pramipexole dihydrochloride TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg</i>	\$0(1)	
<i>rasagiline mesylate TABS .5mg, 1mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ropinirole hydrochloride TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg</i>	\$0(1)	
<i>selegiline hcl CAPS 5mg; TABS 5mg</i>	\$0(1)	
<i>trihexyphenidyl hcl SOLN .4mg/ml; TABS 2mg, 5mg</i>	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
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 SOLN 1mg/ml</i>	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days)
<i>aripiprazole TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg</i>	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>aripiprazole TBDP 10mg, 15mg</i>	\$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 SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg	\$0(2)	NDS, 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>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
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)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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>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)
<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)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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>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
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)
<i>ziprasidone hcl</i> CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>ziprasidone mesylate</i> SOLR 20mg	\$0(1)	QL (6 injections / 3 days)
ZYPREXA RELPREVV SUSR 210mg, 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
<i>carbamazepine</i> CHEW 100mg; CP12 100mg, 200mg, 300mg; SUSP 100mg/5ml; TABS 200mg; TB12 100mg, 200mg, 400mg	\$0(1)	
<i>clobazam</i> SUSP 2.5mg/ml	\$0(1)	QL (480 mL / 30 days), PA
<i>clobazam</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>clonazepam</i> TABS 2mg; TBP 2mg	\$0(1)	QL (300 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>clonazepam</i> TABS .5mg, 1mg; TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days), PA; PA if 65 years and older
DIACOMIT CAPS 250mg	\$0(2)	NDS, QL (360 caps / 30 days), NM, LA, PA
DIACOMIT CAPS 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, LA, PA
DIACOMIT PACK 250mg	\$0(2)	NDS, QL (360 packets / 30 days), NM, LA, PA
DIACOMIT PACK 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
<i>diazepam</i> 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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
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
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)	
<i>methsuximide</i> CAPS 300mg	\$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
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
<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>roweepira</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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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>tiagabine hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	\$0(1)	
<i>topiramate</i> CPSP 15mg, 25mg; TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	\$0(1)	
<i>valproate sodium</i> SOLN 100mg/ml, 250mg/5ml	\$0(1)	
<i>valproic acid</i> CAPS 250mg	\$0(1)	
VALTOCO 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
<i>vigpoder</i> PACK 500mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
XCOPRI TABS 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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER - DRUGS TO TREAT ADHD		
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>atomoxetine hcl CAPS 10mg, 18mg, 25mg</i>	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 40mg</i>	\$0(1)	QL (60 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 60mg, 80mg, 100mg</i>	\$0(1)	QL (30 caps / 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 2.5mg, 5mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days), PA
<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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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>guanfacine hcl (adhd)</i> TB24 3mg	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN 5mg/5ml	\$0(1)	QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN 10mg/5ml	\$0(1)	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 20mg; TBCR 10mg, 20mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days), PA
HYPNOTICS - DRUGS TO TREAT INSOMNIA		
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

PA - Autorización previa QL - Límites de 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>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 4mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (8 mL / 30 days), PA
<i>ergotamine w/ caffeine tab</i> 1-100 mg	\$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
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 24mg	\$0(2)	NDS, QL (60 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(2)	
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg; TABS 300mg; TBCR 300mg, 450mg	\$0(1)	
NUEDEXTA CAP 20-10MG	\$0(2)	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pyridostigmine bromide</i> TABS 60mg	\$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>riluzole</i> TABS 50mg	\$0(1)	
<i>tetrabenazine</i> TABS 12.5mg	\$0(2)	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>tetrabenazine</i> TABS 25mg	\$0(2)	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - DRUGS TO TREAT MULTIPLE SCLEROSIS		
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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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>dantrolene sodium</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
<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 2-0.5 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (60 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i>	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> TB12 150mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>disulfiram</i> TABS 250mg, 500mg	\$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>gnp nicotine gum</i> GUM 4mg	\$0(3)	NM; *
<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 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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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</i> TABS .5mg, 1mg	\$0(1)	QL (56 tabs / 28 days), PA
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack</i>	\$0(1)	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</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	\$0(1)	PA
<i>methyltestosterone</i> CAPS 10mg	\$0(2)	NDS, QL (600 caps / 30 days), PA
<i>testosterone</i> GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm	\$0(1)	QL (300 gm / 30 days), PA
<i>testosterone</i> GEL 1.62%	\$0(1)	QL (150 gm / 30 days), PA
<i>testosterone cypionate</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	\$0(1)	PA
<i>testosterone enanthate</i> SOLN 200mg/ml	\$0(1)	PA
ANTIDIABETICS		
<i>acarbose</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(1)	
BYDUREON BCISE AUIJ 2mg/0.85ml	\$0(2)	QL (4 pens / 28 days), 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</i> TABS 1mg, 2mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glimepiride</i> TABS 4mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TABS 5mg	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TABS 10mg	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TB24 2.5mg, 5mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TB24 10mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl</i> TB24 2.5mg, 5mg	\$0(1)	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl</i> TB24 10mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	\$0(1)	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-500MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-500MG	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-1000	\$0(2)	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 100-1000	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg	\$0(2)	QL (30 tabs / 30 days)
JARDIANCE TABS 10mg, 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 SOPN 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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v11

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 SOPN .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 G6 KIT INTRO	\$0(2)	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS	\$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 4mg/100ml, 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
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	\$0(2)	
<i>penicillamine</i> TABS 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>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	\$0(1)	
<i>sps</i> SUSP 15gm/60ml	\$0(1)	
<i>trientine hcl</i> CAPS 250mg	\$0(2)	NDS, NM, PA
VELTASSA PACK 8.4gm, 16.8gm, 25.2gm	\$0(2)	
CONTRACEPTIVES - DRUGS FOR BIRTH CONTROL		
<i>afirmelle</i>	\$0(1)	
<i>aftera</i> TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
AIMSCO MIS LUBRICAT	\$0(3)	NM; *
<i>altavera</i>	\$0(1)	
<i>alyacen</i> 1/35	\$0(1)	
<i>alyacen</i> 7/7/7	\$0(1)	
<i>amethia</i>	\$0(1)	
<i>apri</i>	\$0(1)	
<i>aranelle</i>	\$0(1)	
<i>ashlyna</i>	\$0(1)	
<i>aubra eq</i>	\$0(1)	
<i>aurovela</i> 1/20	\$0(1)	
<i>aurovela</i> 24 fe	\$0(1)	
<i>aurovela fe</i> 1.5/30	\$0(1)	
<i>aurovela fe</i> 1/20	\$0(1)	
<i>aviane</i>	\$0(1)	
<i>ayuna</i>	\$0(1)	
<i>azurette</i>	\$0(1)	
<i>balziva</i>	\$0(1)	
<i>blisovi</i> 24 fe	\$0(1)	
<i>blisovi fe</i> 1.5/30	\$0(1)	
<i>briellyn</i>	\$0(1)	
<i>camila</i> TABS .35mg	\$0(1)	
<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)	
<i>dasetta</i> 1/35	\$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 v11

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dasetta 7/7/7</i>	\$0(1)	
<i>daysee</i>	\$0(1)	
<i>deblitane</i> TABS .35mg	\$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</i> TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>econtra one-step</i> TABS 1.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>elinest</i>	\$0(1)	
<i>eluryng</i>	\$0(1)	
<i>enilloring</i>	\$0(1)	
<i>enpresse-28</i>	\$0(1)	
<i>enskyce</i>	\$0(1)	
<i>errin</i> TABS .35mg	\$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; *
FANTASY LUBR MIS SPERMICI	\$0(3)	NM; *
FANTASY MIS LUBRICAT	\$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 v11

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	
<i>larin 1.5/30</i>	\$0(1)	
<i>larin 1/20</i>	\$0(1)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **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 v11

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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>lutera</i>	\$0(1)	
<i>lyleq TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>lyza TABS .35mg</i>	\$0(1)	
<i>marlissa</i>	\$0(1)	
MAXX MIS LUBRICAT	\$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
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)	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 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
 N.º de identificación del formulario: 00024080 v11

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
<i>take action TABS 1.5mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tarina 24 fe</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>tarina fe 1/20 eq</i>	\$0(1)	
<i>tilia fe</i>	\$0(1)	
<i>tri-estarylla</i>	\$0(1)	
<i>tri-legest fe</i>	\$0(1)	
<i>tri-linyah</i>	\$0(1)	
<i>tri-lo-estarylla</i>	\$0(1)	
<i>tri-lo-marzia</i>	\$0(1)	
<i>tri-lo-mili</i>	\$0(1)	
<i>tri-lo-sprintec</i>	\$0(1)	
<i>tri-mili</i>	\$0(1)	
<i>tri-nymyo</i>	\$0(1)	
<i>tri-sprintec</i>	\$0(1)	
<i>tri-vylibra</i>	\$0(1)	
<i>tri-vylibra lo</i>	\$0(1)	
<i>trivora-28</i>	\$0(1)	
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; *
TRUSTEX MIS VANILLA	\$0(3)	NM; *
TRUSTEX/RIA MIS LUBRICAT	\$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/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>amabelz tab 0.5-0.1mg</i>	\$0(2)	
<i>dotti</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	\$0(2)	
<i>estradiol</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr; PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr; TABS .5mg, 1mg, 2mg	\$0(2)	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	\$0(2)	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	\$0(2)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **NM** - No disponible para pedido por correo **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **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	\$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
N.º de identificación del formulario: 00024080 v11

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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v11

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>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
<i>nitisinone</i> CAPS 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	\$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
<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 INJ 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)
PROGESTINS - DRUGS TO REGULATE FEMALE HORMONES		
<i>medroxyprogesterone acetate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$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>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)	
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

PA - Autorización previa QL - Límites de 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
RAYALDEE CPR 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 CHEW 500mg, 750mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antacid calcium regular s CHEW 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antacid extra strength CHEW 750mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antacid maximum strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antacid regular strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antacid ultra strength CHEW 1000mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>antacid/antigas liquid</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cal-gest antacid CHEW 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium antacid CHEW 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>calcium antacid extra str CHEW 750mg</i>	\$0(3)	NM; *
CALCIUM CARBONATE TABS 648mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium carbonate (antacid) CHEW 500mg; SUSP 1250mg/5ml</i>	\$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 CHEW 750mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp antacid/regular stren</i>	\$0(3)	NM; *
<i>heartburn relief extra st</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm antacid</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm antacid anti-gas extra</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm antacid extra strength CHEW 750mg</i>	\$0(3)	NM; *
MAG-AL LIQ	\$0(3)	NM; *
<i>mag-al plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mag-al plus xs</i>	\$0(3)	NM; *
<i>magnesium oxide TABS 400mg, 420mg</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 v11

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mintox maximum strength</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mintox plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc antacid CHEW 500mg</i>	\$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 CHEW 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sb antacid extra strength CHEW 750mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm antacid CHEW 500mg</i>	\$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 CHEW 750mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm antacid maximum streng</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium antacid CHEW 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm calcium antacid extra CHEW 750mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>smooth antacid extra stre CHEW 750mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sodium bicarbonate (antacid) TABS 325mg, 650mg</i>	\$0(3)	NM; *
SODIUM POW BICARBON	\$0(3)	NM; *
TUMS CHEWY DELIGHTS CHEW 1177mg	\$0(3)	NM; *
<i>tums smoothies CHEW 750mg</i>	\$0(3)	NM; *
ANTI-DIARRHEAL		
<i>abatineX CAPS 680mg</i>	\$0(3)	NM; *
ACIDOPHILUS WAFR 1mg	\$0(3)	NM; *
<i>acidophilus extra strengt</i>	\$0(3)	NM; *
<i>acidophilus probiotic CAPS 10mg, 100mg; TABS .5mg, 10mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>acidophilus probiotic for</i>	\$0(3)	NM; *
ACIDOPHILUS/ TAB CIT PECT	\$0(3)	NM; *
<i>anti-diarrheal CAPS 2mg; SOLN 1mg/7.5ml; TABS 2mg</i>	\$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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
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; *
<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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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 v11

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	\$0(1)	B/D
<i>compro</i> SUPP 25mg	\$0(1)	
<i>driminate</i> TABS 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>dronabinol</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg	\$0(1)	B/D, QL (60 caps / 30 days)
<i>gnp motion sickness relie</i> TABS 25mg, 50mg	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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>granisetron hcl</i> SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml	\$0(1)	
<i>granisetron hcl</i> TABS 1mg	\$0(1)	B/D
<i>hm motion sickness</i> TABS 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>meclizine hcl</i> CHEW 25mg; TABS 12.5mg	\$0(3)	NM; *
<i>meclizine hcl</i> TABS 12.5mg, 25mg	\$0(2)	
<i>metoclopramide hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml; TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>motion sickness relief</i> TABS 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>motion sickness relief/le</i> TABS 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>motion-time</i> CHEW 25mg	\$0(3)	NM; *
<i>ondansetron</i> TBDP 4mg, 8mg	\$0(1)	B/D
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml; SOSY 4mg/2ml	\$0(1)	
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/5ml; TABS 4mg, 8mg	\$0(1)	B/D
<i>prochlorperazine</i> SUPP 25mg	\$0(1)	
<i>prochlorperazine edisylate</i> SOLN 10mg/2ml	\$0(1)	
<i>prochlorperazine maleate</i> TABS 5mg, 10mg	\$0(1)	
<i>promethazine hcl</i> SOLN 6.25mg/5ml, 25mg/ml, 50mg/ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	\$0(2)	PA; PA if 70 years and older
<i>scopolamine</i> PT72 1mg/3days	\$0(2)	QL (10 patches / 30 days), PA; PA if 70 years and older
<i>sm motion sickness</i> TABS 25mg, 50mg	\$0(3)	NM; *
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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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 v11

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> ENEM 100mg/60ml	\$0(1)	
<i>mesalamine</i> CP24 .375gm	\$0(1)	QL (120 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> CPDR 400mg	\$0(1)	QL (180 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm; SUPP 1000mg	\$0(1)	
<i>mesalamine</i> TBEC 1.2gm	\$0(1)	QL (120 tabs / 30 days)
<i>mesalamine w/ cleanser</i> KIT 4gm	\$0(1)	
<i>sulfasalazine</i> TABS 500mg; TBEC 500mg	\$0(1)	
LAXATIVES		
<i>bisacodyl</i> SUPP 10mg	\$0(3)	NM; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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>bisacodyl ec</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>calcium polycarbophil</i> TABS 625mg	\$0(3)	NM; *
<i>castor oil</i> OIL 100%	\$0(3)	NM; *
<i>castor oil stimulant laxa</i> OIL 100%	\$0(3)	NM; *
<i>chocolated laxative regul</i> CHEW 15mg	\$0(3)	NM; *
<i>clearlax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>colace 2-in-1</i>	\$0(3)	NM; *
COLACE CLEAR CAPS 50mg	\$0(3)	NM; *
<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>cvs castor oil</i> OIL 100%	\$0(3)	NM; *
<i>docusate calcium</i> CAPS 240mg	\$0(3)	NM; *
<i>docusate mini</i> ENEM 283mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>docusate sodium</i> CAPS 100mg, 250mg; LIQD 50mg/5ml, 100mg/10ml	\$0(3)	NM; *
DOCUSOL KIDS ENEM 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>docusol mini</i> ENEM 283mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>docusol plus mini-enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>dok</i> TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>enema ready-to-use</i>	\$0(3)	NM; *
<i>enemeez mini</i> ENEM 283mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>enemeez plus</i>	\$0(3)	NM; *
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	\$0(1)	
<i>epsom salt</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql castor oil</i> OIL 100%	\$0(3)	NM; *
<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>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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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 v11

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp clearlax</i> PACK 17gm; POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>gnp 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; *
<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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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>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 sulfate for soln</i> 236 gm	\$0(1)	
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln</i> 420 gm	\$0(1)	
PLENVU SOL	\$0(2)	
<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; *
<i>qc mineral oil heavy</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc natura-lax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>qc stool softener</i> CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc stool softener plus la</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc stool softener plus st</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc vegetable laxative</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>sb milk of magnesia</i> SUSP 400mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>senexon</i> LIQD 8.8mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>senexon-s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>senna laxative</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>senna plus</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 v11

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SENNAPLUS CAP 8.6-50MG	\$0(3)	NM; *
<i>senna regular strength</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>senna-lax</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>senna-tabs</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>senna-time</i> TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>senna-time s</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sennosides</i> CAPS 8.6mg; LIQD 8.8mg/5ml; SYRP 8.8mg/5ml; TABS 8.6mg	\$0(3)	NM; *
<i>sennosides-docusate sodium tab</i> 8.6-50mg	\$0(3)	NM; *
<i>senokot extra strength</i> TABS 17.2mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm clearlax</i> POWD 17gm/scoop	\$0(3)	NM; *
<i>sm enema</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm epsom salt</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm fiber</i> POWD 28.3%, 43%, 58.6%; TABS 625mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm fiber laxative</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm gentle laxative</i> TBEC 5mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm magnesium citrate</i> SOLN 1.745gm/30ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm milk of magnesia</i> SUSP 1200mg/15ml	\$0(3)	NM; *
<i>sm stool softener</i> CAPS 100mg, 250mg; TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<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</i> 17.5-3.13-1.6 gm/177ml	\$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</i> CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>stool softener + stimulan</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>stool softener laxative</i> CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>stool softener plus laxat</i>	\$0(3)	NM; *
MISCELLANEOUS		
<i>alosetron hcl</i> TABS .5mg, 1mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> CONC 100mg/5ml	\$0(1)	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq</i> 2.5-0.025 mg/5ml	\$0(2)	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab</i> 2.5-0.025 mg	\$0(2)	
<i>gas relief</i> CHEW 80mg	\$0(3)	NM; *
<i>gas relief extra strength</i> CAPS 125mg; CHEW 125mg	\$0(3)	NM; *
<i>gas relief infants</i> SUSP 20mg/0.3ml	\$0(3)	NM; *
<i>gas relief ultra strength</i> CAPS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>gas-x extra strength</i> CAPS 125mg	\$0(3)	NM; *
<i>gas-x ultra strength</i> CAPS 180mg	\$0(3)	NM; *
GATTEX KIT 5mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>gnp anti-gas ultra streng</i> CAPS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp gas relief</i> CHEW 80mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp gas relief extra stre</i> CHEW 125mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm gas relief</i> CHEW 80mg	\$0(3)	NM; *
<i>hm gas relief extra stren</i> CAPS 125mg	\$0(3)	NM; *
<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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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>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)	
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 magnesi</i> CPDR 20mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp lansoprazole</i> CPDR 15mg	\$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 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; *
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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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>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)
<i>tropium chloride</i> TABS 20mg	\$0(1)	QL (60 tabs / 30 days)
VAGINAL ANTI-INFECTIVES		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i> CREA 2%	\$0(1)	
<i>clotrimazole 3</i> 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 3</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>gnp miconazole 1 combinat</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp miconazole 3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp miconazole 7</i> CREA 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>metronidazole vaginal GEL .75%</i>	\$0(1)	
<i>miconazole 3 combination</i>	\$0(3)	NM; *
<i>miconazole 3 combo pack</i>	\$0(3)	NM; *
<i>miconazole 7 CREA 2%; SUPP 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>miconazole nitrate vaginal CREA 2%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc 3 day vaginal cream CREA 4%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc clotrimazole CREA 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc miconazole 7 CREA 2%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm 3-day vaginal CREA 2%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm clotrimazole vaginal CREA 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm miconazole 3</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm miconazole 7 CREA 2%; SUPP 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>terconazole vaginal CREA .4%, .8%; SUPP 80mg</i>	\$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 SOLN 300mg/3ml; SOSY 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml, 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml</i>	\$0(1)	
<i>fondaparinux sodium SOLN 2.5mg/0.5ml</i>	\$0(1)	
<i>fondaparinux sodium SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml</i>	\$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) SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml</i>	\$0(1)	B/D
HEPARIN/NAACL INJ 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
N.º de identificación del formulario: 00024080 v11

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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
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; *
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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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 v11

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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
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		
<i>anagrelide hcl</i> CAPS .5mg, 1mg	\$0(1)	
BERINERT KIT 500unit	\$0(2)	NDS, QL (24 boxes / 30 days), NM, LA, PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	\$0(1)	
DOPTELET TABS 20mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	\$0(2)	
ENDARI PACK 5gm	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
HAEGARDA SOLR 2000unit	\$0(2)	NDS, QL (30 vials / 30 days), NM, LA, PA
HAEGARDA SOLR 3000unit	\$0(2)	NDS, QL (20 vials / 30 days), NM, LA, PA
<i>icatibant acetate</i> SOSY 30mg/3ml	\$0(2)	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	\$0(1)	
PROMACTA PACK 12.5mg	\$0(2)	NDS, QL (360 packets / 30 days), NM, LA, PA
PROMACTA PACK 25mg	\$0(2)	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
PROMACTA TABS 12.5mg, 25mg	\$0(2)	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
PROMACTA TABS 50mg, 75mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
<i>sajazir</i> SOSY 30mg/3ml	\$0(2)	NDS, QL (9 syringes / 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
N.º de identificación del formulario: 00024080 v11

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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
DUPIXENT SOPN 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
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml	\$0(2)	NDS, QL (16 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 50mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (8 cartridges / 28 days), NM, PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml	\$0(2)	NDS, QL (8 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml, 20mg/0.2ml	\$0(2)	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (6 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	\$0(2)	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D PSKT 80mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (3 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN PNKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (6 pens / 28 days), NM, PA

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare 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
HUMIRA PEN PNKT 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 PNKT 80mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S PNKT 80mg/0.8ml	\$0(2)	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER PNKT 40mg/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
KEVZARA SOSY 150mg/1.14ml, 200mg/1.14ml	\$0(2)	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
OTEZLA TABS 30mg	\$0(2)	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
OTEZLA TAB 10/20/30	\$0(2)	NDS, QL (110 tabs / year), NM, PA
REMICADE SOLR 100mg	\$0(2)	NDS, NM, 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
SKYRIZI SOCT 180mg/1.2ml, 360mg/2.4ml	\$0(2)	NDS, QL (1 cartridge / 56 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
SKYRIZI SOLN 600mg/10ml	\$0(2)	NDS, QL (6 vials / year), 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
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)	
<i>leflunomide</i> TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	QL (30 tabs / 30 days)
<i>methotrexate sodium</i> TABS 2.5mg	\$0(1)	
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	\$0(2)	B/D
IMMUNOGLOBULINS		
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml, 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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
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
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 2000000unit/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; SOLN 50mg/ml	\$0(1)	B/D, NM
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	\$0(1)	B/D, NM
<i>everolimus (immunosuppressant)</i> TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>gengraf</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	\$0(1)	B/D, NM

PA - Autorización previa QL - Límites de cantidad ST - Tratamiento escalonado NM - No disponible para pedido por correo B/D - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare 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>mycophenolate mofetil</i> CAPS 250mg; TABS 500mg	\$0(1)	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> SUSR 200mg/ml	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>mycophenolate sodium</i> TBEC 180mg, 360mg	\$0(1)	B/D, NM
NULOJIX SOLR 250mg	\$0(2)	NDS, B/D, NM
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	\$0(2)	B/D, NM
REZUROCK TABS 200mg	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
SANDIMMUNE SOLN 100mg/ml	\$0(2)	B/D, NM
<i>sirolimus</i> SOLN 1mg/ml	\$0(2)	NDS, B/D, NM
<i>sirolimus</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	\$0(1)	B/D, NM
<i>tacrolimus</i> CAPS .5mg, 1mg, 5mg	\$0(1)	B/D, NM
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)	
DENG VAXIA 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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
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)	
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 INJ 1350pfu/0.5ml	\$0(1)	
YF-VAX INJ	\$0(1)	

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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
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; *
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; *
LIPOPEN 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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
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; *
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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
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; *
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>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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
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; *
<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>pediatric electrolyte/zin</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/NACL INJ 0.45%	\$0(2)	
D5W/LYTES INJ #48	\$0(2)	
D10W/NACL INJ 0.2%	\$0(2)	
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i>	\$0(1)	
ISOLYTE-P INJ /D5W	\$0(2)	
ISOLYTE-S INJ	\$0(2)	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	\$0(2)	
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & 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 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	\$0(1)	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	\$0(1)	
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	\$0(2)	
<i>lactated ringer's solution</i>	\$0(1)	
MAGNESIUM 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)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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>potassium chloride</i> SOLN 2meq/ml, 10meq/100ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml	\$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</i> SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%	\$0(1)	
TPN ELECTROL INJ	\$0(2)	B/D
ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL		
<i>klor-con</i> PACK 20meq	\$0(1)	
<i>klor-con 8</i> TBCR 8meq	\$0(1)	
<i>klor-con 10</i> TBCR 10meq	\$0(1)	
<i>klor-con m10</i> TBCR 10meq	\$0(1)	
<i>klor-con m15</i> TBCR 15meq	\$0(1)	
<i>klor-con m20</i> TBCR 20meq	\$0(1)	
M-NATAL PLUS TAB	\$0(2)	
<i>potassium chloride</i> CPCR 8meq, 10meq; PACK 20meq; SOLN 10%, 20%; TBCR 8meq, 10meq, 20meq	\$0(1)	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i> TBCR 10meq, 15meq, 20meq	\$0(1)	
PRENATAL TAB 27-1MG	\$0(2)	
PRENATAL TAB PLUS	\$0(2)	
<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

PA - Autorización previa QL - Límites de 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>clinisol sf 15%</i>	\$0(1)	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	\$0(2)	B/D
<i>dextrose SOLN 5%, 10%</i>	\$0(1)	
<i>dextrose SOLN 50%, 70%</i>	\$0(1)	B/D
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
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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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 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; *
<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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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 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; *
<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 TABS 600mg, 1500mg</i>	\$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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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 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 TABS 1250mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs calcium citrate+d3 pe</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs magnesium TABS 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs magnesium oxide TABS 250mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs oyster shell calcium/</i>	\$0(3)	NM; *
<i>600+d3</i>	\$0(3)	NM; *
<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>eq calcium 600mg/vitamin</i>	\$0(3)	NM; *
EQL CALCIUM CAP VIT D	\$0(3)	NM; *
<i>eq calcium citrate w/vit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eq calcium citrate/ vita</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eq 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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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>liquid calcium/vitamin d</i>	\$0(3)	NM; *
MAG-G TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>mag-oxide</i> TABS 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>magdelay</i> TBEC 64mg	\$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; *
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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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>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 TABS 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>px calcium&d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc calcium fast dissoluti TABS 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc calcium/minerals/vitam</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra calcium 600 TABS 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
SOD CHLORIDE GRA	\$0(3)	NM; *
<i>super calcium</i> TABS 600mg	\$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</i> CAPS 220mg	\$0(3)	NM; *
ZINC SULFATE POW GRANULAR	\$0(3)	NM; *
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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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 v11

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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; *
<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 1000MG	\$0(3)	NM; *
FISH OIL CAP 1360MG	\$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</i> CAPS 60mg, 100mg, 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp co q-10</i> CAPS 100mg	\$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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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 fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>kp omega-3 fish oil</i>	\$0(3)	NM; *
<i>l-arginine maximum streng</i> TABS 1000mg	\$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; *
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; *
MEGAPURE CAP 780 EC	\$0(3)	NM; *
MEGAPURE CAP 900 EC	\$0(3)	NM; *
OMERA CAP 750MG	\$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 v11

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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; *
<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</i> CAPS 100mg, 200mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm coenzyme q-10</i> CAPS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm coq-10</i> CAPS 50mg	\$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</i> CAPS 30mg	\$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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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>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; *
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; *
AMLADDEX 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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v11

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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</i> LIQD 10mcg/ml	\$0(3)	NM; *
<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 400ut/0.028ml	\$0(3)	NM; *
<i>baby vitamin d3 drops</i> LIQD 400ut/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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
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; *
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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
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; *
<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 vitami</i>	\$0(3)	NM; *
<i>childrens gummies</i>	\$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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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>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; *
<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; *
<i>cvs gummy dinos</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs gummy dinos childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>cvs gummy multivitamin ki</i>	\$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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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 v11

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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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 v11

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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 TABS 50000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
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; *
<i>eq multivitamin gummies c</i>	\$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; *
<i>eq b-6 TABS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eq century</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eq 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 TABS 500mg, 1000mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql vitamin c/rose hips TABS 500mg, 1000mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql vitamin d3 CAPS 400unit, 1000unit, 2000unit, 5000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>eql vitamin e CAPS 400unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ergocalciferol CAPS 1.25mg, 50000unit; SOLN 8000unit/ml</i>	\$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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
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; *
<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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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>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 CAPS 5000mcg</i>	\$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 CAPS 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp essential one daily</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp folic acid TABS 400mcg</i>	\$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 CAPS 10000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin b-6 TABS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin c TABS 250mg, 500mg, 1000mg</i>	\$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 CHEW 400unit; TABS 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin d3 TABS 400unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin d3 extra stre TABS 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin d maximum str TABS 2000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin d super stren TABS 5000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin e CAPS 200unit, 400unit, 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp vitamin e water dispe CAPS 400unit</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 v11

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gummi bear multivitamin/m</i>	\$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; *
<i>healthy kids vitamin d3 CHEW 400unit</i>	\$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 CAPS 5000mcg</i>	\$0(3)	NM; *
HM COMPLETE TAB MEN	\$0(3)	NM; *
<i>hm complete women</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm e vitamin CAPS 180mg</i>	\$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 SOLN 1000mcg/ml</i>	\$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 CAPS 10000unit</i>	\$0(3)	NM; *
K-PAX TAB PROF ST	\$0(3)	NM; *
<i>kids first vitamin d3 gum CHEW 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
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 TABS 1mg, 800mcg</i>	\$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 TABS 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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>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; *
<i>meribin CAPS 5mg</i>	\$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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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>*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; *
<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; *
<i>multivitamin gummies chil</i>	\$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 DRO PEDIATRI	\$0(3)	NM; *
<i>mvw complete formulation</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
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</i> TABS 1000mg	\$0(3)	NM; *
<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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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 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; *
<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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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>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; *
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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
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; *
<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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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 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; *
<i>ra biotin CAPS 2500mcg</i>	\$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 RASPBRY	\$0(3)	NM; *
RA ESSENCE-C POW TNGERINE	\$0(3)	NM; *
<i>ra folic acid TABS 400mcg, 800mcg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra niacin TABS 100mg, 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra no flush niacin 500 TABS 500mg</i>	\$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 CAPS 10000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra vitamin b-6 TABS 50mg, 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra vitamin c TABS 250mg, 500mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra vitamin c/rose hips TABS 500mg, 1000mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra vitamin d-3 CAPS 2000unit, 5000unit; TABS 1000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>ra vitamin e CAPS 400unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>radiance platinum vitamin TABS 5000unit</i>	\$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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
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; *
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</i> CAPS 5000mcg	\$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</i> TABS 400mcg	\$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</i> TBCR 250mg	\$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</i> TABS 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin b6</i> TABS 100mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin b complex with</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin b-6</i> 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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v11

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sm vitamin c</i> TABS 250mg, 500mg, 1000mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin c/rose hips</i> TABS 500mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin d</i> TABS 400unit	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin d3</i> CAPS 50mcg, 2000unit; TABS 1000unit	\$0(3)	NM; *
SM VITAMIN D3 MAXIMUM STR CAPS 4000unit	\$0(3)	NM; *
<i>sm vitamin e</i> CAPS 200unit, 400unit, 1000unit	\$0(3)	NM; *
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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
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; *
<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>therapeutic-m/lutein</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; *

PA - Autorización previa QL - Límites de 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 v11

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>thiamine hcl</i> SOLN 100mg/ml	\$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; *
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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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>vitachew multiple vitamin</i>	\$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; *
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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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 v11

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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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>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/fofi</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; *
WOMENS PAK	\$0(3)	NM; *
XCELLENT E CAP 33.5MG	\$0(3)	NM; *
YELETS TEEN TAB FORMULA	\$0(3)	NM; *
<i>yl beta carotene CAPS 25000unit</i>	\$0(3)	NM; *
<i>yl folic acid TABS 400mcg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>yl vitamin b-6 TABS 100mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>yl vitamin c TABS 1000mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>yl vitamin c/rose hips TABS 500mg, 1000mg</i>	\$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)	

PA - Autorización previa QL - Límites de 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>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)	
BESIVANCE SUSP .6%	\$0(2)	
CILOXAN OINT .3%	\$0(2)	
<i>ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%</i>	\$0(1)	
<i>erythromycin (ophth) OINT 5mg/gm</i>	\$0(1)	
<i>gatifloxacin (ophth) SOLN .5%</i>	\$0(1)	
<i>gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%</i>	\$0(1)	
<i>moxifloxacin hcl (ophth) SOLN .5%</i>	\$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) SOLN .3%</i>	\$0(1)	
<i>polycin ophth oint</i>	\$0(1)	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	\$0(1)	
<i>sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%</i>	\$0(1)	
<i>tobramycin (ophth) SOLN .3%</i>	\$0(1)	
<i>trifluridine SOLN 1%</i>	\$0(1)	
ZIRGAN GEL .15%	\$0(2)	
ANTI-INFLAMMATORIES - DRUGS TO TREAT INFLAMMATION		
ALREX SUSP .2%	\$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>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)	
<i>flurbiprofen sodium</i> SOLN .03%	\$0(1)	
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> SOLN .4%, .5%	\$0(1)	
LOTEMAX OINT .5%	\$0(2)	
<i>loteprednol etabonate</i> SUSP .2%	\$0(1)	
<i>prednisolone acetate (ophth)</i> SUSP 1%	\$0(1)	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	\$0(2)	
PROLENSA SOLN .07%	\$0(2)	
ANTIALLERGICS - DRUGS TO TREAT ALLERGIES		
<i>alaway</i> SOLN .035%	\$0(3)	NM; *
<i>alaway childrens allergy</i> SOLN .035%	\$0(3)	NM; *
<i>azelastine hcl (ophth)</i> SOLN .05%	\$0(1)	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> SOLN 4%	\$0(1)	
<i>eye itch relief</i> SOLN .035%	\$0(3)	NM; *
<i>ketotifen fumarate (ophth)</i> SOLN .035%	\$0(3)	NM; *
<i>sm eye itch relief</i> SOLN .035%	\$0(3)	NM; *
ZERVIAE SOLN .24%	\$0(2)	
ANTIGLAUCOMA - DRUGS TO TREAT GLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl (ophth)</i> SOLN .5%	\$0(1)	
BETOPTIC-S SUSP .25%	\$0(2)	
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .15%, .2%	\$0(1)	
<i>brinzolamide</i> SUSP 1%	\$0(1)	
<i>carteolol hcl (ophth)</i> SOLN 1%	\$0(1)	
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	\$0(2)	
<i>dorzolamide hcl</i> SOLN 2%	\$0(1)	

PA - Autorización previa QL - Límites de 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>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)	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	\$0(2)	
<i>timolol maleate (ophth) SOLG .25%, .5%; SOLN .25%, .5%</i>	\$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) SOLN 1%</i>	\$0(1)	
<i>carboxymethylcellulose sodium (ophth) SOLN .5%</i>	\$0(3)	NM; *
CYSTADROPS SOLN .37%	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
CYSTARAN SOLN .44%	\$0(2)	NDS, NM, LA, PA
<i>dry eye relief GEL 1%</i>	\$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>gentel tears liquid drop</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gentel tears night-time</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp artificial tears</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp lubricating plus eye SOLN .5%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>goodsense lubricating plu SOLN .5%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm dry eye relief</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm lubricating tears</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>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; *
<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)	

PA - Autorización previa QL - Límites de 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
OTIC - DRUGS TO TREAT CONDITIONS OF THE EAR		
OTIC AGENTS		
<i>acetic acid (otic) SOLN 2%</i>	\$0(1)	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	\$0(1)	
<i>flac OIL .01%</i>	\$0(1)	
<i>fluocinolone acetonide (otic) OIL .01%</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	\$0(1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	\$0(1)	
<i>ofloxacin (otic) SOLN .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; *

PA - Autorización previa QL - Límites de 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</i> TABS 4mg	\$0(3)	NM; *
<i>allergy 24-hr</i> TABS 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>allergy childrens</i> LIQD 12.5mg/5ml; SOLN 5mg/5ml; SUSP 30mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief</i> CAPS 10mg, 25mg; CHEW 25mg; TABS 4mg, 5mg, 10mg, 25mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief 24hr</i> TABS 5mg, 180mg	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief childrens</i> LIQD 12.5mg/5ml; SOLN 1mg/ml, 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>allergy relief/indoor/out</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>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>cyroheptadine 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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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 v11

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp all day allergy child</i> SOLN 1mg/ml, 5mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>gnp 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; *
<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)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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>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; *
<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)

PA - Autorización previa QL - Límites de 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>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proventil HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Ventolin HFA)
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .083%, .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	\$0(1)	B/D
<i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 2mg, 4mg	\$0(1)	
<i>levalbuterol hcl</i> NEBU .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	\$0(1)	B/D
<i>levalbuterol tartrate</i> AERO 45mcg/act	\$0(1)	QL (2 inhalers / 30 days), 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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
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 5-120 mg</i>	\$0(3)	NM; *
CGH/CHEST SYP CONG DM	\$0(3)	NM; *
<i>chest congestion relief LIQD 100mg/5ml; TABS 400mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>chest congestion relief d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>chest congestion relief p</i>	\$0(3)	NM; *
<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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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 v11

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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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 cold & cough children</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp cough dm er</i> SUER 30mg/5ml	\$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</i> TB12 600mg, 1200mg	\$0(3)	NM; *
<i>gnp mucus relief</i> TABS 400mg	\$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</i> TABS 30mg	\$0(3)	NM; *
<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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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 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; *
<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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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>hydrocod polst-chlorphen polst er susp 10-8 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocodone bitart-homatropine methylbrom soln 5-1.5 mg/5ml</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hydrocodone bitart-homatropine methylbromide tab 5-1.5 mg</i>	\$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; *
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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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 v11

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mucinex childrens stuffy</i> SOLN .05%	\$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; *
<i>mucinex fast-max chest co</i> LIQD 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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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 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 relief TB12 600mg</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief childrens</i>	\$0(3)	NM; *
<i>mucus relief cough childr</i>	\$0(3)	NM; *
<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; *

PA - Autorización previa QL - Límites de 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
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; *
<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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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 mucus relief er 12 hou</i> TB12 1200mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc nasal decongestant max</i> TABS 30mg	\$0(3)	NM; *
<i>qc suphedrine maximum str</i> TB12 120mg	\$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</i> LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>qc tussin mucus + chest c</i> LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>robafen cf multi-symptom</i>	\$0(3)	NM; *
<i>robafen dm</i>	\$0(3)	NM; *
<i>robafen mucus/chest conge</i> LIQD 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</i> SOLN .05%	\$0(3)	NM; *
<i>sb cough control</i> LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sb coughtab</i> TABS 200mg	\$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</i> LIQD 100mg/5ml	\$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</i> SOLN .05%	\$0(3)	NM; *
<i>sinus pressure/pain/adult</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sinus relief extra streng</i> SOLN 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

N.º de identificación del formulario: 00024080 v11

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sinus relief severe conge</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm 12 hour sinus deconges</i> TB12 120mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm all day allergy-d</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm chest congestion relie</i> TABS 400mg	\$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; *
<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</i> TB12 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm mucus relief maximum s</i> TB12 1200mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm mucus relief/12 hour</i> TB12 600mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal decongestant max</i> TABS 30mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal decongestant pe</i> TABS 10mg	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal spray</i> SOLN .05%	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal spray 12 hour</i> SOLN .05%	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal spray moisturizi</i> SOLN .05%	\$0(3)	NM; *
<i>sm nasal spray sinus</i> SOLN .05%	\$0(3)	NM; *
<i>sm nite time cold & flu</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm nose drops nasal decon</i> SOLN 1%	\$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</i> LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>sodium chloride (inhalant)</i> AERS .9%	\$0(3)	NM; *
<i>soothing - 12 hour nasal</i> SOLN .05%	\$0(3)	NM; *
STAHIST AD TAB 25-60MG	\$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
STAHIST TP TAB 2.5-10MG	\$0(3)	NM; *
<i>sudogest</i> TABS 30mg, 60mg	\$0(3)	NM; *
<i>sudogest 12 hour</i> TB12 120mg	\$0(3)	NM; *
<i>sudogest maximum strength</i> TABS 30mg	\$0(3)	NM; *
<i>sudogest sinus & allergy</i>	\$0(3)	NM; *
<i>suphedrine 12hour maximum</i> TB12 120mg	\$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; *
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</i> LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>tussin cf</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin cf severe multi-sy</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tussin cough</i> SYRP 15mg/5ml	\$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</i> LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>tussin mucus + chest cong</i> LIQD 100mg/5ml	\$0(3)	NM; *
<i>tussin multi-symptom cold</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 v11

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VANACOF DMX LIQ	\$0(3)	NM; *
VANACOF LIQ	\$0(3)	NM; *
VANATAB DM TAB 5-9-198	\$0(3)	NM; *
4-way fast acting SOLN 1%	\$0(3)	NM; *
WESTUSSIN DM SYP	\$0(3)	NM; *
LEUKOTRIENE MODULATORS		
montelukast sodium CHEW 4mg, 5mg; PACK 4mg; TABS 10mg	\$0(1)	
zafirlukast TABS 10mg, 20mg	\$0(1)	
MISCELLANEOUS		
acetylcysteine 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; *
afrin saline nasal mist	\$0(3)	NM; *
AIRZONE PEAK MIS FLOW MTR	\$0(3)	NM; *
altamist 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; *
ayr SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
AYR NASAL DROPS SOLN .65%	\$0(3)	NM; *
AYR NASAL MIST ALLERGY & SOLN 2.65%	\$0(3)	NM; *
ayr saline nasal	\$0(3)	NM; *
ayr saline nasal no-drip	\$0(3)	NM; *
baby ayr saline SOLN .65%	\$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
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; *
<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 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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
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; *
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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
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; *
<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; SOLR 1000mg	\$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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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>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; *
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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
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; *
<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		
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)
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</i> 100-50 mcg/act	\$0(1)	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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 v11

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act</i>	\$0(1)	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act</i>	\$0(1)	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>wixela inhub</i>	\$0(1)	QL (60 inhalations / 30 days)
TOPICAL - DRUGS TO TREAT EAR AND SKIN CONDITIONS		
DERMATOLOGY, ACNE		
<i>accutane CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	\$0(1)	PA
<i>acne medication 2.5 GEL 2.5%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>acne medication 5 GEL 5%</i>	\$0(3)	NM; *
ACNE MEDICATION 5 LOTN 5%	\$0(3)	NM; *
<i>acne medication 10 GEL 10%</i>	\$0(3)	NM; *
ACNE MEDICATION 10 LOTN 10%	\$0(3)	NM; *
<i>adapalene GEL .1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>amnestem CAPS 10mg, 20mg, 40mg</i>	\$0(1)	PA
<i>benzefoam FOAM 5.3%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>benzoyl peroxide GEL 2.5%, 5%, 10%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>benzoyl peroxide topical LIQD 10%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>benzoyl peroxide wash LIQD 5%, 10%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i>	\$0(1)	QL (46.6 gm / 30 days)
<i>bpo foaming cloths MISC 6%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>claravis CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	\$0(1)	PA
<i>clindamycin phosphate (topical) GEL 1%</i>	\$0(1)	QL (75 gm / 30 days)
<i>clindamycin phosphate (topical) LOTN 1%; SOLN 1%</i>	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>ery PADS 2%</i>	\$0(1)	QL (60 pledgets / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid) GEL 2%</i>	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid) SOLN 2%</i>	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>isotretinoin CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	\$0(1)	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne) LOTN 10%</i>	\$0(1)	QL (118 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>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; *
<i>goodsense first aid antib</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hm bacitracin</i> OINT 500unit/gm	\$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</i> OINT 2%	\$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</i> CREA 1%	\$0(1)	
<i>sm antibiotic</i> OINT 500unit/gm	\$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</i> CREA 1%	\$0(1)	
SULFAMYLON 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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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>antifungal</i> CREA 1%, 2%	\$0(3)	NM; *
<i>antifungal powder</i> POWD 2%	\$0(3)	NM; *
<i>athletes foot</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>athletes foot antifungal</i> AERP 1%	\$0(3)	NM; *
<i>athletes foot powder spr</i> AERP 2%	\$0(3)	NM; *
<i>baza antifungal</i> CREA 2%	\$0(3)	NM; *
<i>butenafine hcl</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>ciclopirox olamine</i> CREA .77%	\$0(1)	QL (90 gm / 30 days)
<i>ciclopirox olamine</i> SUSP .77%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole (topical)</i> CREA 1%	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
<i>clotrimazole (topical)</i> CREA 1%; SOLN 1%	\$0(3)	NM; *
<i>clotrimazole (topical)</i> SOLN 1%	\$0(1)	QL (30 mL / 30 days)
<i>clotrimazole antifungal</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>clotrimazole athletes foo</i> CREA 1%	\$0(3)	NM; *
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i> 1-0.05%	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
<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)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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>nystatin (topical) POWD 100000unit/gm</i>	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystop POWD 100000unit/gm</i>	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>qc antifungal cream CREA 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>qc tolnaftate CREA 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm antifungal clotrimazol CREA 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm antifungal miconazole CREA 2%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm antifungal tolnaftate CREA 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>sm athletes foot CREA 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>terbinafine hcl (topical) CREA 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tolnaftate CREA 1%; POWD 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>tolnaftate antifungal CREA 1%</i>	\$0(3)	NM; *
DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS		
<i>acitretin CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg</i>	\$0(1)	PA
<i>calcipotriene CREA .005%; OINT .005%</i>	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>calcipotriene SOLN .005%</i>	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days), PA
<i>calcitrene OINT .005%</i>	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>tazarotene CREA .1%</i>	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days), PA
<i>TAZORAC CREA .05%</i>	\$0(2)	QL (60 gm / 30 days), PA
DERMATOLOGY, ANTISEBORRHEICS		
<i>ketoconazole (topical) SHAM 2%</i>	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days)
<i>selenium sulfide LOTN 2.5%</i>	\$0(1)	
DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS		
<i>ala-cort CREA 1%, 2.5%</i>	\$0(1)	
<i>alclometasone dipropionate CREA .05%; OINT .05%</i>	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>anti-itch maximum strengt CREA 1%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>betamethasone dipropionate (topical) CREA .05%; OINT .05%</i>	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical) LOTN .05%</i>	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%</i>	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented LOTN .05%</i>	\$0(1)	QL (120 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>betamethasone valerate</i> CREA .1%; OINT .1%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone valerate</i> LOTN .1%	\$0(1)	QL (120 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> SOLN .05%	\$0(1)	QL (50 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate e</i> CREA .05%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
ENSTILAR AER	\$0(2)	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .01%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .025%; OINT .025%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> OIL .01%	\$0(1)	QL (118.28 mL / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> SOLN .01%	\$0(1)	QL (90 mL / 30 days)
<i>fluocinonide</i> CREA .05%	\$0(1)	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinonide</i> GEL .05%; OINT .05%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinonide</i> SOLN .05%	\$0(1)	QL (60 mL / 30 days)
<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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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>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
<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 2.5-2.5%</i>	\$0(1)	B/D, QL (30 gm / 30 days)
<i>lidocan</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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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 v11

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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
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; *
<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>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)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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 v11

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp anti-itch</i>	\$0(3)	NM; *
<i>gnp wart remover LIQD 17%</i>	\$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) CREA 1%, 2.5%</i>	\$0(1)	
<i>hydrolatum</i>	\$0(3)	NM; *
<i>hydrophor OINT 42%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>imiquimod CREA 5%</i>	\$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) CREA 12%; LOTN 12%</i>	\$0(1)	
<i>lactic acid (ammonium lactate) CREA 12%; LOTN 12%</i>	\$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 CREA 4%</i>	\$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 PADS 40%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>medicated corn removers PADS 40%</i>	\$0(3)	NM; *
<i>metronidazole (topical) CREA .75%; GEL .75%</i>	\$0(1)	QL (45 gm / 30 days)
<i>metronidazole (topical) LOTN .75%</i>	\$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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
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; *
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>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; *

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
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; *
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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de 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
VANICREAM CRE	\$0(3)	NM; *
VELVACHOL CRE	\$0(3)	NM; *
wart remover maximum stre LIQD 17%; STRP 40%	\$0(3)	NM; *
XERAC AC SOLN 6.25%	\$0(3)	NM; *
ZIKS ARTHRIT CRE RELIEF	\$0(3)	NM; *
zinc oxide (topical) OINT 20%	\$0(3)	NM; *
DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES		
gnp lice treatment LIQD 1%	\$0(3)	NM; *
goodsense lice killing cr LIQD 1%	\$0(3)	NM; *
lice killing maximum stre	\$0(3)	NM; *
lice killing shampoo	\$0(3)	NM; *
lice treatment creme rins LIQD 1%	\$0(3)	NM; *
malathion LOTN .5%	\$0(1)	QL (59 mL / 30 days)
permethrin CREA 5%	\$0(1)	QL (60 gm / 30 days)
sm lice killing maximum s	\$0(3)	NM; *
sm lice treatment LIQD 1%	\$0(3)	NM; *
VANALICE GEL 0.3-3.5%	\$0(3)	NM; *
DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS		
REGRANEX GEL .01%	\$0(2)	NDS, QL (30 gm / 30 days), PA
SANTYL OINT 250unit/gm	\$0(2)	QL (180 gm / 30 days)
sodium chloride (gu irrigant) SOLN .9%	\$0(1)	
water for irrigation, sterile irrigation soln	\$0(1)	
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS		
cevimeline hcl CAPS 30mg	\$0(1)	
chlorhexidine gluconate (mouth-throat) SOLN .12%	\$0(1)	
clotrimazole TROC 10mg	\$0(1)	QL (150 lozenges / 30 days)
kourzeq PSTE .1%	\$0(1)	
lidocaine hcl (mouth-throat) SOLN 2%	\$0(1)	
nystatin (mouth-throat) SUSP 100000unit/ml	\$0(1)	
periogard SOLN .12%	\$0(1)	
pilocarpine hcl (oral) TABS 5mg, 7.5mg	\$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>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***	124	4-way fast acting	170
*b-complex w/ c cap**	124	5	
*b-complex w/ c tab**	124	50+ adult eye health	123
*calcium carb-vit d w/ minerals chew tab		6	
600 mg-400 unit***	114	600+d3	116
*lactobacillus - packet**	83	8	
*lactobacillus acidophilus-pectin cap**	83	8 hour arthritis pain rel	2
*lactobacillus cap**	83	A	
*lactobacillus tab**	84	a-25	123
*multiple vitamin tab**	136	a-10000	123
*multiple vitamins w/ iron tab**	136	abacavir sulfate	12
*multiple vitamins w/ minerals tab**	137	abacavir sulfate-lamivudine tab 600-	
*niacinamide w/ zn-cu-methylfol-se-cr tab		300 mg	14
750-27-2-0.5 mg***	138	abatine	82
*omega-3 fatty acids cap 1000 mg**	121	ABC COMPLETE TAB WOMEN	123
*omega-3 fatty acids cap 1200 mg**	121	ABELCET	11
*omega-3 fatty acids cap 300 mg**	121	ABILIFY MAINTENA	48
*omega-3 fatty acids cap 435 mg**	121	abiraterone acetate	22
*omega-3 fatty acids cap 500 mg**	121	ABRYSVO	104
*omega-3 fatty acids cap delayed release		acamprosate calcium	60
1000 mg**	121	acarbose	62
*oral electrolyte solution***	110	ACCRUFER	96
*pediatric multiple vitamins w/ iron chew		accutane	176
tab 15 mg**	140	acebutolol hcl	40
*saline nasal gel**	174	acetaminophen	1
*sodium phosphates - enema***	90	acetaminophen extra stren	1
1		acetaminophen w/ codeine soln 120-	
12 hour decongestant	162	12 mg/5ml	6
12 hour nasal decongestan	162	acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg	6
12 hour nasal spray	162	acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg	6
12hr allergy relief	156	acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg	6
12hr allergy/congestion r	162	ACETAMIN POW	106
1ST BASE CRE	106	acetazolamide	42
2		acetic acid	93
24hr allergy & congestion	162	acetic acid (otic)	154
24hr allergy relief	156	acetylcysteine	170
3		acid gone	81
3 day vaginal	94	ACIDOPHILUS	82
		acidophilus extra strengt	82

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>acidophilus probiotic</i>	82	<i>afirmelle</i>	67
<i>acidophilus probiotic for</i>	82	<i>afrin saline nasal mist</i>	170
ACIDOPHILUS/ TAB CIT PECT	82	<i>aftera</i>	67
<i>acid reducer</i>	85, 92	AIMOVIG	57
<i>acid reducer maximum stre</i>	85	AIMSCO MIS LUBRICAT	67
<i>acid reducer original str</i>	85	<i>airborne</i>	123
<i>acitretin</i>	179	AIRBORNE+ CHW PROBIOTI	123
<i>acne medication 2.5</i>	176	AIRBORNE+ CHW REST	123
<i>acne medication 5</i>	176	AIRBORNE+NAT LIQ ENERGY	123
ACNE MEDICATION 5	176	AIRBORNE+ POW STRESS	123
<i>acne medication 10</i>	176	AIRBORNE CHW	123
ACNE MEDICATION 10	176	AIRBORNE CHW KIDS	123
ACTHIB INJ	104	<i>airborne gummies</i>	123
ACTIMMUNE	103	<i>airborne immune system</i>	123
ACTIVE FE TAB 75-1.25	96	<i>airborne kids</i>	123
<i>activite</i>	123	AIRBORNE POW	123
ACTIVNUTRIEN CHW	123	AIRSHIELD CHW IMMUNITY	123
<i>acyclovir</i>	15	AIRZONE PEAK MIS FLOW MTR	170
<i>acyclovir sodium</i>	15	AKEEGA TAB 50/500MG	22
ADACEL INJ	104	AKEEGA TAB 100/500	22
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN)	100	<i>ala-cort</i>	179
<i>adapalene</i>	176	ALAHIST CF TAB 10-2-20	158
<i>adefovir dipivoxil</i>	15	ALAHIST DM LIQ 7.5-2-15	158
ADEK CHW PLUS ZN	123	ALAHIST D TAB	158
ADEMPAS	44	ALA-HIST IR	154
ADLT ONE DLY CHW GUMMIES	123	ALAHIST PE TAB 2-7.5MG	158
ADMELOG	64	<i>alaway</i>	151
ADMELOG SOLOSTAR	64	<i>alaway childrens allergy</i>	151
ADULT 50+ CAP EYE HLTH	123	<i>albendazole</i>	8
ADULT 50+ CAP OCUVITE	123	<i>albuterol sulfate</i>	157, 158
<i>adult aspirin regimen</i>	1	<i>alclometasone dipropionate</i>	179
ADVAIR HFA AER 45/21	175	ALDURAZYME	77
ADVAIR HFA AER 115/21	175	ALECENSA	24
ADVAIR HFA AER 230/21	175	<i>alendronate sodium</i>	66
<i>advanced multi ea</i>	123	ALEVAZOL	177
<i>advantage care oral elect</i>	109	<i>alfuzosin hcl</i>	93
AERCHMBR PLS MIS FLOW-VU	170	ALGAE BASED TAB CALCIUM	123
AERCHMBR PLS MIS LRG MASK	170	<i>aliskiren fumarate</i>	43
AERCHMBR PLS MIS MED MASK	170	ALIVE DAILY TAB WOMENS	123
AERCHMBR PLS MIS SM MASK	170	ALIVE DIABET TAB MULTIVIT	123
AERCHMBR Z- MIS STAT PLS	170	ALIVE ENERGY TAB WOMENS	123
AEROCHAMBER MIS CHAMBER	170	ALIVE HAIR CHW SKN/NAIL	123
AEROCHAMBER MIS FLOSIGNA	170	ALIVE IMMUNE CAP HEALTH	123
AEROCHAMBER MIS MV	170	ALIVE LIQ MULT-VIT	123
AEROCHAMBER MIS PLUS	170	ALIVE WOMENS CHW 50+	123
AEROVENT MIS PLUS	170	ALIVE WOMENS CHW GUMMY	123

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>allbee plus vitamin c</i>	123	<i>amiodarone hcl</i>	38
<i>all day allergy</i>	154	<i>amitriptyline hcl</i>	45
<i>all day allergy childrens</i>	154	AMLADEX TAB	123
<i>all-day allergy childrens</i>	154	<i>amlodipine besylate</i>	41
<i>all day pain relief</i>	4	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-</i> <i>10 mg</i>	34
<i>all day relief</i>	4	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i> <i>5-10 mg</i>	34
<i>all day sinus & cold-d</i>	158	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i> <i>5-20 mg</i>	34
<i>aller-chlor</i>	154	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap</i> <i>5-40 mg</i>	34
<i>allergy</i>	155	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-</i> <i>20 mg</i>	34
<i>allergy 24-hr</i>	155	<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-</i> <i>40 mg</i>	34
<i>allergy childrens</i>	155	<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> <i>tab 5-20 mg</i>	36
<i>allergy & congestion reli</i>	158	<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> <i>tab 5-40 mg</i>	36
<i>allergy multi-symptom</i>	158	<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> <i>tab 10-20 mg</i>	36
<i>allergy relief</i>	155, 175	<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> <i>tab 10-40 mg</i>	36
<i>allergy relief 24hr</i>	155	<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i> <i>5-160 mg</i>	36
<i>allergy relief childrens</i>	155	<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i> <i>5-320 mg</i>	36
<i>allergy relief d</i>	158	<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-</i> <i>160 mg</i>	36
<i>allergy relief d-12</i>	158	<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-</i> <i>320 mg</i>	36
<i>allergy relief d-24</i>	158	<i>amnesteem</i>	176
<i>allergy relief/indoor/out</i>	155	<i>amoxapine</i>	45
<i>allergy relief/nasal deco</i>	158	<i>amoxicillin</i>	18
<i>all-nite cold & flu night</i>	158	<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-</i> <i>28.5 mg</i>	18
<i>allopurinol</i>	1	<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-</i> <i>57 mg</i>	18
<i>almacone double strength</i>	81	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-</i> <i>28.5 mg/5ml</i>	18
ALOE VESTA PROTECTIVE	181	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-</i> <i>62.5 mg/5ml</i>	18
<i>alosetron hcl</i>	91	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-</i> <i>57 mg/5ml</i>	18
ALPHA LIPOIC ACID	119		
<i>alpha-lipoic acid (thioctic acid)</i>	119		
<i>alprazolam</i>	44		
ALREX	150		
<i>altamist</i>	170		
<i>altavera</i>	67		
ALUMINUM HYDROXIDE	81		
ALUNBRIG	24, 25		
ALUNBRIG PAK	25		
<i>alyacen 1/35</i>	67		
<i>alyacen 7/7/7</i>	67		
<i>amabelz tab 0.5-0.1mg</i>	74		
<i>amantadine hcl</i>	47		
<i>ambrisentan</i>	44		
<i>americerin</i>	181		
<i>amethia</i>	67		
<i>amikacin sulfate</i>	8		
<i>amiloride hcl</i>	42		
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab</i> <i>5-50 mg</i>	42		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	19	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	19
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i> ..	19	<i>anagrelide hcl</i>	99
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i> ..	19	<i>anastrozole</i>	22
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i> ...	19	ANORO ELLIPT AER 62.5-25	154
<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	19	<i>antacid</i>	81
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	56	<i>antacid/antigas liquid</i>	81
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	56	<i>antacid calcium regular s</i>	81
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	56	<i>antacid extra strength</i>	81
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	56	<i>antacid maximum strength</i>	81
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	56	<i>antacid regular strength</i>	81
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	56	<i>antacid ultra strength</i>	81
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	56	<i>anti-dandruff shampoo</i>	181
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	56	<i>anti-diarrheal</i>	82
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	56	<i>antifungal</i>	178
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	56	<i>antifungal powder</i>	178
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	56	<i>anti-gas/ and gnp antacid</i>	81
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	56	<i>antihistamine/nasal decon</i>	158
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	56	<i>anti-itch</i>	181
<i>amphotericin b</i>	11	<i>anti-itch maximum strengt</i>	179
<i>amphotericin b liposome</i>	11	<i>anti-oxidant</i>	124
<i>ampicillin</i>	19	<i>antioxidant</i>	124
<i>ampicillin sodium</i>	19	ANTIOXIDANT TAB FORMULA	124
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	19	<i>antioxidant vitamins</i>	124
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	19	APETIGEN TAB PLUS	124
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	19	APPE-CURB CAP	124
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	19	<i>aprepitant</i>	84
		<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	84
		<i>apri</i>	67
		APTIOM	51
		APTIVUS	12
		AQUA-E	124
		AQUA GLYCOL CRE FACE	181
		AQUANAZ TAB	158
		AQUAPHILIC OIN	181
		AQUAPHOR	181
		AQUAPHOR ADVANCED PROTECT	181
		AQUAPHOR ADVANCED THERAPY	181
		AQUAPHOR OIN	181
		<i>aqueous vitamin d infants</i>	124
		<i>aqueous vitamin e</i>	124
		ARALAST NP	170
		<i>aranelle</i>	67
		ARCALYST	103
		AREXVY	104

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>arginine</i>	119	<i>atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg</i>	12
ARGININE.....	119	<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i> ...	12
ARGININE2000	119	ATP IGNITE PAK	124
<i>aripiprazole</i>	48	<i>atrix medicated formula</i>	181
ARISTADA	48	ATRIX SYSTEM 1.....	181
ARISTADA INITIO	48	ATROPINE SULFATE	152
<i>armodafinil</i>	60	<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i>	152
ARNUITY ELLIPTA.....	175	ATROVENT HFA	154
<i>arthritis pain relief</i>	1	<i>aubra eq</i>	67
<i>arthritis pain relieving</i>	181	AUGTYRO	25
<i>artificial tears</i>	152	<i>aurovela 1/20</i>	67
ASCOR	124	<i>aurovela 24 fe</i>	67
<i>ascorbic acid</i>	124	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	67
<i>ascorbic acid tab 500 mg</i>	124	<i>aurovela fe 1/20</i>	67
<i>ascorbic acid tab 1000 mg</i>	124	AUSTEDO	58
<i>asenapine maleate</i>	48	AUSTEDO XR	58
<i>ashlyna</i>	67	AUSTEDO XR TAB TITR KIT	58
<i>aspirin</i>	1	AUVELITY TAB 45-105MG	45
ASPIRIN.....	1	<i>aviane</i>	67
<i>aspirin adult low dose</i>	1	AVICEL PH105 POW MICROCRY	106
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-</i> <i>200 mg</i>	100	<i>ayr</i>	170
<i>aspirin low dose</i>	1	AYR NASAL DROPS	170
<i>aspirin low strength</i>	1	AYR NASAL MIST ALLERGY &	170
<i>aspirin regimen</i>	1	<i>ayr saline nasal</i>	170
ASSESS METER MIS FULL	170	<i>ayr saline nasal no-drip</i>	170
ASSESS METER MIS LOW	170	<i>ayuna</i>	67
ASTAGRAF XL	103	AYVAKIT	25
<i>atazanavir sulfate</i>	12	<i>azacitidine</i>	21
<i>atenolol</i>	41	<i>azathioprine</i>	103
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	40	AZ CREAM CRE.....	106
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	40	<i>azelastine hcl</i>	155
<i>athletes foot</i>	178	<i>azelastine hcl (ophth)</i>	151
<i>athletes foot antifungal</i>	178	<i>azithromycin</i>	17
<i>athletes foot powder spra</i>	178	<i>azo complete feminine bal</i>	82
<i>a thru z advanced</i>	122	AZO DUAL CAP PROTECT	82
<i>a thru z high potency</i>	122	AZO HORMONAL TAB HEALTH	124
<i>a thru z select</i>	122	<i>aztreonam</i>	8
<i>a thru z select 50+ advan</i>	122	<i>azurette</i>	67
<i>a thru z select 50+ mens</i>	122		
<i>a thru z select advanced</i>	122	B	
<i>a thru z select ultimate</i>	122	<i>b6 natural</i>	124
<i>a thru z ultimate mens</i>	122	<i>baby ayr saline</i>	170
<i>atomoxetine hcl</i>	56	<i>baby super daily d3</i>	124
<i>atorvastatin calcium</i>	39	<i>baby vitamin d3 drops</i>	124
<i>atovaquone</i>	8	<i>bacitracin (ophthalmic)</i>	150
		<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	150

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	149	<i>berocca</i>	124
<i>bacitracin (topical)</i>	177	BESIVANCE.....	150
<i>bacitracin zinc</i>	177	BESREMI	23
<i>baclofen</i>	59	BETA CARE CRE.....	182
BACMIN TAB	124	<i>beta carotene</i>	124
BAFIERTAM.....	59	<i>beta carotene provitamin</i>	124
<i>balsalazide disodium</i>	86	BETADINE	182
BALVERSA	25	BETADINE ANTISEPTIC.....	182
<i>balziva</i>	67	BETADINE SURGICAL SCRUB.....	182
<i>banophen</i>	155, 181	BETADINE SWABSTICKS	182
BARACLUDE.....	15	<i>betaine powder for oral solution</i>	77
BARIATRIC CAP MULTIVIT	124	<i>betamethasone dipropionate augmented</i> ..	179
BASAGLAR KWIKPEN	64	<i>betamethasone dipropionate (topical)</i>	179
<i>baza antifungal</i>	178	<i>betamethasone valerate</i>	180
BCG VACCINE	104	BETASERON	59
<i>b-complex balanced</i>	124	BETA XMA CRE	182
B-COMPLEX/FA TAB /VIT C	124	<i>betaxolol hcl</i>	41
BD ALCOHOL SWABS.....	64	<i>betaxolol hcl (ophth)</i>	151
BD GLUCOSE.....	76	<i>bethanechol chloride</i>	94
<i>bec/zinc</i>	124	BETOPTIC-S	151
<i>benazepril hcl</i>	35	<i>better b complex</i>	124
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>	34	BEVESPI AER 9-4.8MCG	154
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	34	<i>bexarotene</i>	23
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	34	<i>bexarotene (topical)</i>	182
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	34	BEXSERO INJ	104
BENDEKA.....	20	<i>bicalutamide</i>	22
BENLYSTA.....	103	BICILLIN L-A	19
BENZEDREX INH.....	158	BIKTARVY TAB 30-120-15 MG.....	14
<i>benzefoam</i>	176	BIKTARVY TAB 50-200-25 MG.....	14
<i>benzoin compound tincture</i>	181	BINAXNOW COV KIT HOME TES.....	8
BENZOIN TIN	182	BIO-35 GLUTE CAP FREE	124
BENZOIN TIN PLAIN.....	182	BIOCAL CAP	125
<i>benzonatate</i>	158	BIO-D-MULSION.....	125
<i>benzoyl peroxide</i>	176	BIO-D-MULSION FORTE.....	125
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i> ..	176	BIO-K PLUS CAP STRONG	82
<i>benzoyl peroxide topical</i>	176	BIOLYTE SOL CITRUS.....	109
<i>benzoyl peroxide wash</i>	176	BIOMEPRO CAP	82
<i>benztropine mesylate</i>	47	BIOMEPRO LIQ.....	83
BENZYL ALC LIQ.....	106	<i>biotin</i>	125
BENZYL BENZO LIQ.....	106	BIOTIN	125
BERINERT	99	BIOTIN-D POW.....	106
		<i>biotin/maximum strength</i>	125
		BIOTIN POW	106
		<i>bisacodyl</i>	86
		<i>bisacodyl ec</i>	87
		<i>bismatrol</i>	83

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>bismuth subsalicylate</i>	83	BULL FROG SPR MOSQUITO	182
<i>bisoprolol fumarate</i>	41	<i>bumetanide</i>	42
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	40	<i>buprenorphine</i>	5
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	40	<i>buprenorphine hcl</i>	60
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	40	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i>	60
BIVIGAM	102	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i>	60
<i>blisovi 24 fe</i>	67	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i>	60
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	67	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i>	60
<i>body/hair/skin/nails</i>	125	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i>	60
BOOST BREEZE LIQ ASSORTED	119	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i>	60
BOOST LIQ BREEZE.....	119	<i>bupropion hcl</i>	45
BOOSTRIX INJ.....	104	<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i>	60
BORIC ACID GRA	106	<i>buspirone hcl</i>	44
BORIC ACID POW.....	106	<i>butenafine hcl</i>	178
<i>bortezomib</i>	25	<i>butorphanol tartrate</i>	6
BORTEZOMIB	25	BYDUREON BCISE	62
<i>bosentan</i>	44	BYETTA	62
BOSULIF	25	C	
<i>bpo foaming cloths</i>	176	<i>c-250</i>	125
<i>bprotected multi-vite</i>	125	<i>c 500</i>	125
<i>bprotected pedia d-vite</i>	125	<i>c-500</i>	125
<i>bprotected pedia iron</i>	96	<i>c-500/rose hips</i>	125
BPROTECT PED DRO TRI-VITE	125	<i>c 1000</i>	125
BP VIT 3 CAP	125	<i>c-1000</i>	125
BRAFTOVI	25	<i>c-1000/rose hips</i>	125
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG.....	175	<i>cabergoline</i>	77
BREO ELLIPTA INH 100-25	175	CABOMETYX.....	25
BREO ELLIPTA INH 200-25	175	CAFFEINE POW ANHYDROU	106
BREZTRI AERO AER SPHERE	154	CALC CITRATE LIQ VIT D3.....	113
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	154	CALC CITRATE TAB +D	113
<i>briellyn</i>	67	<i>calcidol</i>	125
BRILINTA.....	100	<i>calcipotriene</i>	179
<i>brimonidine tartrate</i>	151	<i>calcitonin (salmon) spray</i>	66
<i>brinzolamide</i>	151	<i>calcitrate</i>	113
BRIVIACT	51	CAL-CITRATE	113
<i>bromfenac sodium (ophth)</i>	151	CAL-CITRATE TAB PLUS D	113
<i>bromocriptine mesylate</i>	47	<i>calcitrene</i>	179
BROMSITE	151	<i>calcitriol</i>	80
BRONCHITOL.....	171	<i>calcitriol (oral)</i>	80
BRUKINSA	25		
<i>budesonide</i>	86		
<i>budesonide (inhalation)</i>	175		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>calcium+d3</i>	115	<i>calcium carbonate-vitamin d tab</i>	
<i>calcium 500 + d</i>	113	600 mg-5 mcg (200 unit)	114
<i>calcium 500 +d</i>	113	CALCIUM CHW 500-10.....	114
<i>calcium 500+d</i>	113	CALCIUM CHW 500MG.....	114
<i>calcium 500 +d3</i>	113	<i>calcium citrate</i>	115
<i>calcium 500+d3</i>	113	CALCIUM CITRATE.....	115
<i>calcium 500+d high potenc</i>	113	<i>calcium citrate + d</i>	115
<i>calcium 500/d</i>	113	<i>calcium citrate + d3</i>	115
<i>calcium 500/vitamin d</i>	113	<i>calcium citrate+d3</i>	115
<i>calcium 600</i>	113	<i>calcium citrate + d3 max</i>	115
<i>calcium 600 + d</i>	113	<i>calcium citrate + d3 maxi</i>	115
<i>calcium 600+d</i>	113	<i>calcium citrate+d3 petite</i>	115
<i>calcium 600+d3</i>	114	<i>calcium citrate/d3</i>	115
<i>calcium 600+d3 plus miner</i>	114	CALCIUM CIT/ TAB VIT D	115
<i>calcium 600+d high potenc</i>	114	<i>calcium cit-vitamin d tab 315 mg-5 mcg(200</i>	
<i>calcium 600+d plus minera</i>	114	unit) (elem ca).....	115
<i>calcium 600 high potency</i>	113	<i>calcium cit-vit d tab 200 mg-6.25 mcg(250</i>	
CALCIUM 600 TAB +D	113	unit) (elem ca).....	115
<i>calcium 600/vitamin d</i>	114	<i>calcium cit-vit d tab 315 mg-6.25 mcg(250</i>	
<i>calcium 600/vitamin d3</i>	114	unit) (elem ca).....	115
<i>calcium 600 with vitamin</i>	113	<i>calcium creamies</i>	115
CALCIUM 1000 TAB + D.....	114	CALCIUM/D3 CAP 600-2500	115
CALCIUM 1200 CHW.....	114	<i>calcium gummies</i>	115
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i>	79	<i>calcium high potency</i>	115
<i>calcium antacid</i>	81	<i>calcium high potency + vi</i>	115
<i>calcium antacid extra str</i>	81	CALCIUM LACTATE	115
CALCIUM CARB CAP VIT D3.....	114	<i>calcium plus vitamin d</i>	115
<i>calcium carb-cholecalciferol tab 250 mg-</i>		<i>calcium plus vitamin d3</i>	115
3.125 mcg (125 unit)	114	<i>calcium polycarbophil</i>	87
<i>calcium carb-cholecalciferol tab 500 mg-</i>		<i>calcium/vitamin d3</i>	115
10 mcg (400 unit)	114	CALCIUM/VITD CAP 600-400	115
<i>calcium carb-cholecalciferol tab 600 mg-</i>		<i>cal-gest antacid</i>	81
10 mcg (400 unit)	114	<i>callus remover and corn</i>	182
<i>calcium carb-cholecalciferol tab 600 mg-</i>		CAL-MINT	113
20 mcg (800 unit)	114	CALQUENCE.....	25
<i>calcium carbonate</i>	114	CAL-QUICK LIQ 500-400	113
CALCIUM CARBONATE.....	81, 114	CALTRATE + D TAB 300-800.....	115
<i>calcium carbonate (antacid)</i>	81	CALTRATE 600 CHW 600-800	115
<i>calcium carbonate-cholecalciferol tab</i>		<i>camila</i>	67
500 mg-5 mcg(200 unit)	114	<i>camrese</i>	67
<i>calcium carbonate-cholecalciferol tab</i>		<i>camrese lo</i>	67
600 mg-5 mcg(200 unit)	114	<i>candesartan cilexetil</i>	38
<i>calcium carbonate-vitamin d cap</i>		<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i>	
600 mg-5 mcg (200 unit)	114	tab 16-12.5 mg.....	36
<i>calcium carbonate-vitamin d tab 250 mg-</i>		<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i>	
3.125 mcg (125 unit)	114	tab 32-12.5 mg.....	36

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i>		CARESTART KIT COVID-19	8
<i>tab 32-25 mg</i>	36	<i>carglumic acid</i>	77
CAPCOF SYP 5-2-10MG.....	158	<i>carisoprodol</i>	59
CAPLYTA.....	48	<i>carteolol hcl (ophth)</i>	151
CAPMIST DM TAB.....	159	<i>cartia xt</i>	41
CAPRELSA	25, 26	<i>carvedilol</i>	41
CAPRON DM LIQ	159	<i>caspofungin acetate</i>	11
CAPRON DMT TAB 30-30MG	159	<i>castor oil</i>	87
<i>capsaicin</i>	182	CASTOR OIL	106
<i>capsaicin heat patch</i>	182	<i>castor oil stimulant laxa</i>	87
CAPSULE SZ 1 CAP LACTOSE.....	106	CAYSTON.....	8
<i>captopril</i>	35	C-BUFF POW	125
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-</i>		<i>cefaclor</i>	16
<i>15 mg</i>	34	CEFACTOR ER	16
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-</i>		<i>cefadroxil</i>	16
<i>25 mg</i>	34	CEFAZOLIN	16
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-</i>		CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	17
<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>	51	<i>cefepime hcl</i>	17
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-</i>		<i>cefixime</i>	17
<i>50-200 mg</i>	47	<i>cefoxitin sodium</i>	17
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-</i>		<i>cefpodoxime proxetil</i>	17
<i>75-200 mg</i>	47	<i>cefprozil</i>	17
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-</i>		<i>ceftazidime</i>	17
<i>100-200 mg</i>	47	<i>ceftriaxone sodium</i>	17
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-</i>		<i>cefuroxime axetil</i>	17
<i>125-200 mg</i>	47	<i>cefuroxime sodium</i>	17
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-</i>		<i>celecoxib</i>	4
<i>150-200 mg</i>	48	CELLULOSE CRY MICROCRY.....	106
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-</i>		<i>centavite a-z complete mu</i>	125
<i>200-200 mg</i>	48	CENT MATURE TAB ADLT 50+	125
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	47	CENTRAL-VITE TAB	125
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	47	CENTRATAX CAP	96
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	47	<i>centravites</i>	125
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	47	<i>centravites 50 plus</i>	125
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	47	CENTRAVITES TAB 50 PLUS	125
<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-</i>		CENTRAVITES TAB ADULTS.....	125
<i>100mg</i>	47	CENTRUM 50+ CHW FRSH/FRU	125
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-</i>		CENTRUM CHW ADULTS	125
<i>100mg</i>	47	CENTRUM CHW FLAV BST	125
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-</i>		CENTRUM CHW SILVER	125
<i>250mg</i>	47	CENTRUM KIDS CHW	125
<i>carboplatin</i>	20	CENTRUM KIDS CHW FLAV BST.....	126
<i>carboxymethylcellulose sodium (ophth)</i>	152	CENTRUM SPEC TAB HEART	126

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
CENTRUM SPEC TAB VISION.....	126	<i>childrens loratadine</i>	155
CENTRUM TAB CARDIO	126	<i>childrens mucus relief co</i>	159
CENTRUM TAB MEN	126	<i>childrens pain relief plu</i>	159
CENTRUM TAB SILVER	126	<i>childrens silapap</i>	1
CENTRUM TAB ULTRA.....	126	CHLO HIST SOL	159
<i>century</i>	126	CHLOR/DEXCH LIQ PSE.....	159
<i>century mature</i>	126	CHLORELLA CAP.....	126
<i>cephalexin</i>	17	<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>	187
<i>ceralyte 70</i>	109	<i>chlorocaps</i>	126
CERASPORT SOL.....	109	<i>chloroquine phosphate</i>	12
CERASPORT SOL EX1	109	<i>chlorpheniramine maleate</i>	155
CERAVE CRE MOISTURI	182	<i>chlorpromazine hcl</i>	49
CERAVE HEALING	182	<i>chlorthalidone</i>	42
CERAVE SA CRE RGH/BMP	182	CHLO TUSS LIQ	159
CERDELGA.....	77	<i>chocolated laxative regul</i>	87
CEREZYME	77	<i>cholecalciferol</i>	126
<i>cerovite jr</i>	126	<i>cholecalciferol cap 1.25 mg (50000 unit)</i> ..	126
<i>cerovite senior</i>	126	<i>cholecalciferol cap 250 mcg (10000 unit)</i> ..	126
<i>certa-vite</i>	126	CHOLESTEROL POW	106
<i>certavite/antioxidants</i>	126	CHOLESTEROL POW ACETATE	106
CERTAVITE/ TAB ANTIOXID	126	<i>cholestyramine</i>	39
CERTAVITE TAB SENIOR.....	126	<i>cholestyramine light</i>	39
CETAPHIL CRE HAND	182	<i>chromagen</i>	96
<i>cetirizine hcl</i>	155	<i>ciclopirox olamine</i>	178
<i>cetirizine hcl allergy ch</i>	155	<i>cilostazol</i>	99
<i>cetirizine hcl childrens</i>	155	CILOXAN	150
<i>cetirizine hydrochloride</i>	155	CIMDUO TAB 300-300	14
<i>cetirizine-pseudoephedrine tab er 12hr</i> 5-120 mg	159	<i>cinacalcet hcl</i>	77, 78
<i>cevimeline hcl</i>	187	CIPRO.....	18
CGH/CHEST SYP CONG DM.....	159	<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	18
<i>chateal eq</i>	67	<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	18
CHEMET.....	66	<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-</i> <i>0.1%</i>	154
CHEMSTRIP 5 TES OB	77	<i>ciprofloxacin hcl</i>	18
CHEMSTRIP 7 TES.....	77	<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i>	150
CHEMSTRIP 10 TES MD	77	CIRCATA.....	182
<i>chest congestion relief</i>	159	<i>cisplatin</i>	20
<i>chest congestion relief d</i>	159	<i>citalopram hydrobromide</i>	45
<i>chest congestion relief p</i>	159	CITRACAL+D3 CHW 250-500	115
CHEWABLE CALCIUM	115	CITRACAL CAL CHW GUMMIES	115
<i>childrens acetaminophen</i>	1	CITRACAL TAB MAX PLUS.....	126
<i>childrens animal shapes c</i>	126	CITRULLINE POW (L).....	106
<i>childrens chewable multiv</i>	126	<i>claravis</i>	176
<i>childrens chewable vitami</i>	126	<i>clarithromycin</i>	17
<i>childrens gummies</i>	126	<i>clearlax</i>	87
<i>childrens ibuprofen</i>	4	<i>clindamycin hcl</i>	8

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	8	COLACE CLEAR.....	87
<i>clindamycin phosphate</i>	8	<i>colchicine</i>	1
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i>		<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	1
300 mg/50ml.....	8	COLD & ALLER LIQ CHILDREN.....	159
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i>		<i>cold & cough childrens</i>	159
600 mg/50ml.....	8	<i>cold/cough childrens</i>	159
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i>		<i>cold/flu daytime relief</i>	159
900 mg/50ml.....	8	<i>cold & flu nightttime reli</i>	159
<i>clindamycin phosphate (topical)</i>	176	<i>cold & flu relief daytime</i>	159
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	94	<i>cold & flu relief nightti</i>	159
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML.....	8	<i>cold relief plus</i>	159
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML.....	8	<i>cold & sinus</i>	159
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML.....	8	COLEMAN 100 MAX INSECT RE.....	182
CLINIMIX INJ 4.25/D5W.....	112	COLEMAN INSECT REPELLENT/.....	182
CLINIMIX INJ 4.25/D10.....	112	COLEMN BOTAN LIQ INSECT.....	182
CLINIMIX INJ 5%/D15W.....	112	COLEMN INSEC LIQ SKINSMAR.....	182
CLINIMIX INJ 5%/D20W.....	112	COLEMN INSEC SPR SKINSMAR.....	182
CLINIMIX INJ 6/5.....	112	<i>colesevelam hcl</i>	39
CLINIMIX INJ 8/10.....	112	<i>colestipol hcl</i>	40
CLINIMIX INJ 8/14.....	112	<i>colistimethate sodium</i>	8
<i>clinisol sf 15%</i>	113	COMBIGAN SOL 0.2/0.5%.....	151
CLINITEST KIT SELF-TST.....	8	COMBIVENT AER 20-100.....	154
CLINOLIPID EMU 20%.....	113	COMETRIQ (60MG DOSE).....	26
<i>clobazam</i>	51	COMETRIQ KIT 100MG.....	26
<i>clobetasol propionate</i>	180	COMETRIQ KIT 140MG.....	26
<i>clobetasol propionate e</i>	180	COMPACT SPAC MIS CHAMBER.....	171
<i>clomipramine hcl</i>	45	COMPACT SPAC MIS LG MASK.....	171
<i>clonazepam</i>	51, 52	COMPACT SPAC MIS MD MASK.....	171
<i>clonidine</i>	43	COMPACT SPAC MIS SM MASK.....	171
<i>clonidine hcl</i>	43	<i>companion</i>	126
<i>clopidogrel bisulfate</i>	100	<i>compete</i>	126
<i>clorazepate dipotassium</i>	52	COMPLERA TAB.....	14
<i>clotrimazole</i>	187	<i>complete allergy medicine</i>	155
<i>clotrimazole 3</i>	94	<i>complete multivitamin/mul</i>	126
<i>clotrimazole antifungal</i>	178	<i>compro</i>	84
<i>clotrimazole athletes foo</i>	178	CONCEPTIONXR MIS MOTILITY.....	126
<i>clotrimazole (topical)</i>	178	CONEX SOL CLD/ALRG.....	159
<i>clotrimazole vaginal</i>	94	CONEX TAB 2-60MG.....	159
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream</i>		<i>constulose</i>	87
1-0.05%.....	178	COPIKTRA.....	26
<i>clozapine</i>	49	CO Q-10.....	119
COARTEM TAB 20-120MG.....	12	<i>coq10 maximum strength</i>	119
COCONUT OIL CRE BEAUTY.....	182	CORLANOR.....	43
COENZYME Q10 POW.....	106	<i>corn and callus remover</i>	182
<i>coenzyme q10 (ubidecarenone)</i>	119	COROMEGA EMU OMEGA 3.....	119
<i>colace 2-in-1</i>	87	<i>corvita</i>	127

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>corvita 150</i>	96	<i>cvs airshield effervescent</i>	127
CORVITE 150 TAB	96	<i>cvs b6</i>	127
CORVITE FE TAB	96	<i>cvs b complex plus c</i>	127
COTELLIC	26	<i>cvs biotin</i>	127
<i>cough & cold</i>	159	<i>cvs calcium 600+d</i>	116
<i>cough & cold hbp</i>	159	<i>cvs calcium 600 + d plus</i>	116
<i>cough dm</i>	159	<i>cvs calcium 600 & vitamin</i>	115
<i>cough dm childrens</i>	159	<i>cvs calcium carbonate</i>	116
COVID-19 AT- KIT 1-PACK	9	<i>cvs calcium citrate+d3 pe</i>	116
COVID-19 RAP KIT 1-PACK	9	<i>cvs calcium & vitamin d3</i>	116
COVID-19 RAP KIT 2-PACK.....	9	<i>cvs castor oil</i>	87
COVID-19 TES KIT SPECIMEN	9	<i>cvs chewable childrens vi</i>	127
CREAM BASE CRE	106	<i>cvs childrens chewable co</i>	127
CREON CAP 3000UNIT	92	<i>cvs coenzyme q-10</i>	119
CREON CAP 6000UNIT	92	<i>cvs coq-10</i>	119
CREON CAP 12000UNT	92	CVS COVID-19 KIT HOME 2PK	9
CREON CAP 24000UNT	92	<i>cvs d3</i>	127
CREON CAP 36000UNT	92	<i>cvs daily gummies</i>	127
<i>cromolyn sodium</i>	171	<i>cvs daily gummies adult</i>	127
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i>	91	<i>cvs daily multiple for me</i>	127
<i>cromolyn sodium (nasal)</i>	171	<i>cvs daily multiple for wo</i>	127
<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	151	<i>cvs e</i>	127
<i>cryselle-28</i>	67	<i>cvs electrolyte solution</i>	109
CULTURELLE CAP ADV REG	83	<i>cvs e oil</i>	127
CULTURELLE CAP WOMENS	83	<i>cvs eye health & lutein</i>	127
CULTURELLE CHW MULTIVIT	127	<i>cvs fish oil</i>	119
<i>culturelle kids complete</i>	127	<i>cvs fish oil half-the-siz</i>	119
<i>culturelle kids multivita</i>	127	<i>cvs folic acid</i>	127
<i>culturelle kids probiotic</i>	127	<i>cvs glucose</i>	76
<i>culturelle prenatal welln</i>	83	CVS GLUCOSE CHW FRUIT	76
<i>culturelle total balance</i>	83	<i>cvs gummy dinos</i>	127
<i>culturelle womens wellnes</i>	83	<i>cvs gummy dinos childrens</i>	127
CUTTER.....	182	<i>cvs gummy fish childrens</i>	119
CUTTER AER NATURAL	182	<i>cvs gummy multivitamin ki</i>	127
CUTTER ALL FAMILY	182	CVS INSECT REPELLENT	183
CUTTER ALL FAMILY MOSQUIT	182	<i>cvs iron</i>	96
CUTTER BACKWOODS	182	<i>cvs jock itch</i>	178
CUTTER BACKWOODS DRY	182	CVS KETONE TES CARE	78
CUTTER DRY	183	<i>cvs magnesium</i>	116
CUTTER LEMON LIQ EUCALYPT	183	<i>cvs magnesium oxide</i>	116
CUTTER LIQ NATURAL	183	<i>cvs mens daily gummies</i>	127
CUTTER SKINSATIONS	183	CVS NASAL MIST.....	171
CUTTER SPORT	183	<i>cvs natural fish oil</i>	119
<i>cvs acidophilus probiotic</i>	83	<i>cvs one daily essential</i>	127
<i>cvs advanced healing oint</i>	183	<i>cvs one daily mens health</i>	127
<i>cvs airshield</i>	127	<i>cvs one daily womens form</i>	127

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>cvs oyster shell calcium/</i>	116	D	
<i>cvs pediatric electrolyte</i>	109	D2.5W/NACL INJ 0.45%	110
<i>cvs pinworm treatment</i>	9	<i>d3</i>	128
<i>cvs saline nasal spray</i>	171	<i>d-3-5</i>	129
<i>cvs slow release iron</i>	96	<i>d3-50</i>	128
<i>cvs spectravite advanced</i>	127	<i>d3-1000</i>	128
<i>cvs spectravite men</i>	127	<i>d3 2000</i>	128
<i>cvs spectravite men 50+</i>	127	<i>d3 5000</i>	128
<i>cvs spectravite senior</i>	127	<i>d3 adult</i>	128
<i>cvs spectravite ultra hea</i>	127	<i>d3 adult gummy</i>	128
<i>cvs spectravite ultra wom</i>	128	D3 BABY DROPS	128
<i>cvs spectravite women</i>	128	<i>d3 high potency</i>	128
<i>cvs spectravite women 50+</i>	128	<i>d3 kids</i>	128
<i>cvs stress formula/zinc</i>	128	D3 LIQUID	128
<i>cvs super b complex/c</i>	128	<i>d3 maximum strength</i>	128
CVS TOTAL HOME INSECT REP	183	<i>d3 super strength</i>	128
CVS VISION CAP HEALTH	128	D5W/LYTES INJ #48	110
<i>cvs vitamin a</i>	128	D10W/NACL INJ 0.2%	110
<i>cvs vitamin c</i>	128	<i>d 400</i>	128
<i>cvs vitamin c/rose hips</i>	128	<i>d-400</i>	129
<i>cvs vitamin d3</i>	128	<i>d 1000</i>	129
<i>cvs vitamin e</i>	128	<i>d-1000 extra strength</i>	129
<i>cvs womens active daily</i>	128	<i>d2000 ultra strength</i>	128
<i>cvs womens daily gummies</i>	128	<i>d 5000</i>	129
CYANOCOBALAM CRY	106	<i>d-5000</i>	129
<i>cyanocobalamin</i>	128	<i>d 10000</i>	129
CYANOCOBAL POW	106	<i>daily combo multi vitamin</i>	129
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	59	<i>daily multiple vitamins</i>	129
<i>cyclophosphamide</i>	20	<i>daily multivitamin</i>	129
CYCLOPHOSPHAMIDE	20, 21	<i>daily value multivitamin</i>	129
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR	21	<i>daily vitamins</i>	129
<i>cycloserine</i>	15	<i>daily vite</i>	129
<i>cyclosporine</i>	103	<i>daily-vite</i>	129
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i>	103	<i>daily-vite multivitamin</i>	129
<i>cyproheptadine hcl</i>	155	<i>daily vite multivitamin/i</i>	129
<i>cyred eq</i>	67	<i>dalfampridine</i>	59
CYSTADROPS	152	<i>danazol</i>	74
CYSTAGON	78	<i>dandruff shampoo</i>	183
CYSTARAN	152	<i>dantrolene sodium</i>	60
<i>cytarabine</i>	21	<i>dapsone</i>	9
<i>cyto arg</i>	119	DAPTACEL INJ	104
CYTO-Q	119	<i>daptomycin</i>	9
CYTO-Q MAX	119	DAPTOMYCIN	9
CYTO-Q T/F	120	<i>darunavir</i>	12
		<i>dasetta 1/35</i>	67

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>dasetta 7/7/7</i>	68	DESCOVY TAB 200/25MG	14
DAURISMO	26	<i>desipramine hcl</i>	45
DAY CLEAR CHW ALGY/CGH	159	<i>desmopressin acetate</i>	78
DAYCLEAR TAB 25-50MG	159	<i>desmopressin acetate spray</i>	78
<i>daysee</i>	68	<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i>	78
<i>daytime cold & flu relief</i>	159	<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-</i> <i>0.02/0.01 mg(21/5)</i>	68
DAYVIGO.....	57	<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-</i> <i>30 mcg</i>	68
DDROPS.....	129	<i>desvenlafaxine succinate</i>	45
<i>deblitane</i>	68	DEX4 CHW FRUIT	76
<i>decara</i>	129	DEX4 CHW GRAPE.....	76
DECARA	129	DEX4 CHW ORANGE	76
DECARA K CAP	129	DEX4 CHW RASPBERRY	76
DECONEX DMX TAB.....	159	DEX4 CHW SOUR APL	76
DECONEX IR TAB 10-385MG	160	DEX4 CHW WATERMLN	76
DECUBI-VITE CAP.....	129	DEX4 POUCH CHW PACK.....	76
<i>deep sea nasal spray</i>	171	DEX4 QUICK DISSOLVE GLUCO	76
<i>deferasirox</i>	66	<i>dexamethasone</i>	75
DEKAS CAP ESSENTIA	129	DEXAMETHASONE INTENSOL.....	75
DEKAS CHW BARIATRI	129	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	75
DEKAS LIQ ESSENTIA	129	<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i> 151	
DEKAS PLUS CAP.....	129	<i>dexbrompheniramine-phenylephrine tab</i> <i>2-10 mg</i>	160
DEKAS PLUS CAP OCEAN.....	129	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	56
DEKAS PLUS CHW	129	<i>dextromethorphan-guaifenesin syrup 10-</i> <i>100 mg/5ml</i>	160
DEKAS PLUS LIQ.....	129	<i>dextromethorphan hbr</i>	160
DELSTRIGO TAB.....	14	<i>dextromethorphan polistirex</i>	160
DELSYM	160	<i>dextrose</i>	113
DELSYM CGH LIQ SR THRT	160	<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i> ..	110
DELSYM CHILD LIQ CGH/ST	160	<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	110
DELSYM CHILD MIS DAY/NGHT.....	160	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	110
<i>delsym cough + chest cong</i>	160	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	110
<i>delsym cough + cold night</i>	160	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	110
DELSYM MIS DAY/NGHT	160	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	110
DELSYM NIGHT SOL CGH/MAX	160	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i> ... 110	
<i>delta d3</i>	129	<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i> ... 110	
DENGVAXIA SUS.....	104	<i>diabetes health formula</i>	130
DEPO-SUBQ PROVERA 104	68	DIABETES PAK HEALTH.....	130
<i>depo-testosterone</i>	62	DIABET HLTH PAK SUPPORT.....	129
DERMABASE CRE.....	183	DIABETIDERM CRE.....	183
<i>dermacinrx atrix antibact</i>	183	DIABETIDERM CRE FOOT.....	183
<i>dermacinrx atrix clarifyi</i>	183	DIACOMIT	52
DERMACINRX CHW DAVIMET.....	129	<i>dialyvite</i>	130
DERMACINRX CIRCATRIX	183	<i>dialyvite 800</i>	130
<i>dermacinrx penetral</i>	183		
<i>dermacinrx skin repair</i>	183		
DERMACINRX TAB RIBOT-E.....	129		
DESCOVY TAB 120-15MG	14		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>dialyvite 800/ultra d</i>	130	DOCETAXEL	24
DIALYVITE TAB 3000	130	<i>docusate calcium</i>	87
DIALYVITE TAB 5000	130	<i>docusate mini</i>	87
DIALYVITE TAB SUPREM D.....	130	<i>docusate sodium</i>	87
DIALYVITE/ TAB ZINC	130	DOCUSOL KIDS	87
<i>dialyvite vitamin d3 max</i>	130	<i>docusol mini</i>	87
<i>dialyvite vitamin d 5000</i>	130	<i>docusol plus mini-enema</i>	87
DIALYVITE WAF 800	130	<i>dodex</i>	130
DIATRUST KIT COVID-19.....	9	<i>dofetilide</i>	38
<i>diazepam</i>	52	<i>dok</i>	87
<i>diazepam (anticonvulsant)</i>	52	DOLOGESIC-DF TAB 1-500MG.....	160
<i>diazepam inj</i>	52	DOLOGESIC TAB 1-500MG	160
<i>diazepam intensol</i>	52	<i>donepezil hydrochloride</i>	44
<i>diazoxide</i>	76	DOPTELET	99
<i>diclofenac potassium</i>	4	<i>dorzolamide hcl</i>	151
<i>diclofenac sodium</i>	4	<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln</i> 2-0.5%.....	152
<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	151	DOTREMINE TAB.....	130
<i>diclofenac sodium (topical)</i>	183	<i>dotti</i>	74
<i>dicloxacillin sodium</i>	19	DOVATO TAB 50-300MG.....	14
<i>dicyclomine hcl</i>	85	<i>doxazosin mesylate</i>	36
DIFICID	17	<i>doxepin hcl</i>	46
<i>diflunisal</i>	4	<i>doxepin hcl (sleep)</i>	57
<i>digoxin</i>	43	<i>doxorubicin hcl</i>	21
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	57, 58	<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	21
DILANTIN	52	<i>doxy 100</i>	20
DILANTIN-125.....	52	<i>doxycycline hyclate</i>	20
DILANTIN INFATABS	52	<i>doxycycline (monohydrate)</i>	20
<i>diltiazem hcl</i>	41	<i>doxylamine-phenylephrine tab 7.5-10 mg</i> ..	160
<i>diltiazem hcl coated beads</i>	41	<i>driminate</i>	84
<i>diltiazem hcl extended release beads</i>	41	<i>dronabinol</i>	84
<i>dilt-xr</i>	41	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab</i> 3-0.02 mg	68
<i>dimaphen dm cold & cough</i>	160	<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab</i> 3-0.03 mg	68
<i>diphenhydramine hcl</i>	155	<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate</i> <i>tab 3-0.03-0.451 mg</i>	68
<i>diphenhydramine-zinc acetate cream</i> 2-0.1%.....	183	DROXIA	99
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-</i> <i>0.025 mg/5ml</i>	91	<i>droxidopa</i>	43
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i> 91		<i>dry eye formula</i>	130
DIP/TET PED INJ 25-5LFU.....	104	<i>dry eye relief</i>	152
<i>dipyridamole</i>	100	<i>dry eye relief drops</i>	152
<i>disopyramide phosphate</i>	38	<i>dry skin treatment</i>	183
DISTILLED LIQ WATER	106	DULERA AER 50-5MCG.....	175
<i>disulfiram</i>	60	DULERA AER 100-5MCG	175
<i>divalproex sodium</i>	52	DULERA AER 200-5MCG	175
DML FORTE CRE.....	183		
<i>docetaxel</i>	24		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>duloxetine hcl</i>	46	ELIQUIS STARTER PACK	95
DUPIXENT	100	ELLECE	21
DURAFLU TAB	160	ELLUME COV19 KIT HOME TES	9
DUREX MIS REALFEEL	68	<i>eluryng</i>	68
<i>dutasteride</i>	93	EMERGEN-C CHW VITA C	130
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i> .93		EMERGEN-C PAK BLUE	130
<i>d-vite pediatric</i>	129	EMERGEN-C PAK HEART	130
E		EMERGEN-C PAK IMMUNE	130
<i>e-200</i>	130	EMERGEN-C PAK KIDZ	130
<i>e200</i>	130	EMERGEN-C PAK MSM LITE.....	130
<i>e-400</i>	130	EMERGEN-C PAK PINK.....	130
<i>e400</i>	130	EMERGEN-C PAK VITA C	130
<i>e-400-clear</i>	130	EMERGEN-C PAK VIT D/CA	130
<i>e 1000</i>	130	EMOLLIA-CREM CRE	183
<i>e1000</i>	130	EMOLLIENT CRE BASE	106
EAGLE WATCH MOSQUITO ELIM.....	183	EMPTY CAPSUL CAP #0	106
<i>ear drops</i>	188	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 0	106, 107
<i>earwax removal</i>	188	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 1	106
<i>earwax removal kit</i>	188	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 2	106
EASIVENT MIS.....	171	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 3	106
EASIVENT MIS MASK LG	171	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 4	106
EASIVENT MIS MASK MED	171	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 5	106
EASIVENT MIS MASK SM	171	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 7	106
<i>ec-naproxen</i>	4	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 10.....	107
<i>econtra ez</i>	68	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 11.....	107
<i>econtra one-step</i>	68	EMPTY CAPSUL CAP SIZE 13.....	107
<i>ed a-hist</i>	160	EMSAM	46
<i>ed a-hist dm</i>	160	<i>emtricitabine</i>	12
ED A-HIST DM TAB 10-4-10	160	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i> <i>tab 100-150 mg</i>	14
<i>ed-apap</i>	1	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i> <i>tab 133-200 mg</i>	14
ED BRON GP LIQ.....	160	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i> <i>tab 167-250 mg</i>	14
<i>ed chlorped jr</i>	155	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate</i> <i>tab 200-300 mg</i>	14
EDURANT	12	EMTRIVA	12
<i>e.e.s. 400</i>	17	EMVERM	9
<i>efavirenz</i>	12	<i>enalapril maleate</i>	35
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-</i> <i>200-300 mg</i>	14	<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab</i> <i>5-12.5 mg</i>	35
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-</i> <i>300-300 mg</i>	14	<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab</i> <i>10-25 mg</i>	35
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-</i> <i>300-300 mg</i>	14	ENBREL	100
<i>eldertonic</i>	130	ENBREL MINI.....	100
ELIGARD	22	ENBREL SURECLICK	100
<i>elinest</i>	68		
ELIQUIS	95		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>endacof-dm</i>	160	<i>eq complete chewable mult</i>	131
ENDARI	99	<i>eq complete multivitamin</i>	131
<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	6	EQ COMPLETE TAB ADULT	131
<i>endocet tab 5-325mg</i>	6	<i>eq b-6</i>	131
<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	6	<i>eq calcium 600mg/vitamin</i>	116
<i>endocet tab 10-325mg</i>	6	EQL CALCIUM CAP VIT D	116
<i>endur-acin</i>	130	<i>eq calcium citrate/ vita</i>	116
ENDUR-VM TAB	131	<i>eq calcium citrate w/vit</i>	116
ENDUR-VM TAB IRON	131	<i>eq calcium/vitamin d</i>	116
<i>enema ready-to-use</i>	87	<i>eq carbonyl iron</i>	96
<i>enemeez mini</i>	87	<i>eq castor oil</i>	87
<i>enemeez plus</i>	87	<i>eq century</i>	131
ENFAMIL SOL ENFALYTE	109	<i>eq century mature</i>	131
ENGERIX-B	104	EQL CENTURY TAB MENS	131
<i>enilloring</i>	68	<i>eq childrens multivitami</i>	131
<i>enoxaparin sodium</i>	95	<i>eq coq10</i>	120
<i>enpresse-28</i>	68	<i>eq digestive probiotic</i>	83
<i>enskyce</i>	68	<i>eq fish oil</i>	120
ENSTILAR AER	180	<i>eq iron supplement thera</i>	96
ENSURE CLEAR LIQ APPLE	120	<i>eq omega 3 fish oil</i>	120
ENSURE CLEAR LIQ BBRY/POM	120	<i>eq omega-3 fish oil</i>	120
ENSURE CLEAR LIQ MIX BERY	120	<i>eq one daily mens 50+ ad</i>	131
ENSURE CLEAR LIQ MIX FRUT	120	<i>eq one daily mens health</i>	131
ENSURE CLEAR LIQ PEACH	120	<i>eq one daily womens 50+</i>	131
<i>entacapone</i>	48	<i>eq probiotic acidophilus</i>	83
<i>entecavir</i>	15	<i>eq saline nasal spray</i>	171
ENTRESTO TAB 24-26MG	36	<i>eq slow release iron</i>	96
ENTRESTO TAB 49-51MG	37	<i>eq stress b-complex/vita</i>	131
ENTRESTO TAB 97-103MG	37	<i>eq super b complex/vitam</i>	131
<i>enulose</i>	87	<i>eq vision formula</i>	131
<i>e-oil</i>	130	<i>eq vitamin c</i>	131
<i>e-ointment</i>	183	<i>eq vitamin c/rose hips</i>	131
EPCLUSA PAK 150-37.5	15	<i>eq vitamin d3</i>	131
EPCLUSA PAK 200-50MG	15	<i>eq vitamin e</i>	131
EPCLUSA TAB 200-50MG	15	<i>eq multivitamin gummies c</i>	131
EPCLUSA TAB 400-100	15	EQ ONE DAILY TAB MENS	131
EPIDIOLEX	52	EQ ONE DAILY TAB WOMENS	131
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	43, 171	<i>eq one daily womens healt</i>	131
<i>epitol</i>	52	<i>eq saline nasal spray</i>	171
<i>eplerenone</i>	36	<i>eq slow-release iron</i>	96
EPRONTIA	53	EQ THERAPEUT CRE MOISTURI	183
<i>epsom salt</i>	87	<i>ergocalciferol</i>	131
<i>eq calcium 500+d</i>	116	<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	58
<i>eq calcium 600+d</i>	116	ERIVEDGE	26
<i>eq calcium 600+d+minerals</i>	116	ERLEADA	22
<i>eq calcium citrate+d</i>	116	<i>erlotinib hcl</i>	26

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>errin</i>	68	EYE HEALTH TAB LUTEIN	131
<i>ertapenem sodium</i>	9	<i>eye itch relief</i>	151
<i>ery</i>	176	EYE MULTIVIT CAP	131
<i>ery-tab</i>	17	EYE MULTIVIT CAP LUTEIN	132
ERYTHROCIN LACTOBIONATE.....	17	EYE MULTIVIT TAB SODIUM.....	132
<i>erythrocin stearate</i>	18	EYSUVIS	151
<i>erythromycin (acne aid)</i>	176	<i>ezetimibe</i>	40
<i>erythromycin base</i>	18	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	40
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	18	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	40
<i>erythromycin lactobionate</i>	18	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	40
<i>erythromycin (ophth)</i>	150	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	40
<i>escitalopram oxalate</i>	46	EZFE 200	96
<i>esomeprazole magnesium</i>	92	F	
<i>essentia</i>	131	<i>fa-8</i>	132
<i>essential balance</i>	131	<i>fabb</i>	132
<i>estarylla</i>	68	FABRAZYME.....	78
<i>estradiol</i>	74	<i>falmina</i>	68
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-</i> <i>0.1 mg</i>	74	<i>famciclovir</i>	15
<i>estradiol & norethindrone acetate tab</i> <i>1-0.5 mg</i>	74	<i>famotidine</i>	86
<i>estradiol vaginal</i>	75	<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i>	86
<i>estradiol valerate</i>	75	<i>famotidine maximum streng</i>	86
ESTROVEN MEN TAB SUPPLEM.....	131	<i>famotidine original stren</i>	86
<i>eszopiclone</i>	57	FANAPT	49
<i>ethambutol hcl</i>	15	FANAPT PAK	49
<i>ethosuximide</i>	53	FANTASY LUBR MIS COLORS	68
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab</i> <i>1 mg-35 mcg</i>	68	FANTASY LUBR MIS SPERMICI.....	68
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab</i> <i>1 mg-50 mcg</i>	68	FANTASY MIS LUBRICAT	68
<i>etodolac</i>	4	FARXIGA	62
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-</i> <i>0.015 mg/24hr</i>	68	FASENRA	171
<i>etoposide</i>	24	FASENRA PEN	171
<i>etravirine</i>	12	FATTIBASE OIN	107
EUCERIN HAND CRE ADV REPA.....	183	FC2 FEMALE MIS CONDOM.....	69
EUCERIN PLUS CRE.....	183	<i>felbamate</i>	53
EULEXIN	22	<i>felodipine</i>	42
<i>euthyrox</i>	80	<i>fenofibrate</i>	39
<i>everolimus</i>	26	<i>fenofibrate micronized</i>	39
<i>everolimus (immunosuppressant)</i>	103	<i>fentanyl</i>	6
EVOTAZ TAB 300-150	14	<i>fentanyl citrate</i>	6
<i>exemestane</i>	22	FERAHEME	97
EXKIVITY	26	<i>ferate</i>	97
EYE HEALTH CAP ADLT 50+	131	<i>fergon</i>	97
		FERIVAFA CAP 110-1MG	97
		FERIVA TAB 21/7	97
		<i>ferosul</i>	97
		FERRALET 90 TAB	97

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>ferrex 150</i>	97	<i>flac</i>	154
<i>ferric x-150</i>	97	<i>flanders buttocks</i>	183
<i>ferrous gluconate</i>	97	FLAREX	151
FERROUS GLUCONATE.....	97	FLAVOR SWEET SYP S/F	107
<i>ferrous sulfate</i>	97	FLEBOGAMMA DIF.....	102
FERROUS SULFATE.....	97	<i>flecainide acetate</i>	38
FE SULFATE POW	96	FLEET BISACODYL	87
FETZIMA	46	FLEET ENE PED	87
FETZIMA CAP TITRATIO	46	FLEXICHAMBER MIS.....	171
<i>feverall adults</i>	1	FLEXICHAMBER MIS MASK LRG.....	171
<i>feverall childrens</i>	1	FLEXICHAMBER MIS MASK SM	171
FEVERALL INFANTS	1	FLINTSTONES CHW COMPLETE.....	132
FEVERALL JUNIOR STRENGTH.....	1	<i>flintstones complete</i>	132
<i>fe-vite iron</i>	96	FLINTSTONES COMPLETE	132
<i>fexofenadine hcl</i>	155	<i>flintstones gummies plus</i>	132
<i>fexofenadine-pseudoephedrine tab er 12hr</i> 60-120 mg.....	160	FLINTSTONES GUMMIES PLUS	132
<i>fexofenadine-pseudoephedrine tab er 24hr</i> 180-240 mg.....	160	<i>flintstones/my first</i>	132
FIASP	64	<i>flintstones plus calcium</i>	132
FIASP FLEXTOUCH.....	64	<i>flintstones w/iron</i>	132
FIASP PENFILL	64	FLORAJEN CAP ACIDOPHI	83
FIASP PUMPCART	65	FLORAJEN CAP WOMEN	83
<i>fiber-lax</i>	87	<i>floranex</i>	83
<i>finasteride</i>	93	FLORIVA DRO PLUS.....	132
<i>ingolimod hcl</i>	59	FLOWFLEX KIT TEST	9
FINTEPLA.....	53	<i>fluconazole</i>	11
<i>finzala</i>	69	<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	183	<i>flucytosine</i>	11
<i>fish oil adult gummies</i>	120	<i>fludrocortisone acetate</i>	75
<i>fish oil burp-less</i>	120	<i>flu hbp</i>	160
FISH OIL CAP 150MG	120	<i>flunisolide (nasal)</i>	175
FISH OIL CAP 180MG	120	<i>fluocinolone acetonide</i>	180
FISH OIL CAP 183.33MG.....	120	<i>fluocinolone acetonide (otic)</i>	154
FISH OIL CAP 1000MG	120	<i>fluocinonide</i>	180
FISH OIL CAP 1360MG.....	120	<i>fluocinonide emulsified base</i>	180
FISH OIL CAP 1400MG.....	120	<i>fluorometholone (ophth)</i>	151
FISH OIL CHW 875MG	120	<i>fluorouracil</i>	21
<i>fish oil concentrate</i>	120	<i>fluorouracil (topical)</i>	183
<i>fish oil double strength</i>	120	<i>fluoxetine hcl</i>	46
<i>fish oil extra strength</i>	120	<i>fluphenazine decanoate</i>	49
<i>fish oil maximum strength</i>	120	<i>fluphenazine hcl</i>	49
<i>fish oil omega-3</i>	120	<i>flurbiprofen</i>	4
<i>fish oil pearls</i>	120	<i>flurbiprofen sodium</i>	151
<i>fish oil/super potent/no</i>	120	<i>flu/severe cold & cough d</i>	160
		<i>fluticasone propionate</i>	180
		<i>fluticasone propionate (nasal)</i>	175

Nombre del medicamento	Página n.º
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act</i>	175
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act</i>	176
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act</i>	176
<i>fluvoxamine maleate</i>	44
<i>folate</i>	132
FOLDITAM TAB.....	132
<i>folic acid</i>	132
FOLIC ACID.....	132
FOLIC ACID POW.....	132
FOLIFLEX TAB	132
FOLITE TAB.....	132
FOLITIN-Z TAB.....	132
FOLIVANE-F CAP	97
FOLIXAPURE TAB 1-5000.....	132
FOLTAMIN TAB 1-5000	132
FOLTRATE TAB.....	132
FOLTREXYL TAB	132
<i>fondaparinux sodium</i>	95
<i>fosamprenavir calcium</i>	12
<i>fosinopril sodium</i>	35
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	35
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	35
FOTIVDA.....	26
FREEDAVITE TAB	132
<i>freeze dried acidophilus</i>	83
FRESHKOTE PF SOL 2.7-2%	152
FRESHKOTE SOL 2.7-2%.....	152
FRUCTOSE GRA.....	120
<i>fruity chews</i>	132
<i>fruity chews/iron</i>	132
FRUZAQLA.....	26, 27
<i>full spectrum b/vitamin c</i>	132
<i>fulvestrant</i>	22
FUNGOID TINCTURE	178
<i>furosemide</i>	42
<i>furosemide inj</i>	42
FUSION PLUS CAP.....	97
FUZEON.....	12
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	75
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	75
FYCOMPA	53

Nombre del medicamento	Página n.º
G	
<i>gabapentin</i>	53
<i>galantamine hydrobromide</i>	44, 45
GALZIN.....	116
GAMASTAN INJ	102
GAMMAGARD LIQUID	102
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH.....	102
GAMMAKED	103
GAMMAPLEX	103
GAMUNEX-C	103
<i>ganciclovir sodium</i>	15
GARDASIL 9 INJ.....	104
<i>gas relief</i>	91
<i>gas relief extra strength</i>	91
<i>gas relief infants</i>	91
<i>gas relief ultra strength</i>	91
<i>gas-x extra strength</i>	91
<i>gas-x ultra strength</i>	91
<i>gatifloxacin (ophth)</i>	150
GATTEX.....	91
GAUZE PADS 2	65
<i>gavilax</i>	87
<i>gavilyte-c</i>	87
<i>gavilyte-g</i>	87
GAVRETO	27
<i>gefitinib</i>	27
<i>gemcitabine hcl</i>	21
<i>gemfibrozil</i>	39
GEMTESA.....	94
GENADEK CAP STEP 1	132
GENADEK CAP STEP 2.....	132
GENADEK DRO	132
<i>generlac</i>	87
<i>engraf</i>	103
GENOTROPIN.....	78
GENOTROPIN MINIQUICK.....	78
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	9
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	9
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	9
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	9
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	9
<i>gentamicin sulfate</i>	9
<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>	150
<i>gentamicin sulfate (topical)</i>	177
GENTEAL SEVERE TEARS	152

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>genteal tears liquid drop</i>	152	<i>gnp allergy</i>	156
<i>genteal tears night-time</i>	152	<i>gnp allergy & congestion</i>	160
GENTEAL TEAR SOL MOD PF	152	<i>gnp allergy multi-symptom</i>	160
GENTEAL TEAR SOL PF	152	<i>gnp allergy relief</i>	156
<i>gentle laxative</i>	87	<i>gnp allergy relief 24 hou</i>	156
GENVOYA TAB.....	14	<i>gnp allergy relief maximu</i>	156
<i>gerber grow mighty</i>	132	<i>gnp antacid and anti-gas/</i>	81
<i>gerber lil' brainies</i>	133	<i>gnp antacid & anti-gas ma</i>	81
<i>gerivite complete</i>	133	<i>gnp antacid anti-gas/maxi</i>	81
GILOTRIF	27	<i>gnp antacid & anti-gas/re</i>	81
<i>glatiramer acetate</i>	59	<i>gnp antacid extra strengt</i>	81
<i>glatopa</i>	59	<i>gnp antacid/regular stren</i>	81
GLEOSTINE.....	21	<i>gnp anti-diarrheal</i>	83
<i>glimepiride</i>	62	<i>gnp anti-gas ultra streng</i>	91
<i>glipizide</i>	62	<i>gnp anti-itch</i>	184
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	62	<i>gnp artificial tears</i>	152
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	62	<i>gnp aspirin</i>	2
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	62	<i>gnp aspirin low dose</i>	2
<i>glipizide xl</i>	62	<i>gnp athletes foot</i>	178
GLUCOSE.....	76	<i>gnp bacitracin zinc</i>	177
GLUCOSE CHW FRUIT	76	<i>gnp b-complex plus vitam</i>	133
GLUCOSE CHW GRAPE.....	76	<i>gnp biotin</i>	133
GLUCOSE CHW ORANGE	76	<i>gnp calcium</i>	116
GLUCOSE CHW RASPBERRY	76	<i>gnp calcium 500 +d3</i>	116
GLUCOSE CHW WATERMLN	76	<i>gnp calcium 600 +d3</i>	116
<i>glucoten</i>	133	<i>gnp calcium 600 +d3/miner</i>	116
<i>glutamine powder</i>	120	<i>gnp calcium 600 +d/minera</i>	116
GLUTATHIONE POW.....	120	<i>gnp calcium citrate +d3</i>	116
GLYCERIN	107	<i>gnp calcium citrate+d3 ma</i>	116
GLYCERIN LIQ	107	<i>gnp castor oil</i>	87
<i>glycolax</i>	87	<i>gnp childrens allergy</i>	156
<i>glycopyrrolate</i>	85	<i>gnp childrens chewables/e</i>	133
<i>glydo</i>	181	<i>gnp childrens chewables/i</i>	133
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	62	<i>gnp childrens ibuprofen</i>	4
GLYXAMBI TAB 25-5 MG.....	63	<i>gnp clearlax</i>	88
<i>gnp 8 hour arthritis reli</i>	1	<i>gnp clotrimazole 3</i>	94
<i>gnp 8 hour pain relief</i>	1	<i>gnp cold & cough children</i>	161
<i>gnp 8 hour pain reliever</i>	2	<i>gnp co q-10</i>	120
<i>gnp acetaminophen</i>	2	<i>gnp co q10</i>	120
<i>gnp acid reducer</i>	86	<i>gnp cough dm er</i>	161
<i>gnp acid reducer maximum</i>	86	<i>gnp d 1000</i>	133
<i>gnp adult aspirin low str</i>	2	<i>gnp day time cold/flu</i>	161
<i>gnp all day allergy</i>	155	<i>gnp esomeprazole magnesiu</i>	92
<i>gnp all day allergy child</i>	156	<i>gnp essential one daily</i>	133
<i>gnp all day allergy-d</i>	160	<i>gnp fiber-caps</i>	88
<i>gnp all day allergy relie</i>	156	<i>gnp fiber powder</i>	88

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>gnp fiber therapy</i>	88	<i>gnp naproxen sodium</i>	4
<i>gnp fish oil</i>	120	<i>gnp nasal decongestant</i>	161
GNP FISH OIL CAP 840MG	120	<i>gnp nasal decongestant/ma</i>	161
<i>gnp fish oil maximum stre</i>	120	<i>gnp nasal decongestant pe</i>	161
<i>gnp fluticasone propionat</i>	175	<i>gnp nasal four spray</i>	161
<i>gnp folic acid</i>	133	<i>gnp nasal moisturizing</i>	171
<i>gnp gas relief</i>	91	<i>gnp nasal spray</i>	161
<i>gnp gas relief extra stre</i>	91	<i>gnp nasal spray extra moi</i>	161
<i>gnp gentle laxative</i>	88	<i>gnp nasal spray fast acti</i>	161
GNP GLUCOSE CHW GRAPE.....	76	<i>gnp nicotine gum</i>	61
GNP GLUCOSE CHW ORANGE	76	<i>gnp nicotine mini lozenge</i>	61
GNP GLUCOSE CHW RASPBERRY	76	<i>gnp nicotine polacrilex</i>	61
GNP GLUCOSE CHW WATERMLN	76	<i>gnp nicotine polacrilex m</i>	61
<i>gnp hair/skin/nails</i>	133	<i>gnp nicotine transdermal</i>	61
<i>gnp healthy eyes</i>	133	<i>gnp night time cold & flu</i>	161
<i>gnp hydrocortisone</i>	180	<i>gnp night time cough</i>	161
<i>gnp hydrocortisone/aloe</i>	180	<i>gnp no drip nasal spray</i>	161
<i>gnp hydrocortisone maximu</i>	180	<i>gnp omeprazole</i>	93
<i>gnp hydrocortisone plus</i>	180	<i>gnp one daily mens health</i>	133
<i>gnp ibuprofen</i>	4	<i>gnp one daily womens heal</i>	133
<i>gnp ibuprofen childrens</i>	4	<i>gnp one daily womens meta</i>	133
<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>	97	<i>gnp pain relief extra str</i>	2
<i>gnp lansoprazole</i>	92	<i>gnp pink bismuth</i>	83
<i>gnp lice treatment</i>	187	<i>gnp pseudoephedrine hcl 1</i>	161
<i>gnp little ones childrens</i>	133	<i>gnp pseudoephedrine hcl e</i>	161
<i>gnp loperamide hydrochlor</i>	83	GNP QUICK DISSOLVE GLUCOS	76
<i>gnp loratadine</i>	156	<i>gnp senna lax</i>	88
<i>gnp loratadine childrens</i>	156	<i>gnp senna plus</i>	88
<i>gnp lubricating plus eye</i>	152	<i>gnp sinus + headache for</i>	161
<i>gnp mega multi for men</i>	133	<i>gnp sinus pressure/pain</i>	161
<i>gnp mega multi for women</i>	133	<i>gnp stomach relief</i>	83
<i>gnp miconazole 1 combinat</i>	94	<i>gnp stool softener</i>	88
<i>gnp miconazole 3</i>	94	<i>gnp stool softener/stimul</i>	88
<i>gnp miconazole 7</i>	94	<i>gnp tab tussin</i>	161
<i>gnp miconazorb af</i>	178	<i>gnp tab tussin dm</i>	161
<i>gnp milk of magnesia</i>	88	<i>gnp terbinafine hydrochlo</i>	178
<i>gnp mineral oil</i>	88	<i>gnp therapeutic-m</i>	133
<i>gnp motion sickness relie</i>	84	<i>gnp tolnaftate</i>	178
<i>gnp mucus dm maximum stre</i>	161	<i>gnp triple antibiotic</i>	177
<i>gnp mucus er</i>	161	<i>gnp triple antibiotic plu</i>	177
<i>gnp mucus relief</i>	161	<i>gnp tussin cf cough & col</i>	161
<i>gnp mucus relief dm</i>	161	<i>gnp tussin cough long act</i>	161
<i>gnp mucus relief pe</i>	161	<i>gnp tussin dm cough</i>	161
<i>gnp naproxen</i>	4	<i>gnp tussin dm cough/chest</i>	161

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>gnp tussin dm max</i>	161	<i>goodsense nighttime cough</i>	162
<i>gnp tussin mucus & chest</i>	161	<i>goodsense pain & fever ch</i>	2
<i>gnp urinary pain relief</i>	94	<i>goodsense pain & fever in</i>	2
<i>gnp vitamin a</i>	133	<i>goodsense pain relief</i>	2
<i>gnp vitamin b-6</i>	133	<i>goodsense pain relief ext</i>	2
<i>gnp vitamin c</i>	133	<i>goodsense tussin cf</i>	162
<i>gnp vitamin c/rose hips</i>	133	<i>goodsense tussin dm coug</i>	162
<i>gnp vitamin c w/rose hips</i>	133	<i>goodsense tussin dm max</i>	162
<i>gnp vitamin d</i>	133	<i>granisetron hcl</i>	85
<i>gnp vitamin d3</i>	133	GRAPE SYP	107
<i>gnp vitamin d3 extra stre</i>	133	<i>griseofulvin microsize</i>	11
<i>gnp vitamin d maximum str</i>	133	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	11
<i>gnp vitamin d super stren</i>	133	<i>guaifenesin</i>	162
<i>gnp vitamin e</i>	133	<i>guaifenesin ac</i>	162
<i>gnp vitamin e water dispe</i>	133	<i>guaifenesin-codeine soln 100-10 mg/5ml</i> ..	162
<i>gnp wart remover</i>	184	<i>guanfacine hcl</i>	43
<i>gnp womens gentle laxativ</i>	88	<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	56, 57
GOLD BOND CRE HEALING	184	<i>gummi bear multivitamin/m</i>	134
GOLD BOND OIN HEALING.....	184	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	76
<i>goodsense all day allergy</i>	156	GVOKE KIT	76
<i>goodsense aller-ease</i>	156	GVOKE PFS.....	77
<i>goodsense allergy relief</i>	156		
<i>goodsense anti-diarrheal</i>	83	H	
<i>goodsense arthritis pain</i>	2	HAEGARDA.....	99
<i>goodsense aspirin</i>	2	<i>hailey 1.5/30</i>	69
<i>goodsense aspirin adults</i>	2	<i>hailey 24 fe</i>	69
<i>goodsense clearlax</i>	88	HAIR/SKIN/ CAP NAILS.....	134
<i>goodsense cough dm</i>	161	<i>hair/skin/nails</i>	134
<i>goodsense cough dm childr</i>	162	HAIR SKIN & TAB NAILS AD	134
<i>goodsense day time cold &</i>	162	<i>halobetasol propionate</i>	180
<i>goodsense daytime cold &</i>	162	<i>haloette</i>	69
<i>goodsense esomeprazole ma</i>	93	<i>haloperidol</i>	49
<i>goodsense first aid antib</i>	177	<i>haloperidol decanoate</i>	49
<i>goodsense hemorrhoidal oi</i>	184	<i>haloperidol lactate</i>	49
<i>goodsense ibuprofen</i>	4	HARVONI PAK 33.75-150MG.....	16
<i>goodsense ibuprofen child</i>	4	HARVONI PAK 45-200MG.....	16
<i>goodsense ibuprofen infan</i>	4	HARVONI TAB 45-200MG	16
<i>goodsense lansoprazole</i>	93	HARVONI TAB 90-400MG	16
<i>goodsense lice killing cr</i>	187	HAVRIX.....	104
<i>goodsense lubricating plu</i>	152	H-COSMETIC CRE ARBEM.....	107
<i>goodsense mucus relief ch</i>	162	<i>head congestion/mucus</i>	162
<i>goodsense naproxen sodium</i>	5	<i>healthy eyes</i>	134
<i>goodsense nicotine</i>	61	HEALTHY EYES CAP SUPERVIS.....	134
<i>goodsense nicotine gum</i>	61	<i>healthy eyes/lutein/zeaxa</i>	134
<i>goodsense nicotine polacr</i>	61	<i>healthy hair skin & nails</i>	134
<i>goodsense nighttime cold</i>	162	HEALTHY KIDS CHW GUMMIES.....	134

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>healthy kids vitamin d3</i>	134	<i>hm cold & cough childrens</i>	162
<i>healthylax</i>	88	<i>hm cold & sinus relief</i>	162
<i>heartburn relief</i>	86	HM COMPLETE TAB MEN	134
<i>heartburn relief extra st</i>	81	<i>hm complete women</i>	134
<i>heartburn relief maximum</i>	86	<i>hm cough dm</i>	162
<i>heather</i>	69	<i>hm daytime severe cold/fl</i>	162
<i>h-e-b oral electrolyte so</i>	109	<i>hm double antibiotic</i>	177
HEMATEX.....	97	<i>hm dry eye relief</i>	152
HEMATEX POLYSACCHARIDE IR	97	<i>hm enema mineral oil</i>	88
HEMATOGEN FA CAP.....	97	<i>hm enema saline laxative</i>	88
HEMOCYTE PLS CAP	97	<i>hm esomeprazole magnesium</i>	93
HEPARIN/NACL INJ 25000UNT	95	<i>hm e vitamin</i>	134
<i>heparin sodium (porcine)</i>	95	<i>hm fexofenadine hydrochlo</i>	156
HEPLISAV-B.....	104	<i>hm gas relief</i>	91
HEP SOD/D5W INJ 20000UNT	95	<i>hm gas relief extra stren</i>	91
HEP SOD/D5W INJ 25000UNT	95	<i>hm gas relief infants</i>	91
HEP SOD/NACL INJ 12500UNT.....	95	<i>hm gentle laxative</i>	88
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	95	HM HAIR/SKIN TAB /NAILS	134
HERCEP HYLEC SOL 60-10000.....	27	<i>hm hydrocortisone/aloe ma</i>	180
HERCEPTIN	27	<i>hm hydrocortisone plus</i>	180
HERZUMA.....	27	<i>hm ibuprofen</i>	5
HIBERIX.....	104	<i>hm ibuprofen childrens</i>	5
HIGH POTENCY TAB MULTIVIT	134	<i>hm laxative</i>	88
HIGH POTENCY TAB MV/FA	134	<i>hm loratadine</i>	156
HI POT MV/ TAB BETA-CAR	134	<i>hm loratadine childrens</i>	156
HISTEX	156	<i>hm lubricating tears</i>	152
HISTEX-DM SYP.....	162	<i>hm magnesium citrate</i>	88
<i>hm acetaminophen children</i>	2	<i>hm milk of magnesia</i>	88
<i>hm adult aspirin</i>	2	<i>hm motion sickness</i>	85
<i>hm all day allergy childr</i>	156	<i>hm mucus relief dm</i>	162
<i>hm allergy relief</i>	156	<i>hm naproxen sodium</i>	5
<i>hm allergy relief & nasal</i>	162	<i>hm nasal decongestant 12</i>	162
<i>hm allergy relief nasal s</i>	175	<i>hm nasal decongestant pe</i>	162
<i>hm antacid</i>	81	<i>hm nicotine polacrilex</i>	61
<i>hm antacid anti-gas extra</i>	81	<i>hm nicotine transdermal s</i>	61
<i>hm antacid extra strength</i>	81	<i>hm night time cold & flu</i>	162
<i>hm arthritis pain relief</i>	2	<i>hm nightttime cold & flu r</i>	162
<i>hm aspirin</i>	2	<i>hm nose drops extra stren</i>	162
<i>hm aspirin ec low dose</i>	2	<i>hm omeprazole</i>	93
<i>hm bacitracin</i>	177	<i>hm pain & fever childrens</i>	2
<i>hm biotin</i>	134	<i>hm pain relief</i>	2
<i>hm calcium citrate+d3 pet</i>	116	<i>hm pain reliever</i>	2
<i>hm calcium/vitamin d/mine</i>	116	<i>hm senna</i>	88
<i>hm cetirizine hydrochlori</i>	156	<i>hm stomach relief</i>	83
<i>hm chest congestion relie</i>	162	<i>hm stomach relief ultra</i>	83
<i>hm clearlax</i>	88	<i>hm stool softener</i>	88

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>hm stool softener/stimula</i>	88	<i>hydrocortisone (topical)</i>	180
<i>hm triple antibiotic</i>	177	<i>hydrolatum</i>	184
<i>hm triple antibiotic plus</i>	177	<i>hydromet</i>	163
<i>hm urinary pain relief</i>	94	<i>hydromorphone hcl</i>	7
<i>hm womens 50+ advanced on</i>	134	HYDROPHILIC OIN PETROLAT	107
HOLD CHAMBER MIS ADLT LG	171	<i>hydrophor</i>	184
HOLD CHAMBER MIS MEDIUM.....	171	HYDROUS CRE EMULSIFI.....	107
HOLD CHAMBER MIS SMALL.....	171	<i>hydroxocobalamin acetate</i>	134
HONEY BEARS CHW.....	134	HYDROXOCOBAL POW	107
HONEY BEARS CHW IRON-ZIN	134	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	102
HUMIRA	100	<i>hydroxyurea</i>	23
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	100	<i>hydroxyzine hcl</i>	156
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D	100	<i>hydroxyzine pamoate</i>	156
HUMIRA PEN	100, 101	HYPROMELLOSE POW 4000MPA	107
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START	101	HYSINGLA ER.....	6
HUMIRA PEN KIT PS/UV	101	I	
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S.....	101	<i>ibandronate sodium</i>	66
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	101	IBRANCE.....	27
HUMULIN R U-500 (CONCENTR.....	65	<i>ibu</i>	5
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	65	<i>ibuprofen</i>	5
<i>hydralazine hcl</i>	43	<i>ibuprofen childrens</i>	5
HYDRALYTE SOL LEMONADE	109	<i>ibuprofen infants</i>	5
HYDRALYTE SOL ORANGE	109	<i>ibuprofen junior strength</i>	5
HYDRASYN25 CRE.....	184	<i>icaps</i>	134
<i>hydrochlorothiazide</i>	42	ICAPS AREDS TAB FORMULA.....	134
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-</i> <i>325 mg/15ml</i>	7	<i>icaps lutein & omega-3</i>	134
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg.7</i>		<i>icaps mv</i>	134
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-</i> <i>325 mg</i>	7	<i>icatibant acetate</i>	99
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg7</i>		<i>iclevia</i>	69
<i>hydrocodone bitart-homatropine</i> <i>methylbromide tab 5-1.5 mg</i>	163	ICLUSIG.....	27
<i>hydrocodone bitart-homatropine</i> <i>methylbrom soln 5-1.5 mg/5ml</i>	163	IDACIO (2 PEN).....	101
<i>hydrocodone bitartrate</i>	6	IDACIO (2 SYRINGE)	101
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	7	IDACIO CROHN INJ DISEASE	101
<i>hydrocod polst-chlorphen polst er susp</i> <i>10-8 mg/5ml</i>	163	IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS.....	101
<i>hydrocortisone</i>	75	IDEAL BOWEL SUPPORT	83
HYDROCORTISONE	180	IDHIFA	27
<i>hydrocortisone acetate (topical)</i>	180	IHEALTH 2-PK KIT COVID-19.....	9
<i>hydrocortisone/aloe maxim</i>	180	IHEALTH 5-PK KIT COVID-19	9
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	86	IHEALTH 40PK KIT COVID-19	9
<i>hydrocortisone maximum st</i>	180	<i>imatinib mesylate</i>	27
<i>hydrocortisone (rectal)</i>	184	IMBRUVICA.....	27
		<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> <i>250 mg</i>	9
		<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> <i>500 mg</i>	9

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>imipramine hcl</i>	46	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i>	37
<i>imiquimod</i>	184	<i>irinotecan hcl</i>	24
IMMUNE CHW SUPPORT	134	IRON	97
IMMUNE SUPP POW VIT C.....	134	<i>iron 27</i>	97
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	104	IRON CHEWS PEDIATRIC	97
INBRIJA	48	<i>iron infant & toddler</i>	97
<i>incassia</i>	69	<i>iron infant/toddler</i>	97
INCRELEX	78	<i>iron slow release</i>	97
INCRUSE ELLIPTA.....	154	<i>iron supplement</i>	98
<i>indapamide</i>	42	<i>iron supplement childrens</i>	98
INDICAID KIT COVID-19	9	IRON UP	98
INFANRIX INJ	104	IROSPAN 24/6 MIS.....	98
<i>infants ibuprofen</i>	5	<i>is-d 10,000</i>	134
INFED.....	97	ISENTRESS	13
INFLIXIMAB	101	ISENTRESS HD	13
INFUVITE INJ PEDIATRI.....	134	<i>isibloom</i>	69
INJECTAFER	97	ISOLYTE-P INJ /D5W	110
INLYTA.....	27	ISOLYTE-S INJ.....	110
INQOVI TAB 35-100MG.....	21	ISOLYTE-S INJ PH 7.4.....	110
INREBIC.....	28	<i>isoniazid</i>	15
INSPIRACHAMB MIS LARGE	171	<i>isosorbide dinitrate</i>	43
INSPIRACHAMB MIS MEDIUM	171	<i>isosorbide mononitrate</i>	43
INSPIRACHAMB MIS MOUTHPC	171	<i>isotretinoin</i>	176
INSPIRACHAMB MIS SMALL	171	<i>isradipine</i>	42
INSPIREASE MIS DD SYST.....	172	<i>itch relief extra strengt</i>	184
INSULIN PEN NEEDLES\ BD/NOVO	65	<i>itraconazole</i>	11
INSULIN SAFETY NEEDLES.....	65	<i>ivermectin</i>	9
INSULIN SYRINGES\ BD	65	<i>i-vite</i>	134
INTEGRA F CAP	97	IWILFIN.....	24
INTEGRA PLUS CAP	97	IXCHIQ INJ.....	104
INTELENCE	13	IXIARO INJ	104
INTELISWAB KIT COVID-19	9		
INTRALIPID.....	113	J	
<i>introvale</i>	69	JAKAFI	28
INVEGA HAFYERA	49	<i>jantoven</i>	96
INVEGA SUSTENNA	49	JANUMET TAB 50-500MG.....	63
INVEGA TRINZA.....	49	JANUMET TAB 50-1000	63
IPOL INJ INACTIVE.....	104	JANUMET XR TAB 50-500MG.....	63
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3)mg/3ml</i>	154	JANUMET XR TAB 50-1000	63
<i>ipratropium bromide</i>	154	JANUMET XR TAB 100-1000.....	63
<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	154	JANUVIA	63
<i>irbesartan</i>	38	JARDIANCE	63
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i>	37	<i>jasmiel</i>	69
		<i>javygtor</i>	78
		JAYPIRCA	28

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
JENTADUETO TAB 2.5-500	63	KESIMPTA	59
JENTADUETO TAB 2.5-850	63	<i>ketoconazole</i>	11
JENTADUETO TAB 2.5-1000	63	<i>ketoconazole (topical)</i>	178, 179
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	63	KETO-DIASTIX TES	78
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	63	<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>	151
<i>jinteli</i>	75	<i>ketotifen fumarate (ophth)</i>	151
<i>jolessa</i>	69	KEVZARA	101
<i>juleber</i>	69	KEYTRUDA	28
JULUCA TAB 50-25MG	14	<i>kids first vitamin d3 gum</i>	134
<i>junel 1.5/30</i>	69	KIDZ MULTVIT CHW PROBIOTI	135
<i>junel 1/20</i>	69	KIMONO COLOR MIS	69
<i>junel fe 1.5/30</i>	69	KIMONO MAXX MIS LG FLARE	69
<i>junel fe 1/20</i>	69	KIMONO MICRO MIS THIN	69
<i>junel fe 24</i>	69	KIMONO MICRO MIS THIN +	69
JYNNEOS	105	KIMONO MIS LUBRICAT	69
K		KIMONO MIS SENSATIO	69
KADCYLA	28	KIMONO PLUS MIS SPERMICI	69
<i>kaitlib fe</i>	69	KIMONO SENS MIS PLUS	69
KALA TAB	83	KIMONO SPEC MIS	69
KALYDECO	172	KINDERLYTE SOL	109
KANJINTI	28	KINDERLYTE SOL FRUIT	109
<i>kariva</i>	69	KINDERLYTE SOL GRAPE	109
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl</i> <i>0.45% inj</i>	110	KINDERLYTE SOL LEM/LIME	110
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl</i> <i>0.2% inj</i>	111	KINDERLYTE SOL LEMONADE	110
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl</i> <i>0.9% inj</i>	111	KINDERLYTE SOL ORANGE	110
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl</i> <i>0.45% inj</i>	111	KINDERLYTE SOL PREMAX	110
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	111	KINDERLYTE SOL STRWBRY	110
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	111	KINRIX INJ	105
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i>	111	KISQALI 200 DOSE	28
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% &</i> <i>nacl 0.45% inj</i>	111	KISQALI 200 PAK FEMARA	24
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl</i> <i>0.9% inj</i>	111	KISQALI 400 DOSE	28
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl</i> <i>0.45% inj</i>	111	KISQALI 400 PAK FEMARA	24
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	111	KISQALI 600 DOSE	28
KCL/D5W/NAACL INJ 0.3/0.9%	111	KISQALI 600 PAK FEMARA	24
<i>kelnor 1/35</i>	69	<i>klayesta</i>	178
<i>kelnor 1/50</i>	69	<i>klor-con</i>	112
KERADAN CRE	184	<i>klor-con 8</i>	112
KERENDIA	36	<i>klor-con 10</i>	112
		<i>klor-con m10</i>	112
		<i>klor-con m15</i>	112
		<i>klor-con m20</i>	112
		<i>konsyl daily fiber</i>	88
		KONSYL DAILY FIBER	88
		KORLYM	78
		KOSELUGO	28
		<i>kourzeq</i>	187

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>kp adults 50+ daily formu</i>	135	<i>lactulose (encephalopathy)</i>	88
<i>kp adults daily formula</i>	135	<i>lamivudine</i>	13
K-PAX TAB PROF ST	134	<i>lamivudine (hbv)</i>	16
<i>kp b complex/c</i>	135	<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	14
<i>kp calcium 600+d</i>	116	<i>lamotrigine</i>	53
<i>kp calcium 600+d3</i>	116	LANAPHILIC OIN	184
<i>kp calcium citrate+d</i>	116	<i>land before time multivit</i>	135
<i>kp ferrous gluconate</i>	98	LANOLOR CRE	184
<i>kp ferrous sulfate</i>	98	<i>lansinoh lanolin</i>	184
<i>kp fish oil</i>	121	<i>lansinoh lanolin minis ni</i>	184
<i>kp folic acid</i>	135	<i>lansinoh lanolin nipple</i>	184
<i>kp mag-oxide magnesium</i>	116	<i>lansoprazole</i>	93
<i>kp mens 50+ daily formula</i>	135	<i>lanthanum carbonate</i>	79
<i>kp mens daily formula</i>	135	LANTUS.....	65
KP MENS MIS DAILY PK.....	135	LANTUS SOLOSTAR.....	65
<i>kp niacin</i>	135	<i>lapatinib ditosylate</i>	28
<i>kp omega-3 fish oil</i>	121	<i>l-arginine maximum streng</i>	121
<i>kp vision formula</i>	135	L-ARGININE POW	121
<i>kp vision formula w/lutei</i>	135	<i>larin 1.5/30</i>	69
<i>kp vitamin b-6</i>	135	<i>larin 1/20</i>	69
<i>kp vitamin d</i>	135	<i>larin 24 fe</i>	70
<i>kp vitamin d3</i>	135	<i>larin fe 1.5/30</i>	70
<i>kp vitamin e</i>	135	<i>larin fe 1/20</i>	70
<i>kp womens 50+ daily formu</i>	135	<i>latanoprost</i>	152
<i>kp womens daily formula</i>	135	<i>laxative maximum strength</i>	88
KP WOMENS PAK DAILY	135	<i>laxative regular strength</i>	89
KRAZATI.....	28	<i>layolis fe</i>	70
KROG GLUCOSE CHW ORANGE.....	77	L-CARNITINE POW	107
KROG GLUCOSE CHW RASPBERRY	77	L-CITRULLINE POW.....	107
KROG GLUCOSE CHW WATERMLN	77	LEADER FINGE CRE.....	184
<i>kurvelo</i>	69	LEADER QUICK DISSOLVE GLU.....	77
L		<i>leena</i>	70
<i>labetalol hcl</i>	41	<i>leflunomide</i>	102
<i>lacosamide</i>	53	<i>lenalidomide</i>	23
<i>lacosamide oral</i>	53	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE.....	28
<i>lactated ringer's solution</i>	111	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE.....	28
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	184	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	28
<i>lactobacillus</i>	83	LENVIMA 12MG DAILY DOSE	28
<i>lactobacillus extra stren</i>	83	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	28
<i>lactobacillus probiotic</i>	83	LENVIMA CAP 14 MG	29
LACTOSE POW	107	LENVIMA CAP 18 MG	29
LACTOSE POW ANHYDROU	107	LENVIMA CAP 24 MG	29
LACTOSE POW HYDROUS	107	<i>lessina</i>	70
LACTOSE POW MONOHYDR.....	107	<i>letrozole</i>	22
<i>lactulose</i>	88	<i>leucovorin calcium</i>	34
		LEUKERAN.....	21

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>leuprolide acetate</i>	22	<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	187
<i>levalbuterol hcl</i>	158	<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>	181
<i>levalbuterol tartrate</i>	158	<i>lidocan</i>	181
<i>levetiracetam</i>	53	LIFE PACK MIS MENS.....	135
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 500 mg/100ml.....	53	LIFE PACK MIS WOMENS.....	135
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1000 mg/100ml.....	53	<i>linezolid</i>	9
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1500 mg/100ml	53	LINEZOLID INJ 2MG/ML.....	10
<i>levobunolol hcl</i>	152	LINZESS	91
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>	78	<i>liothyronine sodium</i>	80
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	156, 157	LIP BALM OIN BASE	107
<i>levofloxacin</i>	18	LIPOIC ACID	121
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	18	LIPOPEN CRE ARBEM.....	107
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	18	LIQ-10 SYP 50-15/5	121
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	18	<i>liquid acetaminophen</i>	2
<i>levonest</i>	70	LIQUID CALCI CAP WITH D3.....	116
<i>levonor-eth est tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg</i> ð est 0.01 mg	70	<i>liquid calcium/d3</i>	116
<i>levonorgestrel (emergency oc)</i>	70	<i>liquid calcium/vitamin d</i>	117
<i>levonorgestrel-eth estra tab</i> 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg	70	<i>lisinopril</i>	35
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day)</i> tab 0.15-0.03 mg	70	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-</i> 12.5 mg	35
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-</i> 20 mcg	70	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-</i> 12.5 mg	35
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab</i> 0.15 mg-30 mcg	70	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-</i> 25 mg.....	35
<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth</i> est tab 0.01mg(7)	70	L-ISOLEUCINE POW	121
<i>levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) & eth</i> est tab 0.01mg(7)	70	<i>lithium</i>	58
<i>levora 0.15/30-28</i>	70	<i>lithium carbonate</i>	58
<i>levo-t</i>	80	LITTLE REMED AER MIST	172
<i>levothyroxine sodium</i>	80	LITTLE REMED SOL SALINE	172
<i>levoxyl</i>	80	L-LYSINE HCL POW	107
LEXIVA.....	13	L-LYSINE POW.....	107
L-GLUTAMINE POW	121	<i>loestrin 1.5/30-21</i>	70
L-GLUTATHION CRY	121	<i>loestrin 1/20-21</i>	70
<i>lice killing maximum stre</i>	187	<i>loestrin fe 1.5/30</i>	70
<i>lice killing shampoo</i>	187	<i>loestrin fe 1/20</i>	70
<i>lice treatment creme rins</i>	187	LOHIST-D LIQ	163
<i>lidocaine</i>	181, 184	LOHIST-DM SYP 5-2-10MG	163
<i>lidocaine hcl</i>	181	LOKELMA.....	66
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	8	LOLLIBASE POW.....	107
		LONSURF TAB 15-6.14	21
		LONSURF TAB 20-8.19	21
		<i>loperamide hcl</i>	84, 91
		<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-</i> 20 mg/ml)	14
		<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	15
		<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	15

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
loratadine	157	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	29
loratadine childrens	157	lyza.....	70
loratadine-d 12hr	163	M	
loratadine-d 24hr	163	macular health formula	135
lorazepam	44	macuvite	135
lorazepam intensol	44	macuvite eye care.....	135
LORBRENA	29	macuvite/lutein	135
LORTUSS LQ LIQ.....	163	MAG-AL LIQ.....	81
loryna.....	70	mag-al plus	81
losartan potassium	38	mag-al plus xs	81
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg.....	37	magdelay	117
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg.....	37	MAG-G	117
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg	37	MAGN CHLORID POW	117
LOTEMAX	151	MAGNESIUM	117
loteprednol etabonate.....	151	MAGNESIUM CITRATE.....	117
lovastatin	39	MAGNESIUM EXTRA STRENGTH.....	117
low-ogestrel.....	70	magnesium gluconate	117
loxapine succinate	49	MAGNESIUM GLUCONATE	117
lubricant eye drops.....	153	magnesium lactate	117
lubricant eye nighttime	153	magnesium oxide	81
lubricating eye drops.....	153	magnesium-oxide.....	117
lubricating plus eye drop	153	MAGNESIUM OXIDE.....	117
lubricating tears eye dro	153	magnesium oxide (mg supplement).....	117
lubrifresh p.m.	153	magnesium sulfate	111
LUCIRA CHECK KIT COVID-19	10	MAGNESIUM SULFATE	111
LUMAKRAS.....	29	magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml.....	111
LUMIGAN	152	MAGONATE LIQ 1000/5ML.....	117
LUMIZYME.....	78	mag-oxide.....	117
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	22	malathion	187
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	22	mapap	2
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH.....	78	mapap arthritis pain.....	3
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH.....	78	mapap childrens	3
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH.....	78	mapap cold formula multi-	163
lurasidone hcl.....	49, 50	maraviroc	13
lutra	70	MAR-COF BP LIQ 30-2-7.5	163
L-VALINE POW	121	MAR-COF CG LIQ 225-7.5	163
lyleq	70	marlissa.....	70
lyllana	75	MARPLAN.....	46
LYNPARZA	29	MATULANE.....	24
LYSIPLEX PLUS	135	MAVYRET PAK 50-20MG	16
LYSODREN.....	22	MAVYRET TAB 100-40MG	16
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	29	MAXICHLOR TAB PEH DM	163
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	29	MAXI DEET	184
		MAXIFED TAB 60-360MG	163

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
MAXIFED TR TAB 1.25-30	163	M-END PE LIQ	163
MAXIMIN PAK	135	MENQUADFI INJ	105
MAXIMUM D3	135	MENS 50+ CAP ADVANCED	136
<i>maximum daily green</i>	135	MENS 50+ TAB MULTIVIT	136
<i>maximum epa</i>	121	<i>mens daily formula/lycope</i>	136
<i>maxi-tuss ac</i>	163	MENS DAILY PAK PACK	136
<i>maxi-tuss g</i>	163	MENS MULTI CHW	136
<i>maxi-tuss gmx</i>	163	MENS PAK	136
MAXI-TUSS JR LIQ	163	MENVEO INJ	105
MAXI-TUSS LIQ CD.....	163	MENVEO SOL	105
MAXI-TUSS PE LIQ	163	<i>mercaptapurine</i>	21
MAXI-TUSS PE LIQ JR.....	163	<i>meribin</i>	136
MAXI-TUSS PE LIQ MAX.....	163	<i>meropenem</i>	10
MAXI-TUSS TR LIQ 1.25-30	163	<i>mesalamine</i>	86
MAXX MIS LUBRICAT.....	70	<i>mesalamine w/ cleanser</i>	86
MAXX PLUS MIS SPERMICI	71	MESNEX.....	34
M-CLEAR WC LIQ 100-6.33	163	<i>metformin hcl</i>	63
<i>m-dryl</i>	157	<i>methadone hcl</i>	6
<i>meclizine hcl</i>	85	<i>methadone hydrochloride i</i>	6
<i>medela tender care lanoli</i>	184	<i>methazolamide</i>	42
<i>medicated callus removers</i>	184	<i>methenamine hippurate</i>	10
<i>medicated corn removers</i>	184	<i>methimazole</i>	80
MEDI-LYTE TAB.....	110	<i>methocarbamol</i>	60
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	79	METHOCEL E4M POW PREMIUM	107
<i>medroxyprogesterone acetate</i> <i>(contraceptive)</i>	71	<i>methotrexate sodium</i>	21, 102
<i>mefloquine hcl</i>	12	<i>methsuximide</i>	53
<i>mega-marathon 100 tr</i>	135	METHYLCELLUL POW	107
MEGA MULTI TAB MEN.....	135	METHYLCELLUL POW 400CPS	107
MEGARED KIDS CHW	121	METHYLCELLUL POW 1500CPS.....	107
MEGAVITE TAB FRT/VEG.....	135	METHYLCELLUL POW 4000CPS.....	107
MEGAVITE TAB GOLD 55+	135	<i>methylphenidate hcl</i>	57
<i>megestrol acetate</i>	22, 80	<i>methylprednisolone</i>	75
<i>megestrol acetate (appetite)</i>	80	<i>methylprednisolone acetate</i>	75
<i>meijer advanced formula</i>	136	<i>methylprednisolone sod succ</i>	75
<i>meijer advanced formula f</i>	136	<i>methyltestosterone</i>	62
<i>meijer c</i>	136	<i>metoclopramide hcl</i>	85
<i>meijer saline nasal spray</i>	172	<i>metolazone</i>	42
MEKINIST.....	29	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-</i> <i>25 mg</i>	40
MEKTOVI.....	29	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-</i> <i>25 mg</i>	40
<i>meloxicam</i>	5	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-</i> <i>50 mg</i>	40
<i>memantine hcl</i>	45	<i>metoprolol succinate</i>	41
<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i> <i>titration pack</i>	45	<i>metoprolol tartrate</i>	41
MENACTRA INJ	105	<i>metronidazole</i>	10
M-END DMX LIQ	163		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>metronidazole (topical)</i>	184	<i>misoprostol</i>	91
<i>metronidazole vaginal</i>	95	MITIGARE	1
<i>metyrosine</i>	43	M-M-R II INJ	105
<i>mgo</i>	117	M-NATAL PLUS TAB	112
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	111	<i>modafinil</i>	60
<i>mibelas 24 fe</i>	71	<i>moexipril hcl</i>	35
<i>micafungin sodium</i>	11	MOISTURIZING CRE	184
MICLARA DM LIQ	163	<i>moisturizing cream</i>	184
MICLARA LQ	157	<i>molindone hcl</i>	50
<i>miconazole 3 combination</i>	95	<i>mometasone furoate</i>	181
<i>miconazole 3 combo pack</i>	95	MONJUVI	29
<i>miconazole 7</i>	95	MONOFERRIC	98
<i>miconazole nitrate (topical)</i>	178	<i>mono-lynyah</i>	71
<i>miconazole nitrate vaginal</i>	95	<i>montelukast sodium</i>	170
<i>micotrin ac</i>	178	MOOD FOOD ES CAP	136
<i>micotrin al</i>	178	MORE-DOPHILUS ACIDOPHILUS	84
<i>micotrin ap</i>	178	<i>morphine sulfate</i>	6, 7
MICROCHAMBER MIS	172	MORPHINE SULFATE	7
MICRODERM CRE BASE	107	MORPHINE SULFATE/SODIUM C	7
<i>microgestin 1.5/30</i>	71	<i>motion sickness relief</i>	85
<i>microgestin 1/20</i>	71	<i>motion sickness relief/le</i>	85
<i>microgestin 24 fe</i>	71	<i>motion-time</i>	85
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	71	MOUNJARO	63
<i>microgestin fe 1/20</i>	71	MOVANTIK	91
MICROLIFE MIS PEAK FLO	172	<i>moxifloxacin hcl</i>	18
MICROSOME CRE BASE	107	<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i>	18
MICROSPACER MIS	172	<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	150
<i>midodrine hcl</i>	43	<i>m-pap</i>	2
MIEBO	153	MUCINEX CGH GRA 5-100MG	163
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i>	78	<i>mucinex childrens freefor</i>	163
<i>miglustat</i>	78	<i>mucinex childrens stuffy</i>	164
<i>mili</i>	71	MUCINEX CHIL LIQ	163
<i>milk of magnesia</i>	89	MUCINEX CHLD MIS DAY/NITE	164
MILK OF MAGNESIA CONCENTR	89	MUCINEX CNG/ TAB CG/CD/FL	164
<i>milltrium senior</i>	136	MUCINEX COLD CAP FLU/THRT	164
<i>mimvey</i>	75	<i>mucinex cough & chest con</i>	164
<i>mineral oil</i>	89	<i>mucinex cough childrens</i>	164
<i>mineral oil enema</i>	89	MUCINEX D/N CAP CLD/FLU	164
<i>minerin creme</i>	184	MUCINEX D/N PAK FAST/MAX	164
MINI WRIGHT MIS PFM	172	MUCINEX FAST CAP COLD/FLU	164
MINI WRIGHT MIS PFM LOW	172	<i>mucinex fast-max chest co</i>	164
<i>minocycline hcl</i>	20	<i>mucinex fast-max cold/flu</i>	164
<i>minoxidil</i>	43	<i>mucinex fast-max cold & s</i>	164
<i>mintox maximum strength</i>	82	<i>mucinex fast-max congesti</i>	164
<i>mintox plus</i>	82	<i>mucinex fast-max dm max</i>	164
<i>mirtazapine</i>	46		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>mucinex fast-max dm max m</i>	164	<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	111
<i>mucinex fast-max night ti</i>	164	<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	111
MUCINEX FAST TAB 5-10-200.....	164	<i>multiple vitamin/minerals</i>	136
MUCINEX FAST TAB DAY/NITE.....	164	<i>multiple vitamins essenti</i>	136
MUCINEX FOR KIDS.....	164	<i>multiple vitamins/womens</i>	137
<i>mucinex freefrom cold, fl</i>	164	MULTISTIX 10 TES SG.....	78
<i>mucinex freefrom severe c</i>	164	<i>multi symptom flu & sever</i>	165
MUCINEX FREE LIQ CLD/FLU	164	MULTITAM TAB	137
MUCINEX FREE LIQ CLG/FLU.....	164	MULTIV INFAN DRO /TODDLER	137
MUCINEX FREE LIQ DAY/NIGH.....	164	<i>multi-vitamin</i>	136
MUCINEX NIGH SOL CLEAR.....	164	<i>multivitamin</i>	137
MUCINEX NIGH SOL COLD/FLU	164	<i>multivitamin adult one da</i>	137
MUCINEX NIGH SOL SV CD/FL	164	<i>multivitamin adults</i>	137
MUCINEX NIGH TAB COLD/FLU.....	164	<i>multivitamin adults 50+</i>	137
MUCINEX NIGH TAB SIN MAX.....	164	<i>multivitamin childrens</i>	137
MUCINEX NIGH TAB SV CD/FL.....	164	MULTIVITAMIN CHW CHILD	137
MUCINEX SIN CAP DAY/NGHT.....	164	MULTIVITAMIN CHW GUMMIES.....	137
MUCINEX SINS CAP PR/PN/CG.....	164	MULTIVITAMIN CHW IRON	137
<i>mucinex sinus-max</i>	165	MULTIVITAMIN DRO INFANT	137
<i>mucinex sinus-max clear &</i>	165	<i>multi-vitamin gummies</i>	136
<i>mucinex sinus-max night t</i>	165	<i>multivitamin gummies adul</i>	137
<i>mucinex sinus-max severe</i>	165	<i>multivitamin gummies chil</i>	137
<i>mucinex sinus-max sinus/a</i>	165	<i>multivitamin gummies mens</i>	137
MUCINEX SINU TAB DAY/NITE	164	<i>multivitamin gummies wome</i>	137
MUCINEX SOL NIGHT	165	MULTIVITAMIN LIQ.....	137
<i>mucus-dm maximum strength</i>	165	<i>multivitamin men 50+</i>	137
<i>mucus relief</i>	165	<i>multivitamin men 50+ one</i>	137
<i>mucus relief childrens</i>	165	<i>multivitamin & mineral</i>	137
<i>mucus relief cough childr</i>	165	<i>multi-vitamin/minerals</i>	136
<i>mucus relief d</i>	165	<i>multi-vitamins/iron</i>	136
<i>mucus relief dm</i>	165	MULTIVITAMIN TAB.....	137
<i>mucus relief dm cough</i>	165	MULTIVITAMIN TAB ADULT	137
<i>mucus relief dm maximum s</i>	165	MULTIVITAMIN TAB ADULTS	137
<i>mucus relief er</i>	165	MULTIVITAMIN TAB ZINC STR.....	137
<i>mucus relief maximum stre</i>	165	<i>multivitamin women</i>	137
<i>mucus relief pe sinus con</i>	165	<i>multivitamin women 50+</i>	137
MULTAQ	39	<i>multivitamin womens 50+ a</i>	137
<i>multi + omega-3 adult gum</i>	136	MULTI VITAMI TAB.....	136
<i>multi adult gummies</i>	136	MULTI VITAMI TAB D-3	136
<i>multi complete/iron</i>	136	MULTI-VITAMI TAB MONOCAPS	136
<i>multi for her</i>	136	MULTI VITAMN TAB MINERALS.....	136
<i>multi for her 50+</i>	136	MULTI-VITE LIQ.....	136
<i>multi for him</i>	136	<i>mupirocin</i>	177
<i>multi for him 50+</i>	136	MURO 128	153
MULTI FOR POW HIM.....	136	MVW COMPLETE CAP D3000	137
MULTI/IRON/ DRO INF/TODD	136	MVW COMPLETE CAP D5000	137

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
MVW COMPLETE CAP FORMULAT	137	<i>nasal moist</i>	172
MVW COMPLETE CAP MINIS.....	137	<i>nasal moisturizing spray</i>	172
MVW COMPLETE DRO PEDIATRI.....	137	<i>nasal relief</i>	165
<i>mvw complete formulation</i>	137	<i>nasal spray 12 hour</i>	165
MVW HI-D DR LIQ EX VIT D	138	<i>nasal spray extra moistur</i>	165
MX-SOL BLEND SUS	107	<i>nasal spray no drip</i>	165
MX-SOL BLEND SUS SF	108	NASCOBAL.....	138
MX-SOL SF SYP	108	<i>nasogel</i>	172
MX-SOL SUS SUSPEND	108	NASOPEN PE LIQ.....	165
MX-SOL SYP	108	NATACYN	150
<i>myamulti</i>	138	<i>nateglinide</i>	63
<i>my choice</i>	71	NATPARA	66
<i>mycophenolate mofetil</i>	104	NATRAPEL	184
<i>mycophenolate sodium</i>	104	NATRAPEL 12-HOUR TICK & I.....	185
<i>mycozyl ac</i>	178	<i>natural c/rose hips</i>	138
<i>mycozyl al</i>	178	<i>natural vitamin d-3</i>	138
<i>mycozyl ap</i>	178	<i>natural vitamin e</i>	138
MYRBETRIQ.....	94	NATURAL VITAMIN E	138
<i>my way</i>	71	NAYZILAM	54
N			
<i>nabumetone</i>	5	<i>nebivolol hcl</i>	41
<i>nadolol</i>	41	<i>necon 0.5/35-28</i>	71
<i>nafcillin sodium</i>	19	<i>nefazodone hcl</i>	46
NAGLAZYME.....	78	<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	150
<i>nalbuphine hcl</i>	7	<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	150
<i>naloxone hcl</i>	61	<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	149
<i>naltrexone hcl</i>	61	<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	149
NAMZARIC CAP 7-10MG	45	<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	149
NAMZARIC CAP 14-10MG	45	<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	154
NAMZARIC CAP 21-10MG.....	45	<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	154
NAMZARIC CAP 28-10MG.....	45	<i>neomycin sulfate</i>	10
NAMZARIC CAP PACK.....	45	<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	150
NANOVM POW 1-3 YRS	138	<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	149
NANOVM POW 4-8YEARS	138	NEOQ10.....	121
NANOVM POW 9-18 YRS.....	138	NEO-SYNEPHRINE COLD+ALLER	165
NANOVM T/F POW.....	138	NEPHPLEX RX TAB.....	138
<i>naproxen</i>	5	NEPHRONEX LIQ 0.9/5ML	138
<i>naproxen sodium</i>	5	NEPHRON FA TAB	98
<i>naratriptan hcl</i>	58	NERLYNX	29
NASADROPS SALINE ON THE G	172	NEUPRO	48
<i>nasal decongestant</i>	165	NEUTROGENA CRE HAND	185
<i>nasal decongestant pe</i>	165		
<i>nasal decongestant pe max</i>	165		
<i>nasal decongestant spray</i>	165		
<i>nasal four</i>	165		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>nevirapine</i>	13	<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab</i>	
<i>new day</i>	71	1 mg-20 mcg (24)	72
NEWFLORA CAP PROBIOTI	84	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab</i>	
NEXAVAR	29	1 mg-20 mcg	71
<i>niacin</i>	138	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab</i>	
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	40	1.5 mg-30 mcg	71
NIACIN TR	138	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab</i>	
<i>niavasc</i>	138	1 mg-20 mcg	71
<i>niavasc 750</i>	138	<i>norethindrone acetate</i>	80
<i>nicardipine hcl</i>	42	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab</i>	
NICE DISTILL LIQ WATER	108	0.5 mg-2.5 mcg	75
<i>nicotine</i>	61	<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab</i>	
<i>nicotine mini lozenge</i>	61	1 mg-5 mcg	75
<i>nicotine polacrilex</i>	61	<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab</i>	
<i>nicotine polacrilex mini</i>	61	1-20/1-30/1-35 mg-mcg	71
NICOTINE SYS KIT TRANSDER	61	<i>norethindrone (contraceptive)</i>	71
<i>nicotine transdermal syst</i>	61	<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew</i>	
NICOTROL INHALER	61	tab 0.4 mg-35 mcg	71
NICOTROL NS	61	<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew</i>	
<i>nifedipine</i>	42	tab 0.8 mg-25 mcg	71
NIFEREX TAB	98	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-</i>	
<i>nighttime cold/flu relief</i>	165	25/0.25-25 mg-mcg	72
<i>nighttime cough</i>	165	<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-</i>	
<i>nikki</i>	71	35/0.25-35 mg-mcg	72
<i>nilutamide</i>	22	<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab</i>	
<i>nimodipine</i>	42	0.25 mg-35 mcg	72
NINJACOF-A LIQ	165	<i>norlyroc</i>	72
NINJACOF LIQ	165	NORPACE CR	39
NINJACOF-XG LIQ 200-8/5	166	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	72
NINLARO	30	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	72
<i>nitazoxanide</i>	10	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	72
<i>nitisinone</i>	78	<i>nortrel 7/7/7</i>	72
NITRO-BID	43	<i>nortriptyline hcl</i>	46
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	10	NORVIR	13
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	10	<i>norwegian salmon oil</i>	121
<i>nitroglycerin</i>	44	NOVAFERRUM 125	98
<i>nitroglycerin (intra-anal)</i>	185	NOVAFERRUM PEDIATRIC DROP	98
NIVANEX DMX TAB	166	NOVAMV PED DRO 10MG/ML	138
<i>nizatidine</i>	86	NOVOLIN INJ 70/30	65
<i>no drip nasal spray</i>	166	NOVOLIN INJ 70/30 FP	65
<i>nohist-dm</i>	166	NOVOLIN N	65
<i>nohist-lq</i>	166	NOVOLIN N FLEXPEN	65
<i>nora-be</i>	71	NOVOLIN R	65
NOREL AD TAB 4-10-325	166	NOVOLIN R FLEXPEN	65
<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk</i>		NOVOLOG MIX INJ 70/30	65
150-35 mcg/24hr	71	NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	65

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
NUBEQA.....	22	OFF FAMILYCARE SMOOTH & D	185
NUEDEXTA CAP 20-10MG.....	58	OFF FAMILYCARE TROPICAL F.....	185
NUFERA TAB	98	OFF FAMILYCARE UNSCENTED.....	185
<i>nu-iron 150</i>	98	OFF SMOOTH & DRY.....	185
NULOJIX	104	<i>ofloxacin (ophth)</i>	150
NU-MAG TAB 71.5-119	117	<i>ofloxacin (otic)</i>	154
<i>numbcream</i>	185	OGIVRI.....	30
NUPLAZID.....	50	OGIVRI INJ 420MG.....	30
NURTEC	58	OGSIVEO.....	30
NUTRADERM CRE	185	OINTMENT OIN BASE	185
NUTRILIPID.....	113	OJJAARA.....	30
NUZYRA	20	<i>olanzapine</i>	50
<i>nyamyc</i>	178	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i>	
<i>nylia 1/35</i>	72	<i>tab 20-5-12.5 mg</i>	37
<i>nylia 7/7/7</i>	72	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i>	
NYMALIZE.....	42	<i>tab 40-5-12.5 mg</i>	37
<i>nymyo</i>	72	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i>	
<i>nystatin</i>	11	<i>tab 40-5-25 mg</i>	37
<i>nystatin (mouth-throat)</i>	187	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i>	
<i>nystatin (topical)</i>	178, 179	<i>tab 40-10-12.5 mg</i>	37
<i>nystop</i>	179	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide</i>	
O		<i>tab 40-10-25 mg</i>	37
<i>ocean for kids</i>	172	<i>olmesartan medoxomil</i>	38
<i>ocella</i>	72	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i>	
OCTAGAM	103	<i>tab 20-12.5 mg</i>	37
<i>octreotide acetate</i>	79	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i>	
OCULAR TAB VITAMINS	138	<i>tab 40-12.5 mg</i>	37
<i>ocutabs</i>	138	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide</i>	
<i>ocutabs/lutein</i>	138	<i>tab 40-25 mg</i>	37
<i>ocutabs vision formula</i>	138	<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	40
OCUVITE CAP ADULT	138	OMEGA-3 CAP 350MG	121
<i>ocuvite extra</i>	138	OMEGA-3 CAP 1400MG	121
<i>ocuvite eye + multi</i>	138	OMEGA-3 CAP FISH OIL	121
<i>ocuvite eye health gummie</i>	138	<i>omega-3 fatty acids</i>	121
OCUVITE LUTE CAP	138	<i>omega-3 microgel improved</i>	121
<i>ocuvite/lutein</i>	138	OMEGA BABY EMU PRENATAL	121
ODEFSEY TAB	15	<i>omega iii epa+dha</i>	121
ODOMZO	30	OMEGA MONOPU CAP 1300MG.....	121
OFEV.....	172	<i>omegapure 600 ec</i>	121
OFF ACTIVE	185	OMEGAPURE CAP 780 EC	121
OFF DEEP WOODS	185	OMEGAPURE CAP 900 EC	121
OFF DEEP WOODS DRY	185	<i>omeprazole</i>	93
OFF DEEP WOODS SPORTSMEN	185	<i>omeprazole magnesium</i>	93
OFF DEEP WOODS TOWELETTES.....	185	OMERA CAP 750MG	121
OFF FAMILYCARE CLEAN FEEL	185	OMNICAP TAB	138
		OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO.....	65

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS.....	65	ONE DAILY TAB ESSENTL.....	139
OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO.....	65	ONE DAILY TAB MENS 50+	139
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS.....	65	ONE DAILY TAB WMNS 50+.....	139
OMNIPOD DASH KIT INTRO.....	65	<i>one daily womens 50+</i>	139
OMNIPOD DASH MIS PODS.....	65	<i>one daily womens 50 plus</i>	139
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY.....	65	<i>onelax senna</i>	89
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY.....	65	ON/GO COVID KIT ANTIGEN	10
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY.....	65	ON/GO ONE KIT COVID-19.....	10
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY.....	65	ONTRUZANT	30
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY.....	65	ONUREG.....	21
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY.....	65	<i>opcicon one-step</i>	72
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY.....	65	OPSUMIT	44
OMNIPOD MIS CLASSIC	65	OPTICHAMBER MIS DIA LG.....	172
ONCOVITE TAB	138	OPTICHAMBER MIS DIA MD.....	172
<i>ondansetron</i>	85	OPTICHAMBER MIS DIAMOND.....	172
<i>ondansetron hcl</i>	85	OPTICHAMBER MIS DIA SM	172
ONE-A-DAY CHW IMMUNITY	139	<i>optic-vites</i>	140
ONE-A-DAY CHW VITACRAV	139	OPTIFAST POS CHW BARIATRI	140
ONE-A-DAY TAB 50+ ADV	139	<i>optimal d3</i>	140
ONE-A-DAY TAB 50+ WMN.....	139	OPTIMAL D3 M	140
ONE-A-DAY TAB 65+	139	OPTIMAL D3 M CAP.....	140
ONE-A-DAY TAB ENERGY	139	<i>optimal d3 pack</i>	140
ONE-A-DAY TAB MENOPAUS.....	139	<i>optimum pms</i>	140
ONE-A-DAY TAB MENS	139	<i>option 2</i>	72
ONE-A-DAY TAB TEEN/HIM	139	OPTISOURCE CHW BARIATRC.....	140
<i>one-a-day teen advantage</i>	139	OPURITY CHW BYPASS.....	140
ONE-DAILY CAP MULTI.....	139	ORA-BLEND SF SUS.....	108
<i>one daily complete</i>	138	ORA-BLEND SUS	108
<i>one daily for men 50+ adv</i>	139	ORAL MIX SF SUS.....	108
<i>one daily for men/lycopen</i>	139	ORAL MIX SUS SUSPENDI.....	108
<i>one daily for women</i>	139	ORAL SUSPEND LIQ.....	108
<i>one daily for women 50+a</i>	139	ORAL SYP FLAVORED.....	108
<i>one daily healthy weight</i>	139	ORAL SYP SF.....	108
<i>one-daily/iron</i>	139	<i>oralyte</i>	110
<i>one daily/iron/calcium</i>	139	ORAPENN SD LIQ SWEET	108
<i>one daily maximum</i>	139	ORAPENN SD LIQ UNSWEET	108
<i>one daily mens 50+ multiv</i>	139	ORA-PLUS LIQ.....	108
<i>one daily mens health/lyc</i>	139	ORA-SWEET SF SYP.....	108
<i>one daily mens multivitam</i>	139	ORA-SWEET SYP	108
<i>one daily/minerals</i>	139	<i>orazinc</i>	117
<i>one-daily multi-vitamin</i>	139	ORGOVYX.....	23
<i>one daily multivitamin ad</i>	139	ORKAMBI GRA 75-94MG	172
<i>one-daily multi-vitamin/i</i>	139	ORKAMBI GRA 100-125	172
<i>one daily multivitamin/ir</i>	139	ORKAMBI GRA 150-188	172
<i>one-daily multi-vitamin/m</i>	139	ORKAMBI TAB 100-125	172
<i>one-daily multi vitamins</i>	139	ORKAMBI TAB 200-125.....	172

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
ORSERDU.....	23	<i>paliperidone</i>	50
<i>os-cal</i>	117	<i>pamidronate disodium</i>	66
<i>os-cal calcium + d3</i>	117	PAMIDRONATE DISODIUM.....	66
<i>os-cal extra d3</i>	117	PANDA MASK MIS LARGE.....	173
<i>oseltamivir phosphate</i>	16	PANDA MASK MIS MEDIUM.....	173
OSTEO-VIT3.....	140	PANDA MASK MIS PEDIATRI.....	173
OTEZLA.....	101	PANDA MASK MIS SMALL.....	173
OTEZLA TAB 10/20/30.....	101	PANRETIN.....	185
<i>ovega-3</i>	122	<i>pantoprazole sodium</i>	93
OVIDREL.....	79	PANZYGA.....	103
<i>oxacillin sodium</i>	19	<i>paraplatin</i>	21
<i>oxaliplatin</i>	21	<i>paricalcitol</i>	80
<i>oxcarbazepine</i>	54	<i>paroxetine hcl</i>	46
<i>oxybutynin chloride</i>	94	PARVLEX TAB.....	140
<i>oxycodone hcl</i>	7	PAXLOVID TAB 150-100.....	16
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg</i>	7	PAXLOVID TAB 300-100.....	16
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i>	7	<i>pazopanib hcl</i>	30
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	7	PCCA BASE CRE 7542.....	108
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg</i>	8	PCCA EMOLLIE CRE BASE.....	108
OXYCONTIN.....	6	<i>pc pediatric iron drops</i>	98
OXYTROL FOR WOMEN.....	94	<i>pc pediatric tri-vitamin</i>	140
<i>oysco 500+d</i>	117	PEAK AIR FLO MIS ADLT/PED.....	173
<i>oyster shell</i>	117	PEAK FLOW MIS METER.....	173
<i>oyster shell calcium + d</i>	117	PEAK FLW MTR MIS ADULT.....	173
<i>oyster shell calcium+d</i>	117	PEAK FLW MTR MIS CHILD.....	173
<i>oyster shell calcium + d3</i>	117	PEDIACLEAR PD CHILDRENS.....	157
<i>oyster shell calcium/d3</i>	117	PEDIA-LAX.....	89
<i>oyster shell calcium plus</i>	117	PEDIARIX INJ 0.5ML.....	105
<i>oyster shell calcium/vita</i>	117	<i>pediatric electrolyte fre</i>	110
OYST SHELL/D TAB 500MG.....	117	<i>pediatric electrolyte/zin</i>	110
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	63	<i>pedia vance</i>	110
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE).....	63	PEDIAVENT.....	157
OZEMPIC (1MG/DOSE).....	63	PED POLY-VIT DRO.....	140
OZEMPIC (2MG/DOSE).....	63	PED POLY-VIT DRO /IRON.....	140
P		PEDVAX HIB.....	105
<i>pacerone</i>	39	PEG 1000 LIQ.....	108
<i>paclitaxel</i>	24	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>	89
<i>paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg</i>	24	<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	89
<i>pain & fever childrens</i>	3	PEG 3350 POW.....	108
<i>pain & fever infants</i>	3	PEGASYS.....	16
<i>pain relief extra strengt</i>	3	PEG BLEND OIN.....	108
		PEG OIN.....	108
		PEMAZYRE.....	30
		<i>pemetrexed disodium</i>	22

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
PENBRAYA INJ.....	105	PHYTOBASE CRE.....	108
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML.....	19	PHYTOMULTI TAB.....	140
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML.....	19	<i>phytonadione</i>	140
<i>penicillamine</i>	66	PIFELTRO.....	13
<i>penicillin g potassium</i>	19	PIKO 1 MIS ELECTRON.....	173
<i>penicillin g sodium</i>	19	<i>pilocarpine hcl</i>	152
<i>penicillin v potassium</i>	19	<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	187
PEN-KERA CRE.....	185	PILOT COVID KIT HOME TES.....	10
PENTACEL INJ.....	105	<i>pimozide</i>	50
<i>pentamidine isethionate inh</i>	10	<i>pimtrea</i>	72
<i>pentamidine isethionate inj</i>	10	<i>pin-away</i>	10
<i>pentoxifylline</i>	99	<i>pindolol</i>	41
PENTRAVAN CRE.....	185	<i>pinworm medicine</i>	10
PENTRAVAN CRE PLUS.....	185	<i>pioglitazone hcl</i>	63
<i>perindopril erbumine</i>	35	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-</i> <i>500 mg</i>	63
<i>periogard</i>	187	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-</i> <i>850 mg</i>	64
<i>permethrin</i>	187	<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375</i> <i>gm (3-0.375 gm)</i>	20
<i>perphenazine</i>	50	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25</i> <i>gm (2-0.25 gm)</i>	20
PERSERIS.....	50	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5</i> <i>gm (4-0.5 gm)</i>	20
PERSONAL BES MIS FULL RNG.....	173	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5</i> <i>gm (12-1.5 gm)</i>	20
PETROLATUM OIN.....	185	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5</i> <i>gm (36-4.5 gm)</i>	20
PFCB CRE.....	108	PIQRAY 200MG DAILY DOSE.....	30
<i>pfizerpen</i>	20	PIQRAY 250MG TAB DOSE.....	30
<i>pharbedryl</i>	157	PIQRAY 300MG DAILY DOSE.....	30
<i>pharbetol</i>	3	<i>pirfenidone</i>	173
<i>pharbetol extra strength</i>	3	<i>piroxicam</i>	5
PHARMABASE CRE ANTIOXID.....	108	PLASMA-LYTE INJ -148.....	111
PHARMABASE CRE COSMETIC.....	108	PLASMA-LYTE INJ -A.....	111
PHARMABASE CRE LIGHT.....	108	<i>plenamine</i>	113
PHARMABASE CRE VAGINAL.....	108	PLENVU SOL.....	89
<i>pharmacist choice d-vitam</i>	140	POCKET CHAMB MIS.....	173
<i>phenelzine sulfate</i>	46	POCKET PEAK MIS METER.....	173
<i>phenobarbital</i>	54	POCKETPEAK MIS MTR LOW.....	173
<i>phenobarbital sodium</i>	54	POCKET SPACE MIS.....	173
<i>phenylephrine hcl (oral)</i>	166	<i>podofilox</i>	185
<i>phenylephrine w/ dm-gg liqd 10-18-</i> <i>200 mg/15ml</i>	166	<i>poly bacitracin</i>	177
<i>phenylephrine w/ dm-gg tab 10-17.5-</i> <i>385 mg</i>	166	<i>polycin ophth oint</i>	150
<i>phenytek</i>	54	<i>polyethylene glycol 3350</i>	89
<i>phenytoin</i>	54	POLY GLYCOL POW 8000.....	108
<i>phenytoin sodium</i>	54		
<i>phenytoin sodium extended</i>	54		
PHESGO SOL.....	30		
<i>philith</i>	72		
PHLEXY-VITS POW.....	140		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
POLY-HIST DM LIQ 5-25-10.....	166	<i>prednisolone acetate (ophth)</i>	151
POLY HIST FO TAB 10.5-10	166	PREDNISOLONE SODIUM PHOSP	151
<i>poly-iron 150</i>	98	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	75
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000</i>		<i>prednisone</i>	76
<i>unit/ml-0.1%</i>	150	PREDNISONE INTENSOL.....	76
<i>polysaccharide iron complex</i>	98	<i>pregabalin</i>	54
POLY-TUSSIN LIQ 10-4-10.....	166	PREHEVBRIO.....	105
POLYTUSSIN LIQ DM	166	PREMASOL SOL 10%	113
POLY-VENT DM TAB.....	166	PRENATAL TAB 27-1MG.....	112
POLY-VENT IR TAB 60-380MG	166	PRENATAL TAB PLUS	112
<i>polyvinyl alcohol</i>	153	PRESERVISION CAP AREDS.....	140
POLY-VI-SOL DRO 50MG/ML.....	140	PRESERVISION CAP AREDS 2.....	140
POLY-VI-SOL SOL 50MG/ML.....	140	PRESERVISION CAP LUTEIN	141
POLY-VI-SOL SOL IRON	140	PRESERVISION CHW AREDS 2.....	141
POLY-VITA DRO.....	140	PRESERVISION TAB AREDS	141
POLY-VITA/FE DRO.....	140	PRETTY FEET CRE & HANDS.....	185
POLY-VITE DRO.....	140	<i>prevalite</i>	40
POLY-VITE SOL 50MG/ML	140	PREVYMIS	16
POLY-VITE SOL /IRON.....	140	PREZCOBIX TAB 800-150.....	15
POLY-VITE SOL IRON	140	PREZISTA	13
POMALYST	23	PRIFTIN	15
PORENAL+D CAP OMEGA 3	140	<i>primaquine phosphate</i>	12
<i>portia-28</i>	72	PRIMAQUINE PHOSPHATE	12
<i>posaconazole</i>	11, 12	<i>primidone</i>	54
<i>potassium chloride</i>	112	PRIORIX INJ.....	105
POTASSIUM CHLORIDE.....	112	PRIVIGEN	103
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in</i>		<i>probenecid</i>	1
<i>dextrose 5% inj</i>	112	<i>probiata</i>	84
<i>potassium chloride microencapsulated</i>		<i>probiotic acidophilus</i>	84
<i>crystals er</i>	112	PROBIOTIC CAP.....	84
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i>	94	<i>probiotic gold extra stre</i>	84
POTASSIUM CRY BROMIDE	108	PRO-CAL TAB.....	141
<i>potassium iodide (expectorant)</i>	173	PROCARE MIS ADULT	173
<i>potassium & sodium phosphates powder</i>		PROCARE MIS CHILD.....	173
<i>pack 280-160-250 mg</i>	118	PROCERV HP TAB.....	141
POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ	111	<i>prochlorperazine</i>	85
POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.45% INJ	111	<i>prochlorperazine edisylate</i>	85
POT CHL 40MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ	111	<i>prochlorperazine maleate</i>	85
<i>povidone-iodine</i>	185	PROCROT	96
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	48	<i>procto-med hc</i>	185
<i>prasugrel hcl</i>	100	<i>proctosol hc</i>	185
<i>pravastatin sodium</i>	39	<i>proctozone-hc</i>	185
<i>praziquantel</i>	10	PROFE	98
<i>prazosin hcl</i>	36	<i>progesterone</i>	80
PRECISN XTRA TES KETONE.....	79	PROGRAF	104
<i>prednisolone</i>	75	PROLASTIN-C	173

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
PROLENSA.....	151	<i>px complete senior multiv</i>	141
PROLIA	66	<i>px fish oil</i>	122
PROMACTA	99	<i>px folic acid</i>	141
<i>promethazine-dm syrup 6.25-15 mg/5ml</i> ...	166	PX GLUCOSE CHW FRUIT	77
<i>promethazine hcl</i>	85	PX GLUCOSE CHW ORANGE.....	77
<i>promethazine vc/codeine</i>	166	PX GLUCOSE CHW RASPBERRY	77
<i>promethazine w/ codeine syrup 6.25-10 mg/5ml</i>	166	PX GLUCOSE CHW SOUR APL	77
<i>pronutrients calcium+d3</i>	118	<i>px iron</i>	98
<i>propafenone hcl</i>	39	<i>px mens multivitamins</i>	141
<i>proparacaine hcl</i>	153	<i>px niacin</i>	141
<i>propranolol hcl</i>	41	<i>px saline nasal spray</i>	173
PROPYLENE GL LIQ.....	108	<i>px vitamin a</i>	141
<i>propylthiouracil</i>	80	<i>px vitamin c</i>	141
PROQUAD INJ.....	105	<i>px vitamin e</i>	141
PRO-RED AC SYP 5-1-9/5.....	166	<i>pyrazinamide</i>	15
PRORENAL+D CAP OMEGA-3	141	<i>pyridostigmine bromide</i>	58
PRORENAL +D TAB	141	<i>pyridoxine hcl</i>	141
PRORENAL+D TAB.....	141	PYRIDOXINE POW HCL	141
<i>prosight</i>	141	Q	
PROSOL INJ 20%	113	<i>qc 3 day vaginal cream</i>	95
PROTECT CAP CARDIO	141	<i>qc acetaminophen 8 hours</i>	3
PROTECT CAP PLUS SO	141	<i>qc acetaminophen infants</i>	3
PROTECT IRON LIQ	141	<i>qc acid controller</i>	86
PROTEGRA CAP.....	141	<i>qc acid controller maximu</i>	86
<i>protriptyline hcl</i>	46	<i>qc all day allergy</i>	157
PROXEED PLUS PAK	141	<i>qc allergy childrens</i>	157
<i>pseudoephed-bromphen-dm syrup 30-2-10 mg/5ml</i>	166	<i>qc allergy relief</i>	157, 175
<i>pseudoephedrine-guaifenesin tab er 12hr 60-600 mg</i>	166	<i>qc antacid</i>	82
<i>pseudoephedrine-guaifenesin tab er 12hr 120-1200 mg</i>	166	<i>qc antacid/anti-gas</i>	82
<i>pseudoephedrine hcl</i>	166	<i>qc antacid/anti-gas maxim</i>	82
PULMOZYME.....	173	<i>qc anti-diarrheal</i>	84
<i>pure calcium carbonate</i>	118	<i>qc antifungal cream</i>	179
PURE COMFORT MIS SPACER.....	173	<i>qc anti-itch/aloe</i>	181
<i>pure l-arginine hcl</i>	122	<i>qc anti-itch extra streng</i>	185
PURE L-CITRULLINE.....	122	<i>qc arthritis pain relief</i>	3
<i>purevit dualfe plus</i>	98	<i>qc aspirin</i>	3
<i>pureway-c</i>	141	<i>qc aspirin low dose</i>	3
PURIXAN.....	22	<i>qc calcium fast dissoluti</i>	118
<i>px advanced formula multi</i>	141	<i>qc calcium/minerals/vitam</i>	118
<i>px b complex/vitamin c</i>	141	QC CASTOR OIL.....	108
<i>px calcium&d</i>	118	<i>qc childrens allergy</i>	157
<i>px childrens vitamin</i>	141	<i>qc childrens chewable com</i>	141
		<i>qc childrens chewable vit</i>	141
		<i>qc childrens ibuprofen</i>	5
		<i>qc chocolated laxative</i>	89

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>qc clotrimazole</i>	95	<i>qc urinary pain relief</i>	94
<i>qc daily multivitamins/ir</i>	141	<i>qc vegetable laxative</i>	89
<i>qc enema</i>	89	<i>qc womens daily multivita</i>	142
<i>qc enteric aspirin</i>	3	QINLOCK	30
<i>qc esomeprazole magnesium</i>	93	<i>q-sorb co q-10</i>	122
<i>qc ferrous sulfate</i>	98	QUADRACEL INJ.....	105
<i>qc gas relief extra stren</i>	91	QUADRACEL INJ 0.5ML	105
<i>qc gentle laxative</i>	89	<i>quetiapine fumarate</i>	50
<i>qc ibuprofen</i>	5	QUICKVUE HOM KIT COVID-19	10
<i>qc ibuprofen cold/sinus</i>	166	<i>quinapril hcl</i>	35
<i>qc lansoprazole</i>	93	QUIN B TAB STRONG	142
<i>qc loratadine allergy rel</i>	157	<i>quinidine sulfate</i>	39
<i>qc loratadine-d</i>	166	<i>quinine sulfate</i>	12
<i>qc magnesium citrate</i>	89	<i>quintabs-m</i>	142
<i>qc maximum daily multivit</i>	141	QUINTABS-M TAB.....	142
<i>qc medifin 400</i>	166	QUINTABS TAB.....	142
<i>qc medifin dm</i>	166	QULIPTA.....	58
<i>qc mens daily multivitami</i>	141	R	
<i>qc miconazole 7</i>	95	RA ADVANCED HEALING	185
<i>qc milk of magnesia</i>	89	RABAVERT INJ	105
<i>qc mineral oil heavy</i>	89	RA B-COMPLEX TAB VIT C TR.....	142
<i>qc mucus relief</i>	166	<i>rabeprazole sodium</i>	93
<i>qc mucus relief er 12 hou</i>	167	<i>ra biotin</i>	142
<i>qc multi-vite</i>	141	<i>ra calcium 600</i>	118
<i>qc multi-vite 50 & over</i>	142	<i>ra calcium 600 plus vitam</i>	118
<i>qc naproxen sodium</i>	5	<i>ra calcium 600/vit d/mine</i>	118
<i>qc nasal decongestant max</i>	167	<i>ra calcium citrate plus v</i>	118
<i>qc natura-lax</i>	89	<i>ra calcium citrate/vitami</i>	118
<i>qc non-aspirin childrens</i>	3	<i>ra calcium/minerals/vitam</i>	118
<i>qc non-aspirin extra stre</i>	3	<i>ra calcium plus vitamin d</i>	118
<i>qc omeprazole magnesium</i>	93	<i>ra central-vite womens ma</i>	142
<i>qc pain relief</i>	3	<i>ra chewable vitamins comp</i>	142
<i>qc pain relief childrens</i>	3	<i>ra coenzyme q-10</i>	122
<i>qc pain relief extra stre</i>	3	<i>radiance platinum vitamin</i>	142
<i>qc povidone iodine</i>	185	<i>ra digestive health</i>	84
<i>qc stool softener</i>	89	RA ESSENCE-C POW ORANGE	142
<i>qc stool softener plus la</i>	89	RA ESSENCE-C POW RASPBRY	142
<i>qc stool softener plus st</i>	89	RA ESSENCE-C POW TNGERINE	142
<i>qc suphedrine maximum str</i>	167	<i>ra fish oil</i>	122
<i>qc therin-m</i>	142	<i>ra folic acid</i>	142
<i>qc tolnaftate</i>	179	<i>ra hi cal</i>	118
<i>qc triple antibiotic maxi</i>	177	<i>ra high potency iron</i>	98
<i>qc tussin cf</i>	167	<i>ra iron</i>	98
<i>qc tussin dm cough & ches</i>	167	<i>ra l-arginine</i>	122
<i>qc tussin expectorant adu</i>	167	<i>raloxifene hcl</i>	79
<i>qc tussin mucus + chest c</i>	167		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>ra magnesium</i>	118	RENAPLEX-D TAB	143
<i>ramipril</i>	35	<i>rena-vite</i>	142
RANGER READY REPELLENT	185	<i>rena-vite rx</i>	142
<i>ra niacin</i>	142	RENFLEXIS	101
<i>ra no flush niacin 500</i>	142	<i>repaglinide</i>	64
<i>ranolazine</i>	43	REPATHA	40
<i>ra one daily maximum</i>	142	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	40
<i>ra one daily mens 50+ wit</i>	142	REPATHA SURECLICK	40
<i>ra one daily mens/vitamin</i>	142	REPEL 100	186
<i>ra pediatric electrolyte</i>	110	REPEL FAMILY	186
<i>rasagiline mesylate</i>	48	REPEL FAMILY DRY	186
<i>ra saline nasal spray</i>	173	REPEL HUNTERS FORMULA	186
<i>ra slow release iron</i>	98	REPEL LEMON SPR INSECT	186
RA STERILE SALINE NASAL M	173	REPEL MOSQUITO WIPES	186
<i>ra vitamin a</i>	142	REPEL SPORTSMEN	186
<i>ra vitamin b-6</i>	142	REPEL SPORTSMEN DRY	186
<i>ra vitamin c</i>	142	REPEL SPORTSMEN MAX	186
<i>ra vitamin c/rose hips</i>	142	REPEL TICK DEFENSE	186
<i>ra vitamin d-3</i>	142	REPLESTA	143
<i>ra vitamin e</i>	142	REPLESTA NX	143
RAYALDEE	81	RESTASIS	153
<i>react</i>	72	RESTASIS MULTIDOSE	153
REALITY MIS LUBRICAT	72	RETEVMO	30
<i>reclipsen</i>	72	REVLIMID	23
RECOMBIVAX HB	105	REXULTI	50
RECTIV	186	REYATAZ	13
<i>reeses pinworm medicine</i>	10	REZLIDHIA	30
<i>refresh celluvisc</i>	153	REZUROCK	104
REFRESH DRO OP	153	RHOPRESSA	152
REFRESH DRO RELIEVA	153	<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	16
REFRESH GEL OPTIVE	153	<i>rifabutin</i>	15
<i>refresh lacri-lube</i>	153	<i>rifampin</i>	15
REFRESH OPTI DRO 0.5-0.9%	153	<i>riluzole</i>	59
REFRESH OPT SOL MEGA-3	153	<i>rimantadine hydrochloride</i>	16
REFRESH RELI DRO 0.5-0.9%	153	RINVOQ	101
REFRESH SOL DIGITAL	153	RISABAL-PH CRE	186
REFRESH SOL OPTIVE	153	RISACAL-D TAB	118
REGRANEX	187	<i>risedronate sodium</i>	66
<i>rehydralyte</i>	110	<i>risperidone</i>	50
REJUVAFLOR CAP	84	<i>risperidone microspheres</i>	50, 51
RELENZA DISKHALER	16	RITEFLO MIS	173
RELISTOR	91	<i>ritonavir</i>	13
REMICADE	101	<i>rivastigmine</i>	45
<i>renal caps</i>	142	<i>rivastigmine tartrate</i>	45
<i>renal vitamin</i>	142	<i>rivelsa</i>	72
<i>renaplex</i>	142	<i>rizatriptan benzoate</i>	58

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>robafen cf multi-symptom</i>	167	<i>sb mucus relief dm</i>	167
<i>robafen dm</i>	167	<i>sb mucus relief pe</i>	167
<i>robafen mucus/chest conge</i>	167	<i>sb naproxen sodium</i>	5
ROCKLATAN DRO	152	<i>sb omega-3 fish oil</i>	122
<i>roflumilast</i>	173	<i>sb oyster shell calcium</i>	118
<i>ropinirole hydrochloride</i>	48	<i>sb pediatric electrolyte</i>	110
<i>rosuvastatin calcium</i>	39	<i>sb povidone-iodine</i>	186
ROTARIX SUS	105	<i>sb saline nose</i>	174
ROTATEQ SOL	105	<i>sb tab tussin dm</i>	167
<i>roweepira</i>	54	<i>sb vitamin c</i>	143
ROZLYTREK	30	SCAR CARE CRE	109
RUBRACA	31	SCSEMBLIX	31
<i>rufinamide</i>	54	<i>scopolamine</i>	85
RU-HIST D TAB 4-10MG	167	<i>sea-omega</i>	122
RUKOBIA	13	SEBEX SHA	186
RYBELSUS	64	SECUADO	51
RYDAPT	31	<i>selegiline hcl</i>	48
RYDEX LIQ	167	<i>selenium sulfide</i>	179
RYMED TAB 2-10MG	167	SELZENTRY	13
<i>rynex dm</i>	167	<i>senexon</i>	89
<i>rynex pe</i>	167	<i>senexon-s</i>	89
<i>rynex pse</i>	167	<i>senior tabs</i>	143
S		<i>senna-lax</i>	90
<i>sajazir</i>	99	<i>senna laxative</i>	89
SALICYLIC POW ACID	108	<i>senna plus</i>	89
<i>saline</i>	173	SENNA PLUS CAP 8.6-50MG	90
<i>saline mist</i>	174	<i>senna regular strength</i>	90
<i>sam-e.p.a.</i>	122	<i>senna-tabs</i>	90
SANDIMMUNE	104	<i>senna-time</i>	90
SANTYL	187	<i>senna-time s</i>	90
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	79	<i>sennosides</i>	90
SAWYER INSECT REPELLENT	186	<i>sennosides-docusate sodium tab 8.6-</i> <i>50 mg</i>	90
SAWYER INSECT REPELLENT C	186	<i>senokot extra strength</i>	90
SAWYER PREMIUM INSECT REP	186	SENSI-CARE CRE MOISTURI	186
<i>sb 12hr nasal spray</i>	167	<i>senry</i>	143
<i>sb acid reducer</i>	86	<i>senry senior</i>	143
<i>sb allergy</i>	157	SENTRY TAB	143
<i>sb antacid</i>	82	SENTRY TAB SENIOR	143
<i>sb antacid extra strength</i>	82	SEREVENT DISKUS	158
<i>sb anti-diarrhea</i>	84	<i>sertraline hcl</i>	46
<i>sb calcium + d</i>	118	SESAME OIL	109
<i>sb cough control</i>	167	<i>se-tan plus</i>	98
<i>sb coughtab</i>	167	<i>setlakin</i>	72
<i>sb loratadine</i>	157	<i>sevelamer carbonate</i>	79
<i>sb milk of magnesia</i>	89	<i>severe cold/cough</i>	167

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>severe cold & flu</i>	167	<i>sm all day allergy-d</i>	168
<i>sharobel</i>	72	<i>sm all day allergy relief</i>	157
SHINGRIX.....	105	<i>sm allergy 4 hour</i>	157
SIGNIFOR.....	79	<i>sm allergy childrens</i>	157
<i>siladryl allergy</i>	157	<i>sm allergy relief</i>	157
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> ..44		<i>sm allergy relief childre</i>	157
<i>siltussin-dm</i>	167	<i>sm allergy relief nasal s</i>	175
<i>siltussin sa</i>	167	<i>sm animal shapes complete</i>	143
<i>silver sulfadiazine</i>	177	<i>sm animal shapes kids fir</i>	143
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	152	<i>sm antacid</i>	82
<i>simethicone</i>	91	<i>sm antacid advanced</i>	82
<i>simethicone drops infants</i>	91	<i>sm antacid advanced maxi</i>	82
<i>simethicone ultra strengt</i>	92	<i>sm antacid extra strength</i>	82
<i>simliya</i>	72	<i>sm antacid maximum streng</i>	82
<i>simpesse</i>	72	<i>sm antibiotic</i>	177
SIMPLY SALINE	174	<i>sm antibiotic plus pain r</i>	177
<i>simvastatin</i>	39	<i>sm anti-diarrheal</i>	84
<i>sinus + headache</i>	167	<i>sm antifungal clotrimazol</i>	179
<i>sinus congestion/pain</i>	167	<i>sm antifungal miconazole</i>	179
<i>sinus nasal spray</i>	167	<i>sm antifungal tolnaftate</i>	179
<i>sinus pressure/pain/adult</i>	167	<i>sm anti-itch extra streng</i>	186
<i>sinus relief extra streng</i>	167	<i>sm antioxidant vitamins</i>	143
<i>sinus relief severe conge</i>	168	<i>sm arthritis pain relief</i>	3
SINUS WASH CRY SALT.....	174	<i>sm aspirin adult low stre</i>	3
<i>sirolimus</i>	104	<i>sm aspirin enteric coated</i>	3
SIRTURO	15	<i>sm aspirin low dose</i>	3
SIVEXTRO	10	<i>sm athletes foot</i>	179
SKYRIZI	101, 102	SM B-COMPLEX TAB /VIT C	143
SKYRIZI PEN.....	102	SM BENZOIN TIN	186
<i>slow iron</i>	98	SM BENZOIN TIN NFXI.....	186
<i>slow magnesium chloride/</i>	118	<i>sm biotin</i>	143
SLOW MAGNESIUM CHLORIDE/	118	<i>sm b super vitamin comple</i>	143
SLOW-MAG TAB	118	<i>sm calcium 500/vitamin d3</i>	118
SLOW-MAG TAB 71.5-119	118	<i>sm calcium 600+d3</i>	118
<i>slow release iron</i>	98	<i>sm calcium 600/vitamin d</i>	118
<i>slow-release iron</i>	98	<i>sm calcium antacid</i>	82
SLOW RELEASE IRON	98	<i>sm calcium antacid extra</i>	82
<i>sm 3-day vaginal</i>	95	<i>sm calcium citrate+vitami</i>	118
<i>sm 8 hour pain relief</i>	3	<i>sm calcium citrate+ w/vit</i>	118
<i>sm 12 hour sinus deconges</i>	168	<i>sm calcium citrate/vitami</i>	118
<i>sm acidophilus</i>	84	<i>sm calcium /vitamin d</i>	118
<i>sm acid reducer</i>	86	<i>sm calcium/vitamin d</i>	118
<i>sm acid reducer maximum s</i>	86	<i>sm calcium/vitamin d3</i>	118
<i>sm adult aspirin</i>	3	<i>sm chest congestion relie</i>	168
<i>sm all day allergy</i>	157	<i>sm childrens aspirin</i>	3
<i>sm all day allergy childr</i>	157	<i>sm childrens loratadine</i>	157

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
SM CLD/ALLER LIQ CHILDREN	168	<i>sm lansoprazole</i>	93
<i>sm clearlax</i>	90	<i>sm lice killing maximum s</i>	187
<i>sm clotrimazole vaginal</i>	95	<i>sm lice treatment</i>	187
<i>sm coenzyme q-10</i>	122	<i>sm loratadine</i>	157
<i>sm cold & cough dm childr</i>	168	<i>sm loratadine allergy rel</i>	157
<i>sm cold & flu severe</i>	168	<i>sm lorata-dine d</i>	168
<i>sm cold & sinus relief</i>	168	<i>sm loratadine d 12hr</i>	168
<i>sm complete</i>	143	<i>sm lubricant eye drops</i>	153
<i>sm complete 50+</i>	143	<i>sm lubricating plus</i>	153
<i>sm complete 50+ ultimate</i>	143	<i>sm lubricating tears</i>	153
<i>sm complete advanced form</i>	143	<i>sm magnesium</i>	118
<i>sm complete senior formul</i>	143	<i>sm magnesium citrate</i>	90
<i>sm co q-10</i>	122	<i>sm miconazole 3</i>	95
<i>sm coq-10</i>	122	<i>sm miconazole 7</i>	95
<i>sm day time cold & flu re</i>	168	<i>sm milk of magnesia</i>	90
<i>sm double antibiotic</i>	177	<i>sm motion sickness</i>	85
<i>sm dry eye relief</i>	153	<i>sm mucus relief</i>	168
<i>sm ear drops</i>	188	<i>sm mucus relief/12 hour</i>	168
<i>sm enema</i>	90	<i>sm mucus relief maximum s</i>	168
<i>sm epsom salt</i>	90	<i>sm multiple vitamins esse</i>	143
<i>sm esomeprazole magnesium</i>	93	<i>sm multiple vitamins/iron</i>	143
<i>sm eye itch relief</i>	151	<i>sm naproxen sodium</i>	5
<i>sm fexofenadine hydrochlo</i>	157	<i>sm nasal decongestant max</i>	168
<i>sm fiber</i>	90	<i>sm nasal decongestant pe</i>	168
<i>sm fiber laxative</i>	90	<i>sm nasal spray</i>	168
<i>sm fish oil</i>	122	<i>sm nasal spray 12 hour</i>	168
SM FISH OIL CAP 554MG	122	<i>sm nasal spray moisturizi</i>	168
<i>sm folic acid</i>	143	<i>sm nasal spray saline</i>	174
<i>sm gas relief</i>	92	<i>sm nasal spray sinus</i>	168
<i>sm gas relief drops infan</i>	92	<i>sm niacin cr</i>	143
<i>sm gas relief extra stren</i>	92	<i>sm nicotine</i>	61
<i>sm gentle laxative</i>	90	<i>sm nicotine polacrilex</i>	61
SM GLUCOSE	77	<i>sm nicotine transdermal s</i>	61
SM GLUCOSE CHW ORANGE	77	<i>sm nite time cold & flu</i>	168
SM GLUCOSE CHW RASPBERRY	77	<i>sm nose drops nasal decon</i>	168
<i>sm guaifenesin/pseudoephe</i>	168	<i>sm omega-3 fish oil</i>	122
<i>sm hair/skin/nails</i>	143	<i>sm omeprazole</i>	93
<i>sm hydrocortisone</i>	181	SM ONE DAILY TAB MENS	143
<i>sm hydrocortisone maximum</i>	181	SM ONE DAILY TAB WOMENS	143
<i>sm hydrocortisone plus</i>	181	<i>smooth antacid extra stre</i>	82
<i>sm ibuprofen</i>	5	<i>sm opti-vitamins</i>	143
<i>sm ibuprofen ib</i>	5	<i>sm oyster shell calcium/v</i>	118
<i>sm ibuprofen ib childrens</i>	5	<i>sm pain & fever childrens</i>	3
<i>sm infants ibuprofen</i>	5	<i>sm pain & fever infants</i>	3
<i>sm iron</i>	98	<i>sm pain relief extra stre</i>	3
<i>sm iron slow release</i>	98	<i>sm pain reliever</i>	3

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>sm pain reliever children</i>	4	<i>sodium phenylbutyrate</i>	79
<i>sm pain reliever extra st</i>	4	<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	67
<i>sm pediatric electrolyte</i>	110	SODIUM POW BICARBON.....	82
<i>sm povidone-iodine</i>	186	<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-</i> <i>1.6 gm/177ml</i>	90
<i>sm sinus severe for adult</i>	168	<i>solifenacin succinate</i>	94
<i>sm slow release iron</i>	98	SOLIQUA INJ 100/33.....	65
SM SLOW RELEASE IRON	99	SOLO TAB	144
<i>sm stomach relief</i>	84	SOLTAMOX	23
<i>sm stomach relief liquid</i>	84	<i>soluble fiber</i>	90
<i>sm stool softener</i>	90	SOLU-CORTEF	76
<i>sm stool softener plus la</i>	90	<i>soluvita e</i>	144
<i>sm stool softener/stimula</i>	90	SOMATULINE DEPOT.....	79
<i>sm super b complex-vitami</i>	143	SOMAVERT	79
<i>sm triple antibiotic</i>	177	<i>soothing - 12 hour nasal</i>	168
<i>sm triple antibiotic orig</i>	177	SOOTH SALINE AER NASAL.....	174
<i>sm triple antibiotic plus</i>	177	<i>sorafenib tosylate</i>	31
<i>sm tussin cf</i>	168	SORBIDON CRE HYDRATE.....	186
<i>sm tussin dm</i>	168	SORBITOL.....	90
<i>sm tussin dm cough/chest</i>	168	<i>sorine</i>	39
<i>sm tussin dm max/cough +</i>	168	SOSWEET SYP	109
<i>sm tussin mucus + chest c</i>	168	<i>sotalol hcl</i>	39
<i>sm urinary pain relief</i>	94	<i>sotalol hcl (afib/afl)</i>	39
<i>sm urinary pain relief ma</i>	94	SPACE CHAMBR MIS ANTI-STA	174
<i>sm vitamin b-6</i>	143	SPACE CHAMBR MIS LARGE.....	174
<i>sm vitamin b6</i>	143	SPACE CHAMBR MIS MEDIUM.....	174
<i>sm vitamin b complex with</i>	143	SPACE CHAMBR MIS SMALL.....	174
<i>sm vitamin c</i>	144	SPACER CHAMB MIS ADULT	174
<i>sm vitamin c/rose hips</i>	144	SPACER CHAMB MIS CHILD.....	174
<i>sm vitamin d</i>	144	SPACER CHAMB MIS INFANT	174
<i>sm vitamin d3</i>	144	SPECTRAVITE CHW ADLT 50+	144
SM VITAMIN D3 MAXIMUM STR.....	144	SPECTRAVITE TAB.....	144
<i>sm vitamin e</i>	144	SPECTRAVITE TAB ADLT 50+	144
<i>sm vit c/rose hips</i>	143	SPECTRAVITE TAB ADULTS	144
SOD BENZOATE POW	109	SPECTRAVITE TAB MEN 50+	144
SOD BROMIDE GRA	109	SPECTRAVITE TAB ULT MEN	144
SOD CHLORIDE GRA.....	119	SPECTRAVITE TAB ULT WMN.....	144
<i>sodium bicarbonate (antacid)</i>	82	SPEEDY SWAB KIT COVID-19.....	10
<i>sodium chloride</i>	112	<i>spironolactone</i>	36
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i>	187	<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab</i> <i>25-25 mg</i>	42
<i>sodium chloride hypertonic</i>	153	<i>sprintec 28</i>	72
<i>sodium chloride (inhalant)</i>	168	SPRITAM	54
<i>sodium ferric gluconate complex in</i> <i>sucrose</i>	99	SPRYCEL.....	31
<i>sodium fluoride chew\; tab\; 1.1 (0.5 f) mg/ml</i> <i>soln</i>	112	<i>sps</i>	67
SODIUM OXYBATE	60	<i>sronyx</i>	72

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>ssd</i>	177	<i>sulfasalazine</i>	86
STAHIST AD TAB 25-60MG	168	<i>sulindac</i>	5
STAHIST TP TAB 2.5-10MG	169	<i>sumatriptan</i>	58
STELARA	102	<i>sumatriptan succinate</i>	58
<i>stimulant laxative</i>	90	<i>sunitinib malate</i>	31
STIVARGA	31	SUNLENCA	13
<i>st joseph low dose aspi</i>	4	SUPER ANTIOX CAP	144
STL SOFT/LAX CAP 8.6-50MG	90	<i>super antioxidant/a/c/e/s</i>	144
<i>stomach relief</i>	84	<i>super aytinal 50 plus</i>	144
<i>stomach relief extra stre</i>	84	<i>super aytinal for active</i>	144
<i>stomach relief ultra</i>	84	<i>super b-complex/folic aci</i>	144
<i>stool softener</i>	90	<i>super b-complex/vitamin c</i>	144
<i>stool softener + stimulan</i>	90	<i>super biotin</i>	144
<i>stool softener laxative</i>	91	<i>super b with c</i>	144
<i>stool softener plus laxat</i>	91	<i>super calcium</i>	119
<i>streptomycin sulfate</i>	10	<i>super calcium 600 + d3</i>	119
<i>stress b-complex/vitamin</i>	144	<i>super calcium 600+d3 400</i>	119
<i>stress b/zinc</i>	144	SUPER DAILY D3	145
<i>stress formula</i>	144	<i>super dha gems</i>	122
<i>stress formula/iron</i>	144	<i>super multiple</i>	145
<i>stress formula/zinc</i>	144	<i>super omega-3</i>	122
<i>stresstabs advanced</i>	144	<i>super thera vite m</i>	145
<i>stresstabs energy</i>	144	<i>super vita-mins</i>	145
STRIBILD TAB	15	<i>suphedrine 12hour maximum</i>	169
STROVITE ONE TAB	144	<i>syeda</i>	72
STUDIO 35 CRE MOIST	186	SYMDEKO TAB 50-75MG	174
<i>subvenite</i>	54	SYMDEKO TAB 100-150	174
<i>sucralfate</i>	92	SYMPAZAN	54
<i>sudogest</i>	169	SYMTUZA TAB	15
<i>sudogest 12 hour</i>	169	SYNAREL	74
<i>sudogest maximum strength</i>	169	SYNJARDY TAB 5-500MG	64
<i>sudogest sinus & allergy</i>	169	SYNJARDY TAB 5-1000MG	64
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	176	SYNJARDY TAB 12.5-500	64
<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i>	150	SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	64
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	150	SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	64
<i>sulfadiazine</i>	10	SYNJARDY XR TAB 10-1000	64
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml</i>	10	SYNJARDY XR TAB 12.5-1000	64
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml</i>	10	SYNJARDY XR TAB 25-1000	64
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg</i>	10	SYNTHROID	80
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg</i>	10	SYRPALTA	109
SULFAMYLON	177	SYRSPEND SF LIQ	109
		SYRSPEND SF SUS	109
		SYRSPEND SF SUS ALKA	109
		SYSTANE ICAP CHW AREDS2	145
		<i>systane icaps areds2</i>	145
		SYSTANE ICAP TAB AREDS2	145

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>systane nighttime</i>	153	TEPMETKO	32
T		<i>terazosin hcl</i>	36
<i>tab-a-vite</i>	145	<i>terbinafine hcl</i>	12
<i>tab-a-vite multivitamin/i</i>	145	<i>terbinafine hcl (topical)</i>	179
TAB-A-VITE TAB IRON/BET	145	<i>terbutaline sulfate</i>	158
<i>tab-a-vite w/beta caroten</i>	145	<i>terconazole vaginal</i>	95
TABLOID	22	TERIPARATIDE	66
TABRECTA	31	<i>testosterone</i>	62
<i>tacrolimus</i>	104	<i>testosterone cypionate</i>	62
<i>tacrolimus (topical)</i>	186	<i>testosterone enanthate</i>	62
TAFINLAR.....	31	<i>tetrabenazine</i>	59
TAGRISSE	31	<i>tetracycline hcl</i>	20
<i>take action</i>	72	THALOMID.....	23
TALTZ.....	102	<i>theophylline</i>	174
TALZENNA	31	THEOPHYLLINE POW ANHYDROU.....	109
<i>tamoxifen citrate</i>	23	<i>therabasic-m</i>	145
<i>tamsulosin hcl</i>	93	<i>thera-d 2000</i>	145
<i>tandem plus</i>	99	THERA-D 4000	145
<i>tarina 24 fe</i>	72	<i>thera-d rapid repletion</i>	145
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	73	<i>theraflu expressmax sever</i>	169
TARON FORTE CAP	99	THERAFLU FLU PAK SORE THR.....	169
TASIGNA	31	<i>theragran-m fish oil conc</i>	122
<i>tasimelteon</i>	57	THERAGRAN-M TAB	145
<i>tazarotene</i>	179	THERAGRAN-M TAB 50 PLUS	145
<i>tazicef</i>	17	THERAGRAN-M TAB ADVANCED	145
TAZORAC	179	THERAGRAN-M TAB PREMIER.....	145
<i>taztia xt</i>	42	THERAMILL CAP FORTE.....	145
TAZVERIK.....	31	THERA M PLUS TAB	145
TDVAX INJ 2-2 LF	105	THERA-M TAB	145
TECENTRIQ.....	32	THERAPEUTIC CRE MOISTUR	186
TEFLARO	17	THERAPEUTIC DANDRUFF.....	186
<i>telmisartan</i>	38	<i>therapeutic formula/hemat</i>	145
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i>	37	<i>therapeutic-m</i>	145
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i>	37	<i>therapeutic-m/lutein</i>	145
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i>	37	THERA TAB	145
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i>	37	<i>thera-tabs</i>	145
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-</i> <i>12.5 mg</i>	37	THERA-TABS M TAB	145
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i> <i>12.5 mg</i>	37	<i>theratrum complete</i>	145
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i> <i>25 mg</i>	38	<i>theratrum complete 50 plu</i>	145
<i>temazepam</i>	57	<i>thera vital m</i>	145
TENIVAC INJ 5-2LF.....	105	THEREMS-M TAB.....	145
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	13	THEREMS TAB MULTIVIT	145
		THERMOTABS TAB	110
		<i>theromega</i>	122
		<i>the very finest fish oil</i>	122
		<i>thiamine hcl</i>	146

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>thioridazine hcl</i>	51	TRESIBA FLEXTOUCH.....	66
<i>thiothixene</i>	51	<i>tretinoin</i>	177
<i>tiadylt er</i>	42	<i>tretinoin (chemotherapy)</i>	24
<i>tiagabine hcl</i>	55	<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i>	188
TIBSOVO.....	32	<i>triamcinolone acetonide (topical)</i>	181
TICOVAC.....	105	<i>triaminic fever & cold mu</i>	169
<i>tigecycline</i>	20	TRIAMINIC SOL COLD/CGH.....	169
<i>tilia fe</i>	73	TRIAMINIC SYP COLD/CGH.....	169
<i>timolol maleate</i>	41	<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i>	43
<i>timolol maleate (ophth)</i>	152	<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>	43
<i>tinidazole</i>	11	<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i>	43
TIVICAY.....	13	<i>tricon</i>	99
TIVICAY PD.....	13	<i>trientine hcl</i>	67
<i>tizanidine hcl</i>	60	<i>tri-estarylla</i>	73
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%.....	150	TRIFERIC.....	99
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05.....	150	<i>trifluoperazine hcl</i>	51
<i>tobramycin</i>	11	<i>trifluridine</i>	150
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	150	<i>trigels-f forte</i>	99
<i>tobramycin (ophth)</i>	150	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	48
<i>tobramycin sulfate</i>	11	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG.....	64
<i>tolnaftate</i>	179	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG.....	64
<i>tolnaftate antifungal</i>	179	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG.....	64
<i>tolterodine tartrate</i>	94	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG.....	64
<i>topiramate</i>	55	TRIKAFTA PAK 59.5MG.....	174
<i>toremifene citrate</i>	23	TRIKAFTA PAK 75MG.....	174
<i>torse mide</i>	42	TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG.....	174
<i>totalday multiple</i>	146	TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG.....	174
TOTAL HOME SPR INSECT.....	186	<i>tri-legest fe</i>	73
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	66	<i>tri-lynyah</i>	73
TOUJEO SOLOSTAR.....	66	<i>tri-lo-estarylla</i>	73
TPN ELECTROL INJ.....	112	<i>tri-lo-marzia</i>	73
TRADJENTA.....	64	<i>tri-lo-mili</i>	73
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	8	<i>tri-lo-sprintec</i>	73
<i>tramadol hcl</i>	8	<i>trimethoprim</i>	11
<i>trandolapril</i>	35	<i>tri-mili</i>	73
<i>tranexamic acid</i>	100	<i>trimipramine maleate</i>	46
<i>tranylcypramine sulfate</i>	46	TRINTELLIX.....	46
TRAVASOL INJ 10%.....	113	<i>tri-nymyo</i>	73
TRAZIMERA.....	32	<i>triphrocaps</i>	146
<i>trazodone hcl</i>	46	<i>triple antibiotic</i>	177
TRECTOR.....	15	<i>triple antibiotic + pain</i>	177
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG.....	154	<i>triple antibiotic plus</i>	177
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG.....	154		
<i>treprostinil</i>	44		
TRESIBA.....	66		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>triprolidine hcl</i>	157	TUMS CHEWY DELIGHTS	82
<i>tri-sprintec</i>	73	<i>tums smoothies</i>	82
TRIUMEQ PD TAB	15	TURALIO	32
TRIUMEQ TAB	15	<i>turqoz</i>	74
TRI-VI-SOL SOL A/C/D	146	TUSNEL C SYP	169
<i>tri-vite pediatric</i>	146	<i>tusnel diabetic</i>	169
<i>trivora-28</i>	73	TUSNEL-DM DRO PEDIATRC.....	169
<i>tri-vylibra</i>	73	TUSNEL DM LIQ	169
<i>tri-vylibra lo</i>	73	TUSNEL-DM LIQ.....	169
TRIZIVIR TAB	15	<i>tusnel dm pediatric</i>	169
TR MAG COMPL CAP 400MG	119	<i>tusnel-ex</i>	169
TROGARZO.....	13	TUSNEL LIQ	169
TROPHAMINE INJ 10%	113	TUSNEL PED DRO 7.5-50	169
<i>tropical liquid nutrition</i>	146	TUSNEL PEDIA LIQ	169
<i>tropium chloride</i>	94	TUSNEL PEDI LIQ 15-5-50	169
TRUEPLUS GLUCOSE.....	77	TUSNEL TAB	169
TRUEPLUS GLUCOSE GEL.....	77	<i>tussin cf</i>	169
TRUEPLUS GLUCOSE ON THE G	77	<i>tussin cf severe multi-sy</i>	169
TRULICITY	64	<i>tussin cough</i>	169
TRUMENBA INJ.....	105	<i>tussin dm</i>	169
TRUQAP	32	<i>tussin dm cough + chest c</i>	169
TRUSTEX LUBR MIS ASSORTED	73	<i>tussin dm maximum strengt</i>	169
TRUSTEX LUBR MIS BANANA	73	<i>tussin mucus + chest cong</i>	169
TRUSTEX LUBR MIS CHOC	73	<i>tussin mucus & chest cong</i>	169
TRUSTEX LUBR MIS COLA.....	73	<i>tussin multi-symptom cold</i>	169
TRUSTEX LUBR MIS COLORS.....	73	TWINRIX INJ.....	105
TRUSTEX LUBR MIS EX LARGE	73	TYBOST.....	13
TRUSTEX LUBR MIS EX STR.....	73	<i>tydemy</i>	74
TRUSTEX LUBR MIS GRAPE.....	73	TYPHIM VI	105
TRUSTEX LUBR MIS RIB/STUD.....	73	TYRVAYA.....	153
TRUSTEX LUBR MIS SPERMICI.....	73	U	
TRUSTEX LUBR MIS STRWBRY	73	U-BASE CRE	109
TRUSTEX LUBR MIS VANILLA.....	73	UBRELVY	58
TRUSTEX MIS BANANA	73	<i>ultrachoice advanced form</i>	146
TRUSTEX MIS CHOCOLAT	73	<i>ultra choice multivitamin</i>	146
TRUSTEX MIS FLAVORS	73	<i>ultra freeda</i>	146
TRUSTEX MIS MINT	73	<i>ultra freeda/iron</i>	146
TRUSTEX MIS STRWBRY	73	<i>ultra lubricating eye dro</i>	153
TRUSTEX MIS VANILLA	73	ULTRA MEGA G TAB 75MG CR	146
TRUSTEX/RIA MIS LUBRICAT	73	ULTRA MEGA G TAB 100MG	146
TRUSTEX/RIA MIS NON-LUB.....	74	ULTRA MEGA TAB 75MG CR.....	146
TRUSTEX/RIA MIS SPERMICI	74	ULTRA MEGA TAB TWO.....	146
TRUSTX NON-9 MIS RIB/STUD	74	<i>ultra omega-3</i>	122
TRUXIMA.....	32	ULTRA OMEGA3 CAP 1400MG.....	122
TRUZONE PEAK MIS FLOW MTR.....	174	ULTRA POTENC TAB WOMEN 50.....	146
TUKYSA.....	32		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
ULTRATHON INSECT REPELLEN	186	<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x</i>	
UNISPEND ANH SUS SWEETENE	109	<i>1 mg start pack</i>	62
<i>unithroid</i>	80	VARIVAX	105
UPCAL D POW	119	VASCEPA	40
UPSPRINGBABY DRO MV/IRON	146	<i>velivet</i>	74
UPSPRING BABY VITAMIN D	146	VELPHORO	79
<i>urinary pain relief</i>	94	VELTASSA	67
<i>ursodiol</i>	92	VELVACHOL CRE	187
V		VEMLIDY	16
<i>valacyclovir hcl</i>	16	VENCLEXTA	32
VALCHLOR	186	VENCLEXTA TAB START PK	32
<i>valganciclovir hcl</i>	16	VENEXA FE TAB	146
<i>valproate sodium</i>	55	VENEXA TAB	146
<i>valproic acid</i>	55	<i>venlafaxine hcl</i>	47
<i>valsartan</i>	38	VENOFER	99
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-</i>		VENTAVIS	44
<i>12.5 mg</i>	38	VENTOLIN HFA	158
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-</i>		VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK)	158
<i>12.5 mg</i>	38	VENTRIXYL FE TAB	146
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-</i>		VENTRIXYL TAB	146
<i>25 mg</i>	38	<i>verapamil hcl</i>	42
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-</i>		VERQUVO	43
<i>12.5 mg</i>	38	VERSACLOZ	51
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-</i>		VERSATILE CRE BASE	109
<i>25 mg</i>	38	VERSIGEL CRE	109
VALTOCO 5 MG DOSE	55	VERZENIO	32
VALTOCO 10 MG DOSE	55	<i>vestura</i>	74
VALTOCO 15 MG DOSE	55	V-GO 20 KIT	66
VALTOCO 20 MG DOSE	55	V-GO 30 KIT	66
<i>value plus glucose</i>	77	V-GO 40 KIT	66
VANACOF DMX LIQ	170	<i>vienna</i>	74
VANACOF LIQ	170	<i>vigabatrin</i>	55
VANALICE GEL 0.3-3.5%	187	<i>vigadrone</i>	55
VANATAB DM TAB 5-9-198	170	<i>vigpoder</i>	55
<i>vancomycin hcl</i>	11	<i>vilazodone hcl</i>	47
VANCOMYCIN INJ 1 GM	11	<i>vincristine sulfate</i>	24
VANCOMYCIN INJ 500MG	11	<i>vinorelbine tartrate</i>	24
VANCOMYCIN INJ 750MG	11	<i>viorele</i>	74
VANFLYTA	32	VIRACEPT	13
VANIBASE CRE	109	VIREAD	13
VANICREAM CRE	187	<i>virt-caps</i>	146
VANISHING CRE BOTANCAL	109	<i>virt-gard</i>	146
VAQTA	105	<i>vision formula/lutein</i>	146
<i>varenicline tartrate</i>	62	VISION HEALT CAP	146
		<i>vision vitamins</i>	146
		VISTA ADVAN CAP AREDS2	146

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
VISTA ADVAN CAP DRY EYE	146	VITATRUM TAB.....	148
<i>vitabasic complete</i>	146	VITRAKVI	32
<i>vitabasic senior</i>	146	VITRAMYN TAB.....	148
VITABEX PLUS CAP	146	VITRANOL FE TAB	148
VITACHEW CHW ADULT.....	146	VITRANOL TAB.....	148
<i>vitachew multiple vitamin</i>	147	VITREXATE FE TAB	148
VITACRAVES CHW IMMUNITY	147	VITREXATE TAB.....	148
VITACRAVES CHW MENS.....	147	VITREXYL TAB.....	148
VITACRAVES CHW SOUR GUM	147	VITREXYL TAB IRON.....	148
VITACRAVES CHW WOMENS	147	<i>vitrum senior</i>	148
<i>vita hair</i>	146	VITRUM TAB SENIOR	148
<i>vitajoy daily d gummies</i>	147	VIVITROL.....	62
VITAL-D RX TAB	147	VIZIMPRO.....	32
<i>vitalee</i>	147	VONJO	33
VITALETS CHW CHILD.....	147	<i>voriconazole</i>	12
VITAMI A-C-D DRO INFANT	147	VORTEX/MASK MIS CHILDS	174
VITAMI A-C-D DRO INF/TODD.....	147	VORTEX VALVE MIS CHAMBER.....	174
<i>vitamin a</i>	147	VOSEVI TAB	16
VITAMIN A PALMITATE	147	VP GLUCOSE CHW FRUIT	77
<i>vitamin b complex-c</i>	147	VP GLUCOSE CHW GRAPE	77
<i>vitamin b complex/vitamin</i>	147	<i>vp-vite rx</i>	148
VITAMIN C	147	VRAYLAR	51
VITAMIN D2	147	VRAYLAR CAP 1.5-3MG	51
<i>vitamin d3</i>	147	<i>vyfemla</i>	74
VITAMIN D3	147	<i>vylibra</i>	74
<i>vitamin d3 adult gummies</i>	147	VYZULTA	152
<i>vitamin d3 extra strength</i>	147		
<i>vitamin d3 gummies</i>	147	W	
<i>vitamin d3 gummies adult</i>	147	WALGREENS GLUCOSE.....	77
VITAMIN D3 IMMUNE HEALTH	147	<i>warfarin sodium</i>	96
<i>vitamin d3 maximum streng</i>	147	<i>wart remover maximum stre</i>	187
<i>vitamin d3 super strength</i>	148	<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	187
VITAMIN D3 TAB COMPLETE.....	148	<i>wee care</i>	99
<i>vitamin d3 ultra strength</i>	148	<i>weekly-d</i>	148
<i>vitamin d-1000 maximum st</i>	148	WELIREG.....	24
<i>vitamin d high potency</i>	148	<i>wera</i>	74
<i>vitamin d infant</i>	148	<i>wescaps</i>	148
<i>vitamin e</i>	148	<i>westab one</i>	149
VITAMIN E.....	148	WESTUSSIN DM SYP	170
<i>vitamin e blend</i>	148	<i>wixela inhub</i>	176
<i>vitamin e/d-alpha natural</i>	148	<i>womens 50+ advanced</i>	149
<i>vitamin e high potency</i>	148	WOMENS 50+ TAB MULTIVIT	149
<i>vitamin supplement e-400</i>	148	<i>womens daily formula</i>	149
VITASANA TAB	148	<i>womens daily formula/fo</i> li	149
<i>vitatrum</i>	148	WOMENS DAILY PAK PACK	149
<i>vitatrum complete</i>	148	WOMENS MULT CHW GUMMIES.....	149

Nombre del medicamento	Página n.º
<i>womens multi</i>	149
<i>womens multivitamin</i>	149
WOMENS PAK.....	149
WOUND CARE CRE	109
<i>wymzya fe</i>	74

X

XALKORI	33
XARELTO.....	96
XARELTO STAR TAB 15/20MG	96
XATMEP	102
XCEL 100 CRE	109
XCELLENT E CAP 33.5MG	149
XCOPRI.....	55
XCOPRI PAK 12.5-25.....	55
XCOPRI PAK 50-100MG	55
XCOPRI PAK 100-150	55
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	55
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	55
XELJANZ.....	102
XELJANZ XR.....	102
XERAC AC.....	187
XERMELO.....	92
XGEVA	66
XHANCE.....	175
XIFAXAN	92
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	64
XIGDUO XR TAB 5-500MG.....	64
XIGDUO XR TAB 5-1000MG	64
XIGDUO XR TAB 10-500MG.....	64
XIGDUO XR TAB 10-1000	64
XIIDRA	153
XOFLUZA.....	16
XOLAIR.....	174
XOSPATA.....	33
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	33
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	33
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	33
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	33
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	33
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	33
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	33
XTANDI.....	23
<i>xulane</i>	74
XULTOPHY INJ 100/3.6.....	66

Nombre del medicamento	Página n.º
------------------------	------------

Y

<i>yargesa</i>	79
YELETS TEEN TAB FORMULA.....	149
YF-VAX INJ	105
<i>yl beta carotene</i>	149
<i>yl coenzyme q10</i>	122
<i>yl folic acid</i>	149
<i>yl vitamin b-6</i>	149
<i>yl vitamin c</i>	149
<i>yl vitamin c/rose hips</i>	149
YOUR LIFE CHW GUMMIES.....	149
<i>yuvafem</i>	75

Z

<i>zafemy</i>	74
<i>zafirlukast</i>	170
<i>zaleplon</i>	57
ZARXIO.....	96
ZEJULA	33
ZELBORAF	33
ZELDANA CAP.....	149
ZEMAIRA.....	175
<i>zenatane</i>	177
ZENPEP CAP 3000UNIT	92
ZENPEP CAP 5000UNIT	92
ZENPEP CAP 10000UNT	92
ZENPEP CAP 15000UNT.....	92
ZENPEP CAP 20000UNT	92
ZENPEP CAP 25000UNT	92
ZENPEP CAP 40000UNT.....	92
ZENPEP CAP 60000UNT.....	92
ZERVIAE	151
<i>zidovudine</i>	14
ZIEXTENZO	96
ZIKS ARTHRIT CRE RELIEF	187
ZINC LOZ.....	149
<i>zinc oxide (topical)</i>	187
<i>zinc sulfate</i>	119
ZINC SULFATE POW GRANULAR.....	119
ZINC SULFATE POW HEPTAHYD.....	119
ZINC SULFATE POW MONOHYD.....	119
ZINTREXYL-C TAB	149
<i>ziprasidone hcl</i>	51
<i>ziprasidone mesylate</i>	51
ZIRABEV.....	33

Nombre del medicamento	Página n.º
ZIRGAN	150
<i>zoledronic acid</i>	66
ZOLINZA.....	33
<i>zolpidem tartrate</i>	57
ZONISADE.....	55
<i>zonisamide</i>	55
<i>zoo friends/extra c</i>	149
<i>zovia 1/35</i>	74
ZTALMY.....	55
<i>zumandimine</i>	74
ZURZUVAE	47
ZYDELIG.....	33
ZYKADIA	34
ZYLET SUS 0.5-0.3%	150
ZYPREXA RELPREVV	51

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)** یا 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) E (05/24)

Sin cambios realizados desde el 05/01/2024