



Neighborhood **INTEGRITY** (plan de Medicare-Medicaid) **2025 Formulario: Lista de medicamentos cubiertos**

Para pedirnos información más reciente o hacernos alguna pregunta, puede llamarnos al 1-844-812-6896 o al 711 para TTY de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., y sábados de 8 a.m. a 12 m., o visitar www.nhpri.org/INTEGRITY. No hemos hecho cambios a esta lista de medicamentos desde el 23/9/2025.

Neighborhood INTEGRITY| *Lista de Medicamentos Cubiertos 2025 (Lista de medicamentos o Formulario)*

Introducción

Este documento se denomina *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocido como la *Lista de medicamentos*). Aquí se le informa qué medicamentos recetados y de venta libre e insumos están cubiertos por Neighborhood INTEGRITY. La Lista de medicamentos también le informa si algún medicamento cubierto por Neighborhood INTEGRITY tiene reglas o restricciones especiales. Las palabras importantes y sus definiciones se encuentran en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Índice

A. Renuncias de garantías.....	4
B. Preguntas frecuentes (FAQ).....	4
B1. ¿Qué medicamentos recetados están en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> ? (Para abreviar, también llamamos “Lista de medicamentos” a la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> .).....	4
B2. ¿La Lista de medicamentos cambia alguna vez?	5
B3. ¿Qué sucede si hay una modificación en la Lista de medicamentos?	6
B4. ¿Existen restricciones o limitaciones para la cobertura de medicamentos o requisitos que se deban cumplir para obtener ciertos medicamentos?	8
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si hay requisitos que debo cumplir para obtener el medicamento?	8
B6. ¿Qué sucede si Neighborhood INTEGRITY modifica sus normas sobre algunos medicamentos (por ejemplo, PA (aprobación), límites de cantidad y/o restricciones de tratamiento escalonado sobre un medicamento)?	8
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos?	9
B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero tomar no está en la Lista de medicamentos?	9
B9. ¿Qué sucede si soy un nuevo miembro de Neighborhood INTEGRITY y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos o tengo problemas para obtener mi medicamento?	10
B10. ¿Puedo solicitar una excepción que cubra mi medicamento?	11

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 y TTY 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?.....	11
B12. ¿Cuánto demora obtener una excepción?.....	11
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?.....	11
B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y qué relación guardan con los biosimilares?	12
B15. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?	12
B16. ¿Neighborhood INTEGRITY cubre productos de venta libre (OTC) que no sean medicamentos?	12
B17. ¿Cuál es mi copago?	13
B18. ¿Qué son los niveles de medicamentos?	13
C. Breve resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	13
C1. Medicamentos agrupados por condición médica.....	14
D. Índice de medicamentos cubiertos	171

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 y TTY 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



A. Renuncias de garantías

Esta es la lista de medicamentos que los miembros pueden obtener en Neighborhood INTEGRITY.

- ❖ Neighborhood INTEGRITY es un plan de salud que posee un contrato tanto con Medicare como con Medicaid de Rhode Island para brindar beneficios de ambos programas a los inscritos.
- ❖ Siempre puede revisar la *Lista de medicamentos cubiertos* actualizada de Neighborhood INTEGRITY en línea en www.nhpri.org/INTEGRITY.
- ❖ Puede obtener este documento gratis en otros formatos, por ejemplo, letras grandes, Braille o audio. Comuníquese con el Servicio de atención a los miembros llamando al 1-844-812-6896, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. La llamada es gratuita.
- ❖ Este documento está disponible en español, portugués y jemer de manera gratuita.
- ❖ Puede solicitar este documento y los materiales que se publiquen en el futuro en su idioma de preferencia y/o en un formato alternativo, comunicándose con el Servicio de atención a los miembros. Esto se denomina “solicitud vigente”. El Servicio de atención a los miembros registrará su solicitud vigente en el expediente de miembro para que pueda recibir materiales ahora y en el futuro en su idioma y/o formato de preferencia. Puede modificar o cancelar su solicitud vigente en cualquier momento comunicándose con el Servicio de atención a los miembros.

B. Preguntas frecuentes (FAQ)

Encuentre aquí las respuestas a las preguntas que tenga sobre esta *Lista de Medicamentos Cubiertos*. Puede leer todas las Preguntas frecuentes para tener más información o buscar una pregunta y su respuesta.

B1. ¿Qué medicamentos recetados están en la *Lista de medicamentos cubiertos*? (Para abreviar, también llamamos “Lista de medicamentos” a la *Lista de medicamentos cubiertos*.)

Los medicamentos que figuran en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* en la sección C son los medicamentos cubiertos por Neighborhood INTEGRITY. Estos medicamentos se pueden adquirir en las farmacias de nuestra red. Una farmacia pertenece a nuestra red cuando tenemos un contrato con el establecimiento para que trabaje con nosotros y les provea servicios a los miembros. Nos referiremos a estos establecimientos como “farmacias de la red”.

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 y TTY 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



- Neighborhood INTEGRITY cubrirá todos los medicamentos necesarios desde el punto de vista médico que estén en la Lista de medicamentos si:
 - su médico u otro profesional de la salud dice que los necesita para mejorarse o para mantener la salud, **y además**
 - usted adquiere el medicamento recetado en una farmacia de la red Neighborhood INTEGRITY.
- Neighborhood INTEGRITY puede añadir otros requisitos para acceder a ciertos medicamentos (ver pregunta B4 a continuación).

También puede consultar una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web, www.nhpri.org/INTEGRITY, o llamando al Servicio de atención a los miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711).

B2. ¿La Lista de medicamentos cambia alguna vez?

Sí, y Neighborhood INTEGRITY debe seguir las normas de Medicare y Medicaid de Rhode Island al realizar modificaciones. Podemos incorporar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año.

También podemos modificar nuestras normas con relación a los medicamentos. Por ejemplo, podemos:

- decidir que pediremos o no pediremos autorización previa (PA) o aprobación para un medicamento. (PA es el permiso de Neighborhood INTEGRITY para que usted pueda obtener un medicamento).
- Agregar o modificar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (se denomina “límite de cantidad”).
- agregar o modificar las restricciones de tratamiento escalonado de un medicamento. (Tratamiento escalonado significa que usted debe probar un medicamento antes de que le cubramos otro medicamento).

Para obtener más información sobre estas normas que regulan el uso de medicamentos, consulte la pregunta B4.

Si usted está tomando un medicamento que estaba cubierto a **principios** de año, generalmente no eliminaremos ni modificaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año** a menos que:

- aparezca en el mercado un nuevo medicamento más económico que funciona igual de bien que un medicamento que está actualmente en la Lista de medicamentos, o

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 y TTY 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



- nos enteremos de que el medicamento no es seguro, o
- el medicamento sea retirado del mercado.

Las preguntas B3 y B6 que figuran a continuación aportan más información sobre lo que sucede cuando se modifica la Lista de medicamentos.

- Usted siempre puede consultar la Lista actualizada de medicamentos de Neighborhood INTEGRITY en línea en www.nhpri.org/INTEGRITY. Las actualizaciones de la *Lista de Medicamentos* se publican mensualmente en el sitio web.
- También puede llamar al Servicio de atención a los miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711) para consultar la *Lista de medicamentos* vigente.

B3. ¿Qué sucede si hay una modificación en la Lista de medicamentos?

Algunas modificaciones de la Lista de medicamentos se producen **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Reemplazos de nuevas versiones de medicamentos determinados.** Podemos eliminar inmediatamente los medicamentos de la Lista de medicamentos, si los sustituimos por nuevas versiones determinadas de ese medicamento, pero el costo que usted pagará por el nuevo medicamento será el mismo. Cuando incorporemos la nueva versión del medicamento, también es posible que decidamos conservar el medicamento de marca o el producto biológico original en la lista pero modifiquemos sus reglas o límites de cobertura.
 - Es posible que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico una vez que lo hayamos realizado.
 - Podemos realizar estos cambios solo si el medicamento que añadimos:
 - Es una nueva versión genérica del medicamento de marca, o
 - Es una nueva versión biosimilar determinada de productos biológicos originales de la *Lista de medicamentos* (por ejemplo, la adición de un biosimilar intercambiable que puede sustituir a un producto biológico original sin necesidad de una nueva receta).

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para más información, consulte la sección B14.

- Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a estos límites. Le enviaremos una notificación con los pasos a seguir para solicitar una

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 y TTY 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



excepción. Para obtener más información sobre las excepciones, lea la pregunta B10.

- **Un medicamento es retirado del mercado.** Si la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) considera que algún medicamento que usted está tomando no es seguro o efectivo o el fabricante de un medicamento decide retirarlo del mercado, podemos eliminarlo inmediatamente de la *Lista de medicamentos*. Si usted está tomando dicho medicamento, le enviaremos una notificación luego de realizar este cambio. Le enviaremos una carta donde le aconsejaremos cómo proceder con su proveedor y su farmacéutico.

Es posible que realicemos otros cambios relativos a los medicamentos que usted toma.

En caso de realizar otros cambios a la *Lista de medicamentos*, se lo notificaremos con anticipación. Estos cambios pueden producirse si:

- la FDA proporciona nuevas pautas o se publican nuevas directrices clínicas sobre un medicamento,
- eliminamos un medicamento de marca de la Lista de medicamentos al añadir un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado o
- eliminamos un producto biológico original al añadir un biosimilar o
- modificamos las reglas o los límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando se produzcan estos cambios, nosotros:

- le informaremos por lo menos 30 días antes de modificar la Lista de medicamentos o
- le informaremos y le proporcionaremos un suministro del medicamento para 30 días cuando usted solicite la reposición.

Esto le dará tiempo de hablar con su médico o con el profesional que le receta el medicamento. Este podrá ayudarle a decidir:

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

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 y TTY 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



B4. ¿Existen restricciones o limitaciones para la cobertura de medicamentos o requisitos que se deban cumplir para obtener ciertos medicamentos?

Sí, algunos medicamentos tienen requisitos de cobertura o límites en la cantidad que puede obtener. En algunos casos, usted o su médico u otro profesional que recete el medicamento deberán cumplir con ciertos requisitos antes de que usted pueda obtener el medicamento. Por ejemplo:

- **Autorización previa (PA) o aprobación:** Para ciertos medicamentos, usted o su médico u otro profesional que recete el medicamento deberán obtener la PA de Neighborhood INTEGRITY antes de que usted pueda obtener el medicamento. Neighborhood INTEGRITY podría no cubrir el medicamento si usted no obtiene autorización.
- **Límites de cantidad:** A veces, Neighborhood INTEGRITY limita la cantidad de medicamento que usted puede obtener.
- **Tratamiento escalonado:** A veces, Neighborhood INTEGRITY requiere que usted realice un tratamiento escalonado. Es decir, para el tratamiento de su enfermedad, tendrá que probar medicamentos en un determinado orden. Es posible que tenga que probar un medicamento antes de que le cubramos otro. Si su médico considera que el primer medicamento no funciona para usted, le cubriremos el segundo.

Usted puede averiguar si su medicamento tiene algún otro requisito o límite consultando las tablas que figuran en la sección C. También puede obtener información adicional visitando nuestro sitio web, www.nhpri.org/INTEGRITY. Hemos publicado documentos en línea en los cuales se explican nuestras restricciones en virtud de la PA y el tratamiento escalonado. También puede pedirnos que le enviemos una copia.

Puede solicitar una excepción a estos límites. Esto le dará tiempo de hablar con su médico o con el profesional que le receta el medicamento. El médico le ayudará a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que usted pueda tomar o si debe pedir una excepción. Para obtener más información sobre las excepciones, lea las preguntas B10-B12.

B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si hay requisitos que debo cumplir para obtener el medicamento?

La tabla de medicamentos de la sección C incluye una columna rotulada “Necessary actions, restrictions, or limits on use” (“Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”).

B6. ¿Qué sucede si Neighborhood INTEGRITY modifica sus normas sobre algunos medicamentos (por ejemplo, PA (aprobación), límites de

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 y TTY 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



cantidad y/o restricciones de tratamiento escalonado sobre un medicamento)?

En algunos casos, le informaremos con anticipación si agregamos o modificamos requisitos de PA, límites de cantidad y/o restricciones de tratamiento escalonado sobre un medicamento. Lea la pregunta B3 para obtener más información sobre esta notificación anticipada y las situaciones en las que quizás no podamos notificarle anticipadamente que se modificarán las reglas sobre los medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos.

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

Hay dos formas de encontrar un medicamento:

- Puede buscar en orden alfabético (si sabe cómo se escribe el nombre del medicamento) por el nombre del medicamento, **O**
- puede buscar por la enfermedad.

Para buscar **por orden alfabético**, consulte la sección Índice de medicamentos cubiertos. Puede encontrarla en la sección D.

Para buscar **por enfermedad**, busque la sección denominada “Drugs Grouped by Medical Condition” (“Medicamentos agrupados por enfermedad”) en la sección C1. En esta sección, los medicamentos están agrupados en categorías según el tipo de enfermedad para la que se utilizan. Por ejemplo, si usted tiene una enfermedad del corazón, debe buscar en la categoría **Cardiovascular**. Allí encontrará los medicamentos para tratar las enfermedades del corazón.

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

Si no encuentra su medicamento en la Lista de medicamentos, llame al Servicio de atención a los miembros, al 1-844-812-6896 (TTY 711) y pregunte por el medicamento. Si averigua que Neighborhood INTEGRITY no cubre ese medicamento, tiene las siguientes opciones:

- Pedir al Servicio de atención a los miembros una lista de medicamentos similares al que quiere tomar. Después mostrarle la lista a su médico o el profesional que le receta el medicamento. El médico puede recetarle un medicamento de la *Lista de medicamentos* que sea similar al que usted quiere tomar. **O**
- pedirle al plan de salud que haga una excepción y cubra el medicamento. Para obtener más información sobre las excepciones, lea las preguntas B10-B12.

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 y TTY 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



B9. ¿Qué sucede si soy un nuevo miembro de Neighborhood INTEGRITY y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos o tengo problemas para obtener mi medicamento?

Nosotros podemos ayudar. Podemos cubrir un suministro temporal para 30 días de su medicamento de la Parte D o un suministro para 90 días de su medicamento cubierto por Rhode Island Medicaid durante los primeros 90 días que usted sea miembro de Neighborhood INTEGRITY. Esto le dará tiempo de hablar con su médico o con el profesional que le receta el medicamento. El médico le ayudará a decidir si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que usted pueda tomar o si debe pedir una excepción.

Si se entrega una receta por menos días, autorizaremos múltiples reposiciones para proveer hasta un máximo de medicamento para 30 días.

Cubriremos un suministro para 30 días de su medicamento Parte D o un suministro para 90 días de su medicamento cubierto por Rhode Island Medicaid si:

- usted está tomando un medicamento que no está en la *Lista de medicamentos*, **o**
- las reglas del plan de salud no le permiten obtener la cantidad indicada por el médico que le extendió la receta, **o**
- el medicamento requiere PA de Neighborhood INTEGRITY, **o**
- usted está tomando un medicamento que tiene una restricción de tratamiento escalonado.

Si usted está en un hogar para personas de edad avanzada o en otro establecimiento de cuidados por tiempo prolongado y necesita un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, o si no puede obtener fácilmente el medicamento que necesita, podemos ayudarle. Si usted ha estado en el plan durante más de 90 días, vive en un establecimiento de cuidados a largo plazo, y necesita un suministro inmediatamente:

- Cubriremos un suministro para 31 días del medicamento que necesita (salvo que tenga una receta para menos días), independientemente de que usted sea o no sea un miembro nuevo de Neighborhood INTEGRITY.
- Esto es adicional al suministro temporal durante los primeros 90 días en que usted es Miembro de Neighborhood INTEGRITY.

Las transiciones del Nivel de atención se permiten para los miembros que recibieron el alta de una institución de atención a largo plazo en los últimos 30 días. Cubriremos un suministro acumulativo para 30 días del medicamento que necesita, independientemente de si es un miembro nuevo de Neighborhood INTEGRITY.

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 y TTY 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Las transiciones del Nivel de atención también se admiten en el caso de los miembros que fueron internados en una institución de atención a largo plazo durante los últimos 30 días. Cubriremos un suministro acumulativo para 31 días del medicamento que necesita (los límites de reposiciones son válidos para ciertos medicamentos de marca), independientemente de si es un miembro nuevo de Neighborhood INTEGRITY.

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

Sí. Puede pedirle a Neighborhood INTEGRITY que haga una excepción y cubra el medicamento que no está en la Lista de medicamentos.

También puede pedirnos que modifiquemos las reglas que se aplican a su medicamento.

- Por ejemplo, Neighborhood INTEGRITY puede limitar la cantidad de medicamento que cubrimos. Si su medicamento tiene un límite, puede pedirnos que modifiquemos el límite para que cubramos más cantidad.
- Otros ejemplos: Puede solicitarnos que no se apliquen las restricciones de tratamiento escalonado o PA.

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

Para solicitar una excepción, comuníquese con el Servicio de atención a los miembros. El Servicio de atención a los miembros trabajará con usted y su proveedor para ayudarle a solicitar una excepción. También puede leer el Capítulo 9 del *Manual del miembro* para obtener más información sobre las excepciones.

B12. ¿Cuánto demora obtener una excepción?

Después de recibir una declaración del médico que le da la receta en la que respalde su pedido de excepción, tomaremos nuestra determinación sobre su pedido de excepción y le informaremos en un plazo de 72 horas. El médico que le da la receta debe enviar la declaración por fax al 1-855-829-2875.

Si usted o su médico consideran que su salud se puede perjudicar si tiene que esperar 72 horas para obtener nuestra decisión puede solicitar una excepción acelerada. Se trata de una decisión más rápida. Si su médico respalda su pedido, le informaremos nuestra decisión dentro de las 24 horas de recibida la declaración de respaldo de su médico.

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos están preparados con los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Por lo general, cuestan menos que los medicamentos de marca y funcionan igual de bien. Usualmente, no tienen nombres muy conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA). Hay medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 y TTY 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



marca. Por lo general, los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, dependiendo de las leyes estatales.

Neighborhood INTEGRITY cubre medicamentos de marca y medicamentos genéricos.

B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y qué relación guardan con los biosimilares?

Cuando nos referimos a medicamentos, puede tratarse de un medicamento o de un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos comunes. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos comunes, en lugar de tener una forma genérica, tienen formas que se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien que el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Para más información sobre los tipos de medicamentos, consulte el capítulo 5 del *Manual del miembro*.

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

OTC es la sigla de “over-the-counter”, que significa “de venta libre”. Neighborhood INTEGRITY cubre algunos medicamentos OTC cuando están recetados por su proveedor médico.

Puede consultar la Lista de medicamentos de Neighborhood INTEGRITY para averiguar qué medicamentos OTC están cubiertos.

B16. ¿Neighborhood INTEGRITY cubre productos de venta libre (OTC) que no sean medicamentos?

Neighborhood INTEGRITY cubre algunos productos de venta libre (OTC) cuando su proveedor se los receta.

Algunos ejemplos de los productos de venta libre (OTC) que no son medicamentos incluyen a determinados insumos para análisis de orina y sangre, ciertos agentes saborizantes o tintes que pueden agregarse a los medicamentos líquidos y ciertas bases de crema usadas para compuestos.

Puede leer la Lista de medicamentos de Neighborhood INTEGRITY para averiguar qué productos de venta libre (OTC) se encuentran cubiertos.

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 y TTY 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



B17. ¿Cuál es mi copago?

Como miembro del plan Neighborhood INTEGRITY, usted no tiene que pagar copagos para los medicamentos recetados y OTC siempre y cuando usted cumpla con las reglas de Neighborhood INTEGRITY.

B18. ¿Qué son los niveles de medicamentos?

Los niveles son grupos de medicamentos incluidos en la *Lista de medicamentos*. Todos los niveles no tienen copagos según su plan de Neighborhood INTEGRITY.

- Los medicamentos del Nivel 1 son los genéricos.
- Los medicamentos del Nivel 2 son los de marca.
- Los medicamentos del Nivel 3 son los medicamentos ajenos a Medicare y los artículos y medicamentos de venta libre (OTC) cubiertos ajenos a Medicare.

C. Breve resumen de la *Lista de medicamentos cubiertos*

La *Lista de medicamentos cubiertos* le proporciona información sobre los medicamentos que cubre Neighborhood INTEGRITY. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la sección D. En el índice encontrará una lista de todos los medicamentos cubiertos por Neighborhood INTEGRITY en orden alfabético.

Nota: El símbolo DP al lado de un medicamento significa que el medicamento no es un “medicamento de la Parte D”. El monto que usted paga cuando adquiere este medicamento bajo receta no se tiene en consideración para calcular sus costos totales de medicamentos (es decir que el monto que paga no lo ayuda a calificar para cobertura catastrófica).

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

- Además, si está recibiendo Ayuda Adicional para pagar por sus recetas, no recibirá Ayuda Adicional para pagar estos medicamentos. Para obtener más información sobre Ayuda Adicional, consulte el recuadro que aparece previamente.
- Estos medicamentos también tienen diferentes reglas para las apelaciones. Una apelación es un recurso formal para pedir una revisión de la decisión de cobertura y modificarla si cree que hemos cometido un error. Por ejemplo, nosotros podríamos

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 y TTY 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



decidir que un medicamento que usted quiere no está cubierto o ha dejado de estar cubierto por Medicare o Rhode Island Medicaid.

- Si usted o su médico recetante no están de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación. Para pedir instrucciones sobre la forma de apelar, comuníquese con el Servicio de atención a los miembros llamando al 1-844-812-6896. También puede leer el Capítulo 9 del *Manual del miembro* para saber cómo apelar una decisión.

C1. Medicamentos agrupados por condición médica

En esta sección, los medicamentos están agrupados en categorías según el tipo de enfermedad para la que se utilizan. Por ejemplo, si usted tiene una enfermedad del corazón, debe buscar en la categoría **Cardiovascular**. Allí encontrará los medicamentos para tratar las enfermedades del corazón.

Significado de los códigos usados en la columna “Necessary actions, restrictions, or limits on use” (“Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”):

PA = Autorización previa (aprobación): debe contar con la aprobación previa del plan antes de poder obtener este medicamento

ST = Tratamiento escalonado: debe probar otro medicamento antes de poder recibir este.

QL = Límite de cantidad: Neighborhood INTEGRITY limita la cantidad de medicamento que puede obtener.

B/D = Este medicamento puede estar cubierto por la Parte B o la Parte D de Medicare. Según las circunstancias, es posible que se solicite una autorización previa (aprobación). Quizás resulte necesario presentar información en la cual se describa por qué y dónde (en qué entorno) utiliza este medicamento.

DP = Este medicamento no corresponde a la Parte D.

NDS = Suministro por tiempo no extendido. Este medicamento no está disponible para un suministro mayor a 30 días.

La primera columna del cuadro muestra el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúscula (por ejemplo, SYNTHROID), y los medicamentos genéricos están en minúscula y cursiva (por ejemplo, *levothyroxine*). La información en la columna “Medidas necesarias, restricciones o límites en uso” le indica si Neighborhood INTEGRITY tiene alguna regla para cubrir su medicamento.

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 y TTY 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS		
Agentes Alquilantes		
<i>bendamustine hcl intravenous solution 100 mg/4ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>carboplatin intravenous solution 150 mg/15ml, 450 mg/45ml, 50 mg/5ml, 600 mg/60ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>cisplatin intravenous solution 100 mg/100ml, 200 mg/200ml, 50 mg/50ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>cyclophosphamide injection solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>cyclophosphamide injection solution reconstituted 2 gm</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 1 gm/2ml, 1 gm/5ml, 1000 mg/10ml, 2 gm/10ml, 2 gm/4ml, 2000 mg/20ml, 500 mg/2.5ml, 500 mg/5ml, 500 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
FRINDOVYX INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/2ML, 2 GM/4ML, 500 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 2)	
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20ml, 200 mg/40ml, 50 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>oxaliplatin intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>oxaliplatin intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>vivimusta intravenous solution 100 mg/4ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
Agentes Antineoplásicos Hormonales		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
<i>abiraterone acetate oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
ABIRTEGA ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG/VIAL	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>fulvestrant intramuscular solution prefilled syringe 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
YONSA ORAL TABLET 125 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
Agentes Moleculares Dirigidos		
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (240 cápsulas cada 30 días); NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (240 cápsulas cada 30 días); NDS
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK ORAL THERAPY PACK 0.8 & 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 paquete cada 30 días); NDS
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (84 tabletas cada 28 días); NDS
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (28 tabletas cada 28 días); NDS
<i>bortezomib injection solution reconstituted 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>bortezomib injection solution reconstituted 3.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (150 cápsulas cada 25 días); NDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (360 cápsulas cada 30 días); NDS
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 cápsulas cada 30 días); NDS
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 cápsulas cada 28 días); NDS
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (112 cápsulas cada 28 días); NDS
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (84 cápsulas cada 28 días); NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 cápsulas cada 28 días); NDS
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (63 tabletas cada 28 días); NDS
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (112 tabletas cada 28 días); NDS
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (150 tabletas cada 30 días); NDS
<i>everolimus oral tablet soluble 3 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
<i>everolimus oral tablet soluble 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (21 cápsulas cada 28 días); NDS
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (84 cápsulas cada 28 días); NDS
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (21 cápsulas cada 28 días); NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (168 cápsulas cada 28 días); NDS
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (84 cápsulas cada 28 días); NDS
GOMEKLI ORAL TABLET SOLUBLE 1 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (168 tabletas cada 28 días); NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600-10000 MG-UNT/5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
HERCEPTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
HERZUMA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (21 cápsulas cada 28 días); NDS
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (21 tabletas cada 28 días); NDS
IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (216 ml cada 27 días); NDS
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>imkeldi oral solution 80 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (280 ml cada 28 días); NDS
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (28 tabletas cada 28 días); NDS
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
KADCYLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 160 MG	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
KANJINTI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (21 tabletas cada 28 días); NDS
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (42 tabletas cada 28 días); NDS
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (63 tabletas cada 28 días); NDS
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (49 tabletas cada 28 días); NDS
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (70 tabletas cada 28 días); NDS
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (91 tabletas cada 28 días); NDS
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (240 cápsulas cada 30 días); NDS
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (240 tabletas cada 30 días); NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (84 tabletas cada 28 días); NDS
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (112 tabletas cada 28 días); NDS
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (140 tabletas cada 28 días); NDS
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1260 ml cada 30 días); NDS
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
MONJUVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
<i>nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (112 cápsulas cada 28 días); NDS
<i>nilotinib hcl oral capsule 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (3 cápsulas cada 28 días); NDS
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 25 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (96 ml cada 28 días); NDS
OJEMDA ORAL TABLET 100 MG, 100 MG (16 PACK), 100 MG (24 PACK)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (24 tabletas cada 28 días); NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>pazopanib hcl oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (28 tabletas cada 28 días); NDS
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 60-60-2000 MG-MG-U/ML, 80-40-2000 MG-MG-U/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (28 tabletas cada 28 días); NDS
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (240 cápsulas cada 30 días); NDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (240 tabletas cada 30 días); NDS
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 cápsulas cada 28 días); NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 cápsulas cada 30 días); NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
ROZLYTREK ORAL PACKET 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (336 paquetes cada 28 días); NDS
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (224 cápsulas cada 28 días); NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (300 tabletas cada 30 días); NDS
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (84 tabletas cada 28 días); NDS
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (112 tabletas cada 28 días); NDS
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (900 tabletas cada 30 días); NDS
TAGRISSE ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (112 cápsulas cada 28 días); NDS
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (240 tabletas cada 30 días); NDS
TECENTRIQ HYBREZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1875-30000 MG-UT/15ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 frasco cada 21 días); NDS
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1200 MG/20ML, 840 MG/14ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
TORPENZ ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (64 tabletas cada 28 días); NDS
TRUQAP ORAL TABLET THERAPY PACK 160 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 paquetes cada 28 días); NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (112 tabletas cada 28 días)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (112 tabletas cada 28 días); NDS
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (42 tabletas cada 28 días); NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 cápsulas cada 30 días); NDS
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (300 ml cada 30 días); NDS
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
VORANIGO ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 cápsulas cada 30 días); NDS
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (240 cápsulas cada 30 días); NDS
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 tabletas cada 28 días); NDS
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (16 tabletas cada 28 días); NDS
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 tabletas cada 28 días); NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 tabletas cada 28 días); NDS
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 tabletas cada 28 días); NDS
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (24 tabletas cada 28 días); NDS
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 tabletas cada 28 días); NDS
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (32 tabletas cada 28 días); NDS
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (240 tabletas cada 30 días); NDS
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (84 tabletas cada 28 días); NDS
Agentes Protectores		
<i>leucovorin calcium injection solution 500 mg/50ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>leucovorin calcium injection solution reconstituted 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mesna oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
Antimetabolitos		
<i>azacitidine injection suspension reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>cytarabine injection solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gm/20ml, 2.5 gm/50ml, 5 gm/100ml, 500 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>gemcitabine hcl intravenous solution 1 gm/26.3ml, 2 gm/52.6ml, 200 mg/5.26ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>gemcitabine hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (5 tabletas cada 28 días); NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (100 tabletas cada 28 días); NDS
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (80 tabletas cada 28 días); NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>mercaptopurine oral suspension 2000 mg/100ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 1 gm/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (14 tabletas cada 28 días); NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
Diversos		
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 jeringas cada 28 días); NDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (300 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>doxorubicin hcl intravenous solution 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>irinotecan hcl intravenous solution 100 mg/5ml, 300 mg/15ml, 40 mg/2ml, 500 mg/25ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (240 tabletas cada 30 días); NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
Inhibidores Mitóticos		
<i>docetaxel intravenous concentrate 160 mg/8ml, 80 mg/4ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>docetaxel intravenous concentrate 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16ml, 20 mg/2ml, 80 mg/8ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
DOCIVYX INTRAVENOUS SOLUTION 160 MG/16ML, 20 MG/2ML, 80 MG/8ML	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>etoposide intravenous solution 1 gm/50ml, 100 mg/5ml, 500 mg/25ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>paclitaxel intravenous concentrate 100 mg/16.7ml, 150 mg/25ml, 30 mg/5ml, 300 mg/50ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>paclitaxel protein-bound part intravenous suspension reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>vincristine sulfate intravenous solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>vinorelbine tartrate intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
Inmunomoduladores		
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (28 cápsulas cada 28 días); NDS
<i>lenalidomide oral capsule 20 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (21 cápsulas cada 28 días); NDS
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (21 cápsulas cada 28 días); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (112 cápsulas cada 28 días); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 cápsulas cada 28 días); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (84 cápsulas cada 28 días); NDS
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
Agentes Autoinmunes		
<i>adalimumab-aacf (2 pen) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 plumas cada 365 días); NDS
<i>adalimumab-aacf (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 40 mg/0.8ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 jeringas cada 365 días); NDS
<i>adalimumab-aacf(cdluc/hs str) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 paquetes cada año); NDS
<i>adalimumab-aacf(psluv starter) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 paquetes cada año); NDS
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (32 jeringas cada 365 días); NDS
COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION 125 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (32 plumas cada 365 días); NDS
COSENTYX SENSOREADY PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (32 plumas cada 365 días); NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (32 jeringas cada 365 días); NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (16 jeringas cada 365 días); NDS
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (16 plumas cada 365 días); NDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 plumas cada 28 días); NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 jeringas cada 28 días); NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 recambios cada 28 días); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (16 frascos cada 28 días); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (16 jeringas cada 28 días); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 jeringas cada 28 días); NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 plumas cada 28 días); NDS
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (6 plumas cada 28 días); NDS
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 plumas cada 28 días); NDS
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 jeringas cada 28 días); NDS
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 jeringas cada 28 días); NDS
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (6 jeringas cada 28 días); NDS
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (3 plumas cada 28 días); NDS
HUMIRA-PED>=40KG UC STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 plumas cada 28 días); NDS
HUMIRA-PSORIASIS/VEIT STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (3 plumas cada 28 días); NDS
IDACIO (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 plumas cada 365 días); NDS
IDACIO (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 jeringas cada 365 días); NDS
IDACIO-CROHNS/UC STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 paquetes cada año); NDS
IDACIO-PSORIASIS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 paquetes cada año); NDS
<i>infliximab intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
PYZCHIVA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
PYZCHIVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 frasco cada 28 días); NDS
PYZCHIVA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 jeringa cada 28 días)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
PYZCHIVA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 jeringa cada 28 días); NDS
REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
RENFLEXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (360 ml cada 30 días); NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 45 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (168 tabletas cada año); NDS
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 600 MG/10ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (6 plumas cada 365 días); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 180 MG/1.2ML, 360 MG/2.4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 recambio cada 56 días); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (6 jeringas cada 365 días); NDS
SOTYKTU ORAL TABLET 6 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 frasco cada 28 días); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 jeringa cada 28 días); NDS
TREMFYA CROHNS INDUCTION SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 plumas cada 28 días); NDS
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 pluma cada 28 días); NDS
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 plumas cada 28 días); NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 jeringa cada 28 días); NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/2ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 jeringas cada 28 días); NDS
TYENNE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10ML, 400 MG/20ML, 80 MG/4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 162 MG/0.9ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 plumas cada 28 días); NDS
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 jeringas cada 28 días); NDS
VELSIPITY ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (480 ml cada 24 días); NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	\$0 (Nivel 2)	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 frasco cada 28 días)
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 jeringa cada 28 días)
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 jeringa cada 28 días); NDS
Fármacos Antirreumáticos Modificadores De La Enfermedad (Farme)		
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
Inmunoglobulinas		
ALYGLO INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
GAMASTAN INTRAMUSCULAR INJECTABLE	\$0 (Nivel 2)	B/D
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/20ML, 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2 GM/20ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
Inmunomoduladores		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
Inmunosupresores		
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.5 MG, 1 MG	\$0 (Nivel 2)	B/D
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5 MG	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
BENLYSTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 jeringas cada 28 días); NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 jeringas cada 28 días); NDS
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 1)	B/D
GENGRAF ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	\$0 (Nivel 2)	B/D
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Vacunas		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	\$0 (Nivel 1)	
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
<i>bcg vaccine injection solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	\$0 (Nivel 1)	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	\$0 (Nivel 1)	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	\$0 (Nivel 1)	
DENGVAIXA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 lfu/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
ENGRIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
ENGRIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML	\$0 (Nivel 1)	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720 EL U/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	\$0 (Nivel 1)	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10	\$0 (Nivel 1)	
IPOL INJECTION INJECTABLE	\$0 (Nivel 1)	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (Nivel 1)	
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	B/D

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nivel 1)	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
<i>penmenvy intramuscular suspension reconstituted</i>	\$0 (Nivel 1)	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (Nivel 1)	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
ROTARIX ORAL SUSPENSION	\$0 (Nivel 1)	
ROTATEQ ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	QL (2 frascos por vida)
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION)	\$0 (Nivel 1)	B/D
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML, 2.4 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nivel 1)	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML	\$0 (Nivel 1)	
VARIVAX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED 1350 PFU/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 40 MCG/0.8ML	\$0 (Nivel 1)	
VIVOTIF ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	\$0 (Nivel 1)	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)	\$0 (Nivel 1)	

ANALGÉSICOS

Aine

<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml, 200 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ft ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft ibuprofen ib childrens oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp ibuprofen childrens oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense ibuprofen childrens oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>goodsense ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
IBU ORAL TABLET 400 MG, 600 MG, 800 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml, 200 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ibuprofen junior strength oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>infants ibuprofen oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>meijer ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>naproxen dr oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>qc childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm ibuprofen ib childrens oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm ibuprofen ib oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm infants ibuprofen oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Analgésicos Opioides, De Acción Prolongada		
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr, 20 mcg/hr, 5 mcg/hr, 7.5 mcg/hr</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (4 parches cada 28 días)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 37.5 mcg/hr, 50 mcg/hr, 62.5 mcg/hr, 75 mcg/hr, 87.5 mcg/hr</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (10 parches cada 30 días)
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 100 mg, 120 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
METHADONE HCL INTENSOL ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 ml cada 30 días)
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (450 ml cada 30 días)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
OXYCONTIN ORAL TABLET ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
Analgésicos Opioides, De Acción Rápida		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2700 ml cada 30 días)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (400 tabletas cada 30 días)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (360 tabletas cada 30 días)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>butorphanol tartrate injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
ENDOCET ORAL TABLET 2.5-325 MG, 5-325 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (360 tabletas cada 30 días)
ENDOCET ORAL TABLET 7.5-325 MG	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2700 ml cada 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 tabletas cada 30 días)
<i>hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (600 ml cada 30 días)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 ml cada 30 días)
<i>morphine sulfate intravenous solution 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (900 ml cada 30 días)
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>nalbuphine hcl injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 ml cada 30 días)
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (900 ml cada 30 días)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (360 tabletas cada 30 días)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Diversos		
<i>8 hr arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen 8 hour oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen childrens oral solution 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen childrens oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen er oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen oral solution 160 mg/5ml, 325 mg/10.15ml, 650 mg/20.3ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen oral suspension 160 mg/5ml, 650 mg/20.3ml, 80 mg/2.5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen oral tablet 325 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acetaminophen rectal suppository 120 mg, 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
APHEN ORAL TABLET 325 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>arthritis pain reliever oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin adult low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin adult low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin ec adult low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin ec low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin oral tablet delayed release 325 mg, 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin rectal suppository 300 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aspirin regimen oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens acetaminophen oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens apap oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ECOTRIN ARTHRTIS PAIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE 325 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
ECOTRIN LOW STRENGTH ORAL TABLET DELAYED RELEASE 81 MG	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ECOTRIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE 325 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ed-apap oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FEVERALL ADULTS RECTAL SUPPOSITORY 650 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FEVERALL CHILDRENS RECTAL SUPPOSITORY 120 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FEVERALL INFANTS RECTAL SUPPOSITORY 80 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FEVERALL JUNIOR STRENGTH RECTAL SUPPOSITORY 325 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft children's pain/fever oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft enteric coated aspirin oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft pain relief adult extra st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp 8 hour arthritis relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp 8 hour pain reliever oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp acetaminophen oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp acetaminophen oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp aspirin oral tablet delayed release 325 mg, 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp children's pain & fever oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp infants pain/fever oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense arthritis pain oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense aspirin adults oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>goodsense pain & fever child oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense pain relief extra st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HEALTHY MAMA SHAKE THAT ACHE ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm adult aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lidocaine hcl (pf) injection solution 0.5 %, 1 %, 1.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>lidocaine hcl injection solution 0.5 %, 1 %, 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>liquid acetaminophen oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>liquid pain relief oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MAPAP CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE 160 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mapap oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mapap oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>m-pap oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>non-aspirin extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>non-aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pain relief oral liquid 500 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pain relief regular strength oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARBETOL EXTRA STRENGTH ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARBETOL ORAL TABLET 325 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc acetaminophen 8 hours oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc acetaminophen infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc enteric aspirin oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc non-aspirin extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc pain relief childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>qc pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm arthritis pain reliever oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm aspirin adult low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain reliever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain reliever ex st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pain reliever oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tri-buffered aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Gota		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
ANTIINFECTIVOS		
Agentes Antirretrovirales		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
EDURANT PED ORAL TABLET SOLUBLE 2.5 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 2)	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	QL (400 ml cada 30 días); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (240 tabletas cada 30 días); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (480 tabletas cada 30 días)
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG, 5 X 300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 2)	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	\$0 (Nivel 2)	NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Agentes Antituberculosos		
<i>cycloserine oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
Agentes Combinados Antirretrovirales		
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet 600-200-300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>emtricitab-rilpivir-tenofov df oral tablet 200-25-300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
KALETRA ORAL SOLUTION 400-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>trimeq pd oral tablet soluble 60-5-30 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>micafungin sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>posaconazole oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (630 ml cada 30 días); NDS
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (93 tabletas cada 30 días); NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (600 ml cada 28 días); NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (480 tabletas cada 30 días)
Antiinfectivos, Varios		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (672 tabletas cada año); NDS
<i>amikacin sulfate injection solution 1 gm/4ml, 500 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION 590 MG/8.4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (300 ml cada 30 días)
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
BINAXNOW COVID-19 AG HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
CARESTART COVID-19 HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clindamycin phosphate in nacl intravenous solution 300-0.9 mg/50ml-%, 600-0.9 mg/50ml-%, 900-0.9 mg/50ml-%</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
CLINITEST RAPID COVID-19 TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>covid-19 at-home test in vitro kit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs covid-19 at home test kit in vitro kit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs pinworm treatment oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
DIATRUST COVID-19 HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ellume covid-19 home test in vitro kit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (12 tabletas cada año); NDS
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%, 2-0.9 mg/ml-%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gentamicin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gnp antibacterial urinary pain oral tablet 162-162.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
IHEALTH COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
INDICAID COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (12 tabletas cada 90 días)
<i>ivermectin oral tablet 6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (10 tabletas cada 90 días)
<i>linezolid in sodium chloride intravenous solution 600-0.9 mg/300ml-%</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (1800 ml cada 30 días); NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (6 tabletas cada 30 días); NDS
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
ON/GO COVID-19 ANTIGEN TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
ON/GO ONE COVID-19 HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pin-away oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pinworm medicine oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>polymyxin b sulfate injection solution reconstituted 500000 unit</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
<i>qc urinary pain relief oral tablet 162-162.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>reeses pinworm medicine oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SPEEDY SWAB COVID-19 ANTIGEN IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE 28 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 1.2 gm/30ml, 10 mg/ml, 2 gm/50ml, 80 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>vancomycin hcl in nacl intravenous solution 1-0.9 gm/200ml-%, 500-0.9 mg/100ml-%, 750-0.9 mg/150ml-%</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 1.25 gm, 1.5 gm, 10 gm, 5 gm, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (80 cápsulas cada 180 días)
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (160 cápsulas cada 180 días)
Antimalariales		
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
Antivirales		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	ST; NDS
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG, 200-50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG, 45-200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (336 tabletas cada 28 días); NDS
MAVYRET ORAL PACKET 50-20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (168 cápsulas cada año)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (84 cápsulas cada año)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1080 ml cada año)
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 X 150 MG & 10 X 100MG	\$0 (Nivel 1)	QL (40 tabletas cada 90 días)
PAXLOVID (300/100 & 150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 6 X 150 MG & 5 X 100MG	\$0 (Nivel 1)	QL (22 tabletas cada 90 días)
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 X 150 MG & 10 X 100MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 90 días)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (28 tabletas cada 28 días); NDS
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (6 inhaladores cada año)
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 40 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (1 tableta cada 180 días)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (1 tableta cada 180 días)
Cefalosporinas		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm, 3 gm, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 2 gm, 3 gm</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cefazolin sodium-dextrose intravenous solution 1-4 gm/50ml-%, 2-4 gm/100ml-%, 3-4 gm/150ml-%</i>	\$0 (Nivel 2)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>cefazolin sodium-dextrose intravenous solution reconstituted 1-4 gm-%(50ml), 2-3 gm-%(50ml), 3-2 gm-%(50ml)</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefotetan disodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 6 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
TAZICEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM	\$0 (Nivel 1)	
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM, 2 GM, 6 GM	\$0 (Nivel 1)	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
Eritromicinas/Macrólidas		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>azithromycin oral packet 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
E.E.S. 400 ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nivel 1)	
ERY-TAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE 250 MG, 333 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 1)	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>erythromycin lactobionate intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>erythromycin oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fidaxomicin oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
Fluoroquinolonas		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml, 400 mg/200ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 250 mg/50ml, 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution 400 mg/250ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 15 (10-5) gm, 3 (2-1) gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION REFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>oxacillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit, 5000000 unit</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
PFIZERPEN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 20000000 UNIT, 5000000 UNIT	\$0 (Nivel 1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 13.5 (12-1.5) gm, 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
Tetraciclinas		
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NUZYRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 14 días); NDS
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
CARDIOVASCULAR		
Alfabloqueantes		
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antagonistas Del Receptor De Aldosterona		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antagonistas Del Receptor De Angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>candesartan cilexetil oral tablet 32 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hcl intravenous solution 150 mg/3ml, 450 mg/9ml, 900 mg/18ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
PACERONE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antilipémicos, Fibratos		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antilipémicos, Inhibidores De La Reductasa De Hmg-CoA		
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
Antilipémicos, Varios		
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cholestyramine light oral powder 4 gm/dose</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cholestyramine oral powder 4 gm/dose</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colestipol hcl oral granules 5 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	PA

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
PREVALITE ORAL PACKET 4 GM	\$0 (Nivel 1)	
PREVALITE ORAL POWDER 4 GM/DOSE	\$0 (Nivel 1)	
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM	\$0 (Nivel 2)	
Betabloqueadores		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>nebivolol hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Bloqueadores De Los Canales De Calcio		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>diltiazem hcl intravenous solution 125 mg/25ml, 25 mg/5ml, 50 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
TIADYLT ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>verapamil hcl intravenous solution 2.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Combinaciones Beta-Bloqueadores/Diuréticos		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Combinaciones De Antagonistas Del Receptor De Angiotensina II		
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
ENTRESTO ORAL CAPSULE SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (240 cápsulas cada 30 días)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 80-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
Combinaciones De Inhibidores De Eca		
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Diuréticos		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Diversos		
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	QL (450 ml cada 30 días)
<i>digoxin injection solution 0.25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>epinephrine (anaphylaxis) injection solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>hydralazine hcl injection solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ivabradine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
Hipertensión Arterial Pulmonar		
ALYQ ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
<i>bosentan oral tablet soluble 32 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (360 tabletas cada 30 días)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>tadalafil (pah) oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
<i>treprostinil injection solution 100 mg/20ml, 20 mg/20ml, 200 mg/20ml, 50 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
YUTREPIA INHALATION CAPSULE 106 MCG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (224 cápsulas cada 28 días); NDS
YUTREPIA INHALATION CAPSULE 26.5 MCG, 53 MCG, 79.5 MCG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (140 cápsulas cada 28 días); NDS
Inhibidores De Ace		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Nitratos		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	\$0 (Nivel 1)	
DIVERSOS		
Diversos		
<i>1st base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ARBEM H-COSMETIC EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
ARBEM LIOPEN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>az cream external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BASE PCCA CLARIFYING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
CLEODERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cream base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>emollient base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>gnp petroleum jelly external gel</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm petroleum jelly external gel</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hydrous emulsified base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>melatonin oral liquid 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>microderm base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MICROSOME BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oral suspend oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ORAPENN SD ANHYD SWEETENED ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
ORAPENN SD ANHYD UNSWEETEN ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
ORA-PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
PCCA BASE 7542 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PCCA EMOLLIENT CREAM BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>petroleum jelly external gel</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PFCB EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARMABASE ANTIOXIDANT EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARMABASE COSMETIC EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARMABASE COSMETIC NATURAL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARMABASE LIGHT EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PHARMABASE VAGINAL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PHYTOBASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>polyethylene glycol 3350 powder</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc petroleum jelly external gel 99.89 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>scar care external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm alcohol solution 70 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SYRSPEND SF ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
U-BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
VANIBASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vanishing cream botanical base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>versatile cream base external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VERSIGEL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>white petroleum jelly external gel</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>wound care external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
XCEL 100 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
ENDOCRINO Y METABÓLICO		
Agentes Antitiroideos		
LEVO-T ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nivel 2)	
UNITHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nivel 1)	
Agentes Elevadores De Glucosa		
<i>cvs glucose oral gel 40 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
GLUTOSE 5 ORAL GEL 40 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>value plus glucose oral gel 40 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6ML	\$0 (Nivel 2)	
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.6 MG/0.6ML	\$0 (Nivel 2)	
Agentes Quelantes		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>deferasirox oral tablet soluble 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>deferasirox oral tablet soluble 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
KIONEX COMBINATION SUSPENSION 15 GM/60ML	\$0 (Nivel 1)	
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM	\$0 (Nivel 2)	
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) COMBINATION SUSPENSION 15 GM/60ML	\$0 (Nivel 1)	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) RECTAL SUSPENSION 30 GM/120ML	\$0 (Nivel 1)	
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
Analógicos De Vitamina D		
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Andrógenos		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
DEPO-TESTOSTERONE INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML, 200 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>methyldosterone oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (600 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%), 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (300 g cada 30 días)
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/act (1.62%)</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (150 g cada 30 días)
Anticonceptivos		
AFIRMELLE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>aimsco lubricated</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
AMETHIA ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 1)	
AMETHYST ORAL TABLET 90-20 MCG	\$0 (Nivel 1)	
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
ASHLYNA ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 1)	
AUBRA EQ ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
AUROVELA 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
AUROVELA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 1)	
AUROVELA FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
AUROVELA FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
AYUNA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
AZURETTE ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nivel 1)	
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
BLISOVI 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 1)	
BLISOVI FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
CAMRESE LO ORAL TABLET 0.1-0.02 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 1)	
CAMRESE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 1)	
CHATEAL EQ ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
CRYSSELLE-28 ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
CYRED EQ ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
DASETTA 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
DASETTA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
DAYSEE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 1)	
DEBLITANE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 104 MG/0.65ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	\$0 (Nivel 1)	
DOLISHALE ORAL TABLET 90-20 MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>drospiren-eth estrad-levomefol oral tablet 3-0.02-0.451 mg, 3-0.03-0.451 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
DUREX REALFEEL DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
ELINEST ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
ELURYNG VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	\$0 (Nivel 1)	
EMZAHH ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
ENILLORING VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	\$0 (Nivel 1)	
ENPRESSE-28 ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0 (Nivel 1)	
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
ESTARYLLA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	
FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
FANTASY LUBRICATED	\$0 (Nivel 3)	DP
FANTASY LUBRICATED/SPERMICIDE	\$0 (Nivel 3)	DP
FC2 FEMALE CONDOM	\$0 (Nivel 3)	DP
FEIRZA 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
FEIRZA 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
FINZALA ORAL TABLET CHEWABLE 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 1)	
GALBRIELA ORAL TABLET CHEWABLE 0.8-25 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
HAILEY 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
HAILEY 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
HALOETTE VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	\$0 (Nivel 1)	
HEATHER ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
ICLEVIA ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	
INCASSIA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
INTROVALE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	
ISIBLOOM ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
JAIMIESS ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 1)	
JASMIEL ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nivel 1)	
JOLESSA ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	
JULEBER ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
JUNEL 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
JUNEL 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
JUNEL FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
JUNEL FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
JUNEL FE 24 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 1)	
KAITLIB FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.8-25 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
KARIVA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nivel 1)	
KELNOR 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
KELNOR 1/50 ORAL TABLET 1-50 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>kimono</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
KIMONO COLORS DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
KIMONO MAXX-LARGE FLARE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kimono micro thin</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kimono micro thin plus</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kimono plus</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kimono sensation</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kimono sensation plus</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
KIMONO SPECIAL DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
KURVELO ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LARIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LARIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LARIN 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 1)	
LARIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LARIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LAYOLIS FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.8-25 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LESSINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LEVONEST ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.1-0.02 & 0.01 mg, 0.15-0.03 & 0.01 mg, 0.15-0.03 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg, 90-20 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/125-30 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
LEVORA 0.15/30 (28) ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.1 MCG/DAY	\$0 (Nivel 2)	
LOESTRIN 1.5/30 (21) ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LOESTRIN 1/20 (21) ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LOESTRIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LOESTRIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LOJAIMIESS ORAL TABLET 0.1-0.02 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 1)	
LORYNA ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nivel 1)	
LOW-OGESTREL ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LUTERA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
LYLEQ ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
LYZA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>maxx</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>maxx plus</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
MELEYA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
MIBELAS 24 FE ORAL TABLET CHEWABLE 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 1)	
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
MILI ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
MONO-LINYAH ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT 68 MG	\$0 (Nivel 2)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nivel 1)	
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr	\$0 (Nivel 1)	
norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable 1-20 mg-mcg(24)	\$0 (Nivel 1)	
norethindrone acet-ethinyl est oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg	\$0 (Nivel 1)	
norethindrone oral tablet 0.35 mg	\$0 (Nivel 1)	
norethin-eth estradiol-fe oral tablet chewable 0.4-35 mg-mcg	\$0 (Nivel 1)	
norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg	\$0 (Nivel 1)	
norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg	\$0 (Nivel 1)	
NORLYROC ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
NYLIA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
NYLIA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	
ORQUIDEA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
PHILITH ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
PIMTREA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nivel 1)	
PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
REALITY LATEX CONDOMS	\$0 (Nivel 3)	DP
RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
RIVELSA ORAL TABLET 42-21-21-7 DAYS	\$0 (Nivel 1)	
ROSYRAH ORAL TABLET 42-21-21-7 DAYS	\$0 (Nivel 1)	
SETLAKIN ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 1)	
SIMLIYA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nivel 1)	
SIMPESSE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 1)	
SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
SYEDA ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	
TARINA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 1)	
TARINA FE 1/20 EQ ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
TILIA FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-LINYAH ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-LO-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-LO-MARZIA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-LO-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-LO-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-NYMYO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-VYLIBRA LO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRI-VYLIBRA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nivel 1)	
TRUSTEX LUB/RIBBED/STUDD	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX ST	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX LUBRICATED	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX LUBRICATED EX LARGE	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX LUBRICATED EXTRA ST	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMICIDE	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX NON-LUBRICATED	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX RIA LUBRICATED	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED	\$0 (Nivel 3)	DP
TRUSTEX-NONOXYNOL-9/RIB/STUD	\$0 (Nivel 3)	DP
TURQOZ ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
TYDEMY ORAL TABLET 3-0.03-0.451 MG	\$0 (Nivel 1)	
VALTYA 1/50 ORAL TABLET 1-50 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG	\$0 (Nivel 1)	
VESTURA ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nivel 1)	
VIENVA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
<i>viorele oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
VYLIBRA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
WERA ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
WYMZYA FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
XARAH FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
XELRIA FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
XULANE TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0 (Nivel 1)	
ZAFEMY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0 (Nivel 1)	
ZOVIA 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	
ZUMANDIMINE ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0 (Nivel 1)	
Antidiabéticos, Insulinas		
ADMELOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
ADMELOG SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	\$0 (Nivel 2)	PA
BASAGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
CEQUR SIMPLICITY 2U DEVICE	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (10 parches cada 30 días)
CEQUR SIMPLICITY 2U DEVICE	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 parches cada 24 días)
CEQUR SIMPLICITY INSERTER	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 insertadores al año)
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>cvs gauze sterile pad 2"x2"</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM	\$0 (Nivel 2)	PA
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
FIASP INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>global alcohol prep ease pad 70 %</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 KIT	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 kit cada año)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (15 cápsulas cada 30 días)
OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN 5) KIT	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 kit cada año)
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (15 cápsulas cada 30 días)
OMNIPOD 5 LIBRE2 G6 INTRO G5 KIT	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 kit cada año)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (15 cápsulas cada 30 días)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (15 cápsulas cada 30 días)
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 kit cada año)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (15 cápsulas cada 30 días)
OMNIPOD GO KIT 10 UNIT/24HR, 15 UNIT/24HR, 20 UNIT/24HR, 25 UNIT/24HR, 30 UNIT/24HR, 35 UNIT/24HR, 40 UNIT/24HR	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (15 cápsulas cada 30 días)
<i>preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	\$0 (Nivel 2)	PA
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	\$0 (Nivel 2)	QL (5 plumas cada 25 días)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	\$0 (Nivel 2)	QL (5 plumas cada 30 días)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Antidiabéticos		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (75 tabletas cada 30 días)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 tabletas cada 30 días)
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 10 MG/0.5ML, 12.5 MG/0.5ML, 15 MG/0.5ML, 2.5 MG/0.5ML, 5 MG/0.5ML, 7.5 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 plumas cada 28 días)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/3ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 pluma cada 28 días)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 pluma cada 28 días)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 pluma cada 28 días)
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 tabletas cada 30 días)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
SYNJARDY ORAL TABLET 5-500 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (120 tabletas cada 30 días)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 5-1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 plumas cada 28 días)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
Diversos		
ALDURAZyme INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>betaine oral powder</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
CEREZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 UNIT	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>charcoal powder</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D; QL (60 tabletas cada 30 días)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
CVS KETONE CARE IN VITRO STRIP	\$0 (Nivel 3)	DP
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>desmopressin acetate injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>desmopressin acetate pf injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>desmopressin acetate spray nasal solution 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 35 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
GENOTROPIN MINISQUICK SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 0.2 MG	\$0 (Nivel 2)	PA
GENOTROPIN MINISQUICK SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 0.4 MG, 0.6 MG, 0.8 MG, 1 MG, 1.2 MG, 1.4 MG, 1.6 MG, 1.8 MG, 2 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
JAVYGTOR ORAL PACKET 100 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
JAVYGTOR ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
KETO-DIASTIX IN VITRO STRIP	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lanreotide acetate subcutaneous solution 120 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
LUMIZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 500 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML, 60 MG/0.2ML, 90 MG/0.3ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG	\$0 (Nivel 2)	PA
Estrógenos		
ABIGALE LO ORAL TABLET 0.5-0.1 MG	\$0 (Nivel 2)	
ABIGALE ORAL TABLET 1-0.5 MG	\$0 (Nivel 2)	
DOTTI TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	\$0 (Nivel 2)	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
FYAVOLV ORAL TABLET 0.5-2.5 MG-MCG, 1-5 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
JINTELI ORAL TABLET 1-5 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
LYLLANA TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	\$0 (Nivel 2)	
MIMVEY ORAL TABLET 1-0.5 MG	\$0 (Nivel 2)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	
YUVAFEM VAGINAL TABLET 10 MCG	\$0 (Nivel 1)	
Glucocorticoides		
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dexamethasone sod phos (pf) injection solution prefilled syringe 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dexamethasone sod phosphate pf injection solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 100 mg/10ml, 120 mg/30ml, 20 mg/5ml, 4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution prefilled syringe 4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrocortisone sod suc (pf) injection solution reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 1000 mg, 125 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5ml, 25 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	\$0 (Nivel 1)	
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 1000 MG, 250 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 2)	
Non-Frf		
ADIPEX-P ORAL TABLET 37.5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>benzphetamine hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diethylpropion hcl er oral tablet extended release 24 hour 75 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diethylpropion hcl oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
LOMAIRA ORAL TABLET 8 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>orlistat oral capsule 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phendimetrazine tartrate oral tablet 35 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phentermine hcl oral capsule 15 mg, 30 mg, 37.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phentermine hcl oral tablet 37.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
QSYMIA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11.25-69 MG, 15-92 MG, 3.75-23 MG, 7.5-46 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
XENICAL ORAL CAPSULE 120 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
Progestinas		
GALLIFREY ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Reguladores De Calcio		
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>	\$0 (Nivel 1)	ST
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 70 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
BONSITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 560 MCG/2.24ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>pamidronate disodium intravenous solution 30 mg/10ml, 90 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>pamidronate disodium intravenous solution 6 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 180 días)
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg, 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack), 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	ST
<i>teriparatide subcutaneous solution pen-injector 560 mcg/2.24ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
WYOST SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>zoledronic acid intravenous concentrate 4 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>zoledronic acid intravenous solution 5 mg/100ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
GASTROINTESTINAL		
Antagonistas Del Receptor H2		
<i>famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>famotidine intravenous solution 200 mg/20ml, 40 mg/4ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>famotidine premixed intravenous solution 20-0.9 mg/50ml-%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antiácidos		
ALMACONE DOUBLE STRENGTH ORAL SUSPENSION 400-400-40 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>alum & mag hydroxide-simeth oral suspension 1200-1200-120 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aluminum hydroxide gel oral suspension 320 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antacid & antigas oral suspension 2400-2400-240 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antacid calcium oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antacid calcium rich oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antacid maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml, 800-800-80 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antacid oral suspension 400-400-40 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antacid/antigas oral suspension 400-400-40 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carbonate antacid oral suspension 1250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carbonate antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CAL-GEST ANTACID ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft antacid & antigas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft antacid regular strength oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>geri-lanta maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>geri-lanta oral suspension 1200-1200-120 mg/30ml, 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>geri-mox oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp antacid & anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>gnp antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp magnesium oxide oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense advanced antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense antacid & gas relief oral suspension 400-400-40 mg/10ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HEALTHY MAMA TAME THE FLAME ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mag-al plus oral liquid 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mag-al plus xs oral liquid 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magnesium oxide oral tablet 250 mg, 400 mg, 420 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magnesium-aluminum-simethicone oral suspension 2400-2400-240 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MAOX ORAL TABLET 420 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mintox maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MINTOX ORAL SUSPENSION 200-200-20 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
MINTOX PLUS ORAL TABLET CHEWABLE 200-200-25 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MYLANTA MAXIMUM STRENGTH ORAL SUSPENSION 400-400-40 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc antacid/anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sodium bicarbonate oral powder</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TUMS ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
Antidiarreicos		
<i>anti-diarrheal oral solution 1 mg/7.5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bismuth oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bismuth subsalicylate oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diamode oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft anti-diarrheal oral solution 1 mg/7.5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>ft stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp loperamide hcl oral solution 1 mg/7.5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pink bismuth oral tablet 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pink bismuth oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pink bismuth ultra str oral suspension 525 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense anti-diarrheal oral solution 1 mg/7.5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm stomach relief ultra oral suspension 525 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loperamide hcl oral solution 1 mg/7.5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loperamide hcl oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc diarrhea relief oral suspension 262 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
RESTORA RX ORAL CAPSULE 60-1.25 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb anti-diarrhea oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm anti-diarrheal oral solution 1 mg/7.5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm stomach relief oral tablet 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stomach relief extra strength oral suspension 525 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stomach relief oral tablet 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stomach relief ultra oral suspension 525 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Antieméticos		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 & 125 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
COMPRO RECTAL SUPPOSITORY 25 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D; QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 4 mg/4ml</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ondansetron hcl injection solution 4 mg/2ml, 40 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ondansetron hcl injection solution prefilled syringe 4 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>promethazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>promethazine hcl oral solution 6.25 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (10 parches cada 30 días)
Antiespasmódicos		
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
Diversos		
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>alosetron hcl oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT	\$0 (Nivel 2)	
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ft gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>ft gas relief ultra strength oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml, 40 mg/0.6ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gas relief ultra strength oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
GAS-X EXTRA STRENGTH ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
GAS-X EXTRA STRENGTH ORAL TABLET CHEWABLE 125 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
GAS-X ULTRA STRENGTH ORAL CAPSULE 180 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>gnp anti-gas oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp infant gas relief oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>infants gas relief oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
MYLICON INFANTS GAS RELIEF ORAL SUSPENSION 20 MG/0.3ML	\$0 (Nivel 3)	DP
PHAZYME MAXIMUM STRENGTH ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
PHAZYME ULTRA STRENGTH ORAL CAPSULE 180 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 12 MG/0.6ML (0.6ML SYRINGE), 8 MG/0.4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (28 jeringas cada 28 días); NDS
<i>simethicone drops infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>simethicone oral capsule 125 mg, 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>simethicone oral tablet chewable 125 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>simethicone ultra strength oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm gas relief oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm gas relief oral tablet chewable 125 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>teeny tummy gas relief drops oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
VOWST ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (12 cápsulas cada 30 días); NDS
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (84 tabletas cada 28 días); NDS
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT, 60000-189600 UNIT	\$0 (Nivel 2)	
Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 cápsulas cada 30 días)
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 cápsulas cada 30 días)
<i>mesalamine oral capsule delayed release 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 cápsulas cada 30 días)
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1680 ml cada 28 días)
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 supositorios cada 30 días)
<i>mesalamine-cleanser rectal kit 4 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (28 botellas cada 28 días)
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Inhibidores De La Bomba De Protones		
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	ST; QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pantoprazole sodium intravenous solution reconstituted 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>rabeprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Laxantes		
<i>bisacodyl ec oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bisacodyl laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bisacodyl oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bisacodyl rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 3)	DP
COLACE 2-IN-1 ORAL TABLET 8.6-50 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
COLACE CLEAR ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
COLACE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>docusate calcium oral capsule 240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>docusate mini rectal enema 283 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>docusate sodium oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>docusate sodium oral liquid 100 mg/10ml, 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DOCUSOL KIDS RECTAL ENEMA 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dss oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>enema ready-to-use rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>enema rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ENEMEEZ KIDS RECTAL ENEMA 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
ENEMEEZ MINI RECTAL ENEMA 283 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
ENEMEEZ PLUS RECTAL ENEMA 20-283 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
EVAC ORAL POWDER	\$0 (Nivel 3)	DP
EVAC-U-GEN ORAL TABLET 8.6 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fiber laxative + calcium oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fiber laxative oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fiber oral powder 28.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fiber oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fiber-lax oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FLEET ENEMA RECTAL ENEMA , 7-19 GM/118ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft clearlax oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft fiber laxative oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft mineral oil oral oil</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft senna laxatives oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft senna-s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft stool softener oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>ft stool softener oral tablet 50-8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gavilax oral packet 17 gm, 8.5 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gavilax oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM	\$0 (Nivel 1)	
GAVILYTE-G ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	\$0 (Nivel 1)	
GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM	\$0 (Nivel 1)	
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gentlelax oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>geri-kot oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>glycerin (adult) rectal suppository 2 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>glycerin (infants & children) rectal suppository 1 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>glycerin adult rectal suppository 2 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>glycerin childrens rectal suppository 1 gm, 1.2 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
GLYCOLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 3)	DP
GNP CLEARLAX ORAL PACKET 17 GM	\$0 (Nivel 3)	DP
GNP CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp fiber oral powder 43 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp fiber-caps oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp glycerin (adult) rectal suppository 2.1 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp glycerin child rectal suppository 1.2 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp mineral oil oral oil</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp natural fiber oral capsule 0.52 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp natural fiber oral powder 28.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp senna lax oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp senna plus oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp stool softener ex st oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp stool softener oral capsule 100 mg, 240 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp womens gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>goodsense bisacodyl laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
GOODSENSE CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense enema rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense mineral oil oral oil</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense stool softener oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HEALTHYLAX ORAL PACKET 17 GM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm enema rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp bisacodyl oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp senna oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lactulose encephalopathy oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>laxative max str oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>laxative regular strength oral tablet 15 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml, 2400 mg/30ml, 400 mg/5ml, 7.75 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mineral oil oral oil</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MIRALAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml, 17.5-3.13-1.6 gm/177ml 2 pack (480ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>natural psyllium seed oral powder 100 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>natural senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ONELAX DOCUSATE SODIUM ORAL LIQUID 50 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
ONELAX RECTAL SUPPOSITORY 10 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
ONELAX SENNA ORAL SYRUP 8.8 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIA-LAX ORAL LIQUID 50 MG/15ML	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIA-LAX RECTAL SUPPOSITORY 2.8 GM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>peg 3350 oral packet 17 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>peg 3350 oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 140 GM	\$0 (Nivel 2)	
<i>polyethylene glycol 3350 oral packet 17 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>polyethylene glycol 3350 oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>psyllium fiber oral capsule 0.52 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc enema rectal enema 16-6 gm/133ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc fiber laxative oral capsule 0.52 gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc milk of magnesia oral suspension 400 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc mineral oil heavy oral oil</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc natura-lax oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc psyllium fiber oral powder 43 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc stool softener oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc stool softener pls laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc vegetable laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
REGULOID ORAL CAPSULE 400 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
REGULOID ORAL POWDER 28.3 %, 43 %, 51.7 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb milk of magnesia oral suspension 400 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senexon-s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna oral capsule 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna oral liquid 8.8 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna oral syrup 8.8 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna plus oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-lax oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-plus oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-tabs oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-time oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senna-time s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sennosides-docusate sodium oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SENOKOT EXTRA STRENGTH ORAL TABLET 17.2 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
SENOKOT ORAL TABLET 8.6 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
SENOKOT S ORAL TABLET 8.6-50 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
SM CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm enema rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm fiber oral powder 28.3 %, 43 %, 58.6 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm fiber oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm fiber powder oral powder 25 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm senna-s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm stool softener oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stimulant laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stool softener laxative oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stool softener oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stool softener plus laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stool softener/laxative oral tablet 50-8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
THE MAGIC BULLET RECTAL SUPPOSITORY 10 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vegetable lax+stool softener oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
GENITOURINARIO		
Antiespasmódicos Urinarios		
GEMTESA ORAL TABLET 75 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	QL (300 ml cada 28 días)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>oxybutynin chloride oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (600 ml cada 30 días)
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	ST; QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>tropium chloride oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
Antiinfecciosos Vaginales		
<i>3 day vaginal vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>7 day vaginal vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clotrimazole 3 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>clotrimazole vaginal cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp clotrimazole 3 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp miconazole 1 vaginal kit 1200 & 2 mg & %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp miconazole 3 vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>miconazole 1 vaginal kit 1200 & 2 mg & %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>miconazole 3 combo-supp vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>miconazole 7 vaginal suppository 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MONISTAT 1 DAY OR NIGHT VAGINAL KIT 1200 & 2 MG & %	\$0 (Nivel 3)	DP
MONISTAT 3 COMBO PACK APP VAGINAL KIT 200 & 2 MG-% (9GM)	\$0 (Nivel 3)	DP
MONISTAT 3 VAGINAL CREAM 4 %	\$0 (Nivel 3)	DP
MONISTAT 7 COMBO PACK APP VAGINAL KIT 100 & 2 MG-% (9GM)	\$0 (Nivel 3)	DP
MONISTAT 7 SIMPLY CURE VAGINAL CREAM 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc 3 day vaginal cream 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc clotrimazole vaginal cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm 3-day vaginal vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm clotrimazole vaginal vaginal cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm miconazole 3 applicator vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm miconazole 3 vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm miconazole 7 vaginal suppository 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Diversos		
<i>acetic acid irrigation solution 0.25 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)</i>	\$0 (Nivel 1)	
Hiperplasia Prostática Benigna		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
HEMATOLÓGICO		
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate mesylate oral capsule 110 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 cápsulas cada 30 días)
<i>dabigatran etexilate mesylate oral capsule 150 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (74 tabletas cada 30 días)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (74 tabletas cada 30 días)
<i>enoxaparin sodium injection solution 300 mg/3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 120 mg/0.8ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3ml, 40 mg/0.4ml, 60 mg/0.6ml, 80 mg/0.8ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>heparin (porcine) in nacl intravenous solution 25000-0.45 utl/500ml-%</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>heparin sodium (porcine) pf injection solution 1000 unit/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
JANTOVEN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>rivaroxaban oral suspension reconstituted 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (620 ml cada 30 días)
<i>rivaroxaban oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 1 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	QL (620 ml cada 30 días)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días)
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (51 tabletas cada 30 días)
Diversos		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
ALVAIZ ORAL TABLET 54 MG, 9 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (24 cajas cada 30 días); NDS
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
DOPTLET ORAL TABLET 20 MG, 20 MG (10 PACK), 20 MG(15 PACK)	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 frascos cada 30 días); NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (20 frascos cada 30 días); NDS
<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (9 jeringas cada 30 días); NDS
<i>l-glutamine oral packet 5 gm</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
SAJAZIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/3ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (9 jeringas cada 30 días); NDS
SIKLOS ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 2)	
SIKLOS ORAL TABLET 1000 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>tranexamic acid intravenous solution 1000 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Factores De Crecimiento Hematopoyéticos		
FULPHILA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 jeringas cada 28 días); NDS
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	PA
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
Hierro		
<i>active fe oral tablet 75-1.25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRATX ORAL CAPSULE 106-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
CHROMAGEN ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
CORVITA 150 ORAL TABLET 150-1.25 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
CORVITE 150 ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>corvite fe oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs iron oral tablet 240 (27 fe) mg, 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs slow release dried iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs slow release iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq slow-release iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>eqi iron supplement therapy oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eqi slow release iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FERAHEME INTRAVENOUS SOLUTION 510 MG/17ML	\$0 (Nivel 3)	DP
FERATE ORAL TABLET 240 (27 FE) MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FERGON ORAL TABLET 240 (27 FE) MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FERIVA 21/7 (WITH DOCUSATE) ORAL TABLET 75-1 MG	\$0 (Nivel 3)	PA; DP
<i>ferocon oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FEROSUL ORAL TABLET 325 (65 FE) MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FERRALET 90 ORAL TABLET 90-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferretts oral tablet 325 (106 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FERREX 150 ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferric x-150 oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FERRLECIT INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferrous fumarate oral tablet 29 mg, 324 (106 fe) mg, 324 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferrous gluconate oral tablet 240 (27 fe) mg, 324 (37.5 fe) mg, 324 (38 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferrous sulfate er oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferrous sulfate oral solution 220 (44 fe) mg/5ml, 300 mg/6.8ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ferrous sulfate oral tablet delayed release 324 (65 fe) mg, 324 mg, 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLITAB 500 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 105-500-0.8 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLIVANE-F ORAL CAPSULE 125-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLIVANE-PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
FUSION ORAL CAPSULE 65-65-25-30 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FUSION PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HEMATEX ORAL LIQUID 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hematinic/folic acid oral tablet 324-1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HEMATOGEN FA ORAL CAPSULE 200-250-0.01-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
HEMATOGEN FORTE ORAL CAPSULE 460-60-0.01-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
HEMOCYTE PLUS ORAL CAPSULE 106-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
ICAR ORAL SUSPENSION 15 MG/1.25ML	\$0 (Nivel 3)	DP
IFEREX 150 ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
INFED INJECTION SOLUTION 50 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
INJECTAFER INTRAVENOUS SOLUTION 750 MG/15ML	\$0 (Nivel 3)	DP
INTEGRA F ORAL CAPSULE 125-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
INTEGRA ORAL CAPSULE 62.5-62.5-40-3 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
INTEGRA PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>iron 27 oral tablet 240 (27 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>iron chews pediatric oral tablet chewable 15 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>iron folate plus oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>iron folate-f oral capsule 125-1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>iron high-potency oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>iron oral tablet 240 (27 fe) mg, 325 (65 fe) mg, 90 (18 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>iron slow release oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>iron supplement oral solution 220 (44 fe) mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
IRON UP ORAL LIQUID 15 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp ferrous gluconate oral tablet 324 (37.5 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MONOFERRIC INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/10ML	\$0 (Nivel 3)	DP
MULTIGEN ORAL TABLET 70 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MULTIGEN PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>na ferric gluc cplx in sucrose intravenous solution 12.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NEPHRON FA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
NIFEREX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
NOVAFERRUM 50 ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
NOVAFERRUM ORAL LIQUID 125 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROPS ORAL LIQUID 15 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
NU-IRON ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE VITE FERROUS SULFATE ORAL SOLUTION 220 (44 FE) MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
POLY-IRON 150 ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>polysaccharide iron complex oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>polysaccharide-iron complex oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>purevit dualfe plus oral capsule 162-115.2-1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra high potency iron oral tablet 27 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra iron oral tablet 27 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra slow release iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>se-tan plus oral capsule 162-115.2-1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SLOW FE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>slow iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>slow release iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg, 45 mg, 47.5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm iron oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm iron slow release oral tablet extended release 160 (50 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm slow release dried iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm slow release iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sv iron oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TANDEM ORAL CAPSULE 53-53 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
TANDEM PLUS ORAL CAPSULE 162-115.2-1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
TRICON ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>trigels-f forte oral capsule 460-60-0.01-1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>true ferrous sulfate oral tablet delayed release 324 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VENOFER INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
VITRON-C ORAL TABLET 65-125 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>wee care oral suspension 15 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Inhibidores De Agregación Plaquetaria		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
OFTÁLMICOS		
Antialérgicos		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
NAPHCON-A OPHTHALMIC SOLUTION 0.025-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
OPCON-A OPHTHALMIC SOLUTION 0.027-0.315 %	\$0 (Nivel 3)	DP
ZERVIAE OPHTHALMIC SOLUTION 0.24 %	\$0 (Nivel 2)	
Antiglaucoma		
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %, 0.2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %	\$0 (Nivel 2)	
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %	\$0 (Nivel 2)	
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %	\$0 (Nivel 2)	
Antiinfectivos/Antiinflamatorios		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>	\$0 (Nivel 1)	
NEO-POLYCIN HC OPHTHALMIC OINTMENT 1 %	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 %	\$0 (Nivel 2)	
Antiinfectivos		
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 %	\$0 (Nivel 2)	
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 ml cada 30 días)
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	\$0 (Nivel 1)	
NEO-POLYCIN OPHTHALMIC OINTMENT 3.5-400-10000	\$0 (Nivel 1)	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
POLYCIN OPHTHALMIC OINTMENT 500-10000 UNIT/GM	\$0 (Nivel 1)	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
XDEMY OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %	\$0 (Nivel 2)	
Antiinflamatorios		
<i>bromfenac sodium ophthalmic solution 0.07 %, 0.075 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
FLAREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT 0.5 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
Diversos		
ALCON TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>artificial tears ophthalmic solution , 0.2-0.2-1 %, 0.5-0.6 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>atropine sulfate solution 1 % ophthalmic</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>atropine sulfate solution 1 % ophthalmic</i>	\$0 (Nivel 2)	
BION TEARS PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>carboxymethylcellulose sod pf ophthalmic gel 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>carboxymethylcellulose sod pf ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>carboxymethylcellulose sodium ophthalmic gel 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>carboxymethylcellulose sodium ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CLEAR EYES NATURAL TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 5-6 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
CYSTADROPS OPHTHALMIC SOLUTION 0.37 %	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>dry eye relief drops ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
EYSUVIS OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	\$0 (Nivel 2)	
GENTEAL SEVERE OPHTHALMIC GEL 0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
GENTEAL TEARS MODERATE PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
GENTEAL TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.2-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
GENTEAL TEARS PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
GENTEAL TEARS SEVERE DAY/NIGHT OPHTHALMIC GEL 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp artificial tears ophthalmic solution 5-6 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp lubricant eye drops (pf) ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp lubricating plus eye drops ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense artificial tears ophthalmic solution 0.5-0.6 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense lubricating eye drop ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense ultra lubricant drop ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lubricant eye drops (pf) ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lubricant eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %, 0.6 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lubricant eye drops pf ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lubricating eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MIEBO OPHTHALMIC SOLUTION 1.338 GM/ML	\$0 (Nivel 2)	
MURO 128 OPHTHALMIC OINTMENT 5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
MURO 128 OPHTHALMIC SOLUTION 5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>polyvinyl alcohol ophthalmic solution 1.4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>qc artificial tears ophthalmic solution 5-6 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH CELLUVISC OPHTHALMIC GEL 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH DIGITAL OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH DIGITAL PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH LIQUIGEL OPHTHALMIC GEL 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPHTHALMIC SOLUTION 1.4-0.6 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE ADVANCED OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE ADVANCED PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE MEGA-3 OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE OPHTHALMIC GEL 1-0.9 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH OPTIVE PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH PLUS OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH RELIEVA OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH RELIEVA PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nivel 3)	DP
REFRESH TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0 (Nivel 2)	
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0 (Nivel 2)	
<i>sm dry eye relief ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm lubricant eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm lubricating plus ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm lubricating tears ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sodium chloride (hypertonic) ophthalmic ointment 5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sodium chloride (hypertonic) ophthalmic solution 5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SOOTHE XP OPHTHALMIC SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
SOOTHE XP XTRA PROTECTION OPHTHALMIC SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
STYE OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.6 %	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE BALANCE OPHTHALMIC SOLUTION 0.6 %	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE COMPLETE OPHTHALMIC SOLUTION 0.6 %	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
SYSTANE HYDRATION PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE OPHTHALMIC GEL 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE PRESERVATIVE FREE OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE ULTRA OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE ULTRA PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
THERATEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	\$0 (Nivel 3)	DP
ULTRA FRESH OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ultra lubricating eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ultra lubricating eye drops pf ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION 5 %	\$0 (Nivel 2)	
ÓTICOS		
Agentes Óticos		
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
FLAC OTIC OIL 0.01 %	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluocinolone acetate otic oil 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
RESPIRATORIOS		
Anticolinérgicos		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (2 inhaladores cada 30 días)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (30 blísteres cada 30 días)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %, 0.06 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
Antihistamínicos		
<i>12hr allergy relief oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>24hr allergy relief oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aler-cap oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>all-day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>aller-chlor oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy (cetirizine) oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy 24-hr oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy rel child (loratadine) oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief (loratadine) oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief cetirizine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief childrens oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief oral tablet 10 mg, 180 mg, 25 mg, 4 mg, 5 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
BANOPHEN ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
BANOPHEN ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cetirizine hcl allergy child oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cetirizine hcl childrens alrgy oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cetirizine hcl childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cetirizine hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (300 ml cada 30 días)
<i>cetirizine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cetirizine hcl oral tablet chewable 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>chlorhist oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>chlorpheniramine maleate oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>complete allergy medicine oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>complete allergy relief oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>diphenhydramine hcl childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diphenhydramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diphenhydramine hcl oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diphenhydramine hcl oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ed chlorped jr oral syrup 2 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq1 all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>ft all day allergy 24 hour oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft all day allergy relief oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft allergy relief 12 hour oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft allergy relief 24 hour oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft allergy relief childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft allergy relief childrens oral tablet chewable 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft allergy relief oral tablet 25 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>geri-dryl oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>geri-dryl oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp all day allergy childrens oral solution 1 mg/ml, 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp allergy oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp allergy oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp allergy relief 24 hr oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp allergy relief max st oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp allergy relief oral tablet 180 mg, 25 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp childrens allergy oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp loratadine childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp loratadine oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense all day allergy oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense aller-ease oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense allergy relief child oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense allergy relief oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm loratadine childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (300 ml cada 30 días)
<i>levocetirizine dihydrochloride tablet 5 mg oral (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>levocetirizine dihydrochloride tablet 5 mg oral (rx)</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>liquid allergy relief oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loradamed oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loratadine childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loratadine childrens oral tablet chewable 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loratadine oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MAXALLERGY KIDS ORAL LIQUID 12.5 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>m-dryl oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pharbechlor oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pharbedryl oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc allergy childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc allergy relief oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc loratadine allergy relief oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm all day allergy relief oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm allergy relief oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm childrens loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm loratadine allergy relief oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>total allergy oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
WAL-DRYL ALLERGY ORAL LIQUID 12.5 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
Beta Agonistas		
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act, 108 (90 base) mcg/act (nda020503), 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 inhaladores cada 30 días)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	\$0 (Nivel 1)	ST; QL (2 inhaladores cada 30 días)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (60 inhalaciones cada 30 días)
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION	\$0 (Nivel 2)	QL (2 inhaladores cada 30 días)
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION	\$0 (Nivel 2)	QL (6 inhaladores cada 30 días)
Combinaciones De Anticolinérgicos/Beta Agonistas		
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (60 blísteres cada 30 días)
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 9-4.8 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (1 inhalador cada 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION	\$0 (Nivel 2)	QL (1 inhalador cada 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION	\$0 (Nivel 2)	QL (4 inhaladores cada 28 días)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (2 inhaladores cada 30 días)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (60 blísteres cada 30 días)
Combinaciones De Esteroides/Beta Agonistas		
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (1 inhalador cada 30 días)
AIRSUPRA INHALATION AEROSOL 90-80 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (3 inhaladores cada 30 días)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, 50-25 MCG/INH	\$0 (Nivel 2)	QL (60 blísteres cada 30 días)
BREYNA INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT	\$0 (Nivel 1)	QL (3 inhaladores cada 30 días)
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (3 inhaladores cada 30 días)
DULERA INHALATION AEROSOL 100-5 MCG/ACT, 200-5 MCG/ACT, 50-5 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (3 inhaladores cada 30 días)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 inhalaciones cada 30 días)
WIXELA INHUB INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/ACT, 250-50 MCG/ACT, 500-50 MCG/ACT	\$0 (Nivel 1)	QL (60 inhalaciones cada 30 días)
Diversos		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
AEROCHAMBER MINI CHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER MV	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER PLS FLOVU MTHPIECE DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU INTERM DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLOW VU	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER W/FLOWSIGNAL	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS CHAMBR	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/LARGE	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/MEDIUM	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/SMALL	\$0 (Nivel 3)	DP
AEROVENT PLUS DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
ALYFTREK ORAL TABLET 10-50-125 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
ALYFTREK ORAL TABLET 4-20-50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (84 tabletas cada 28 días); NDS
ARALAST NP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
COMPACT SPACE CHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
COMPACT SPACE CHAMBER/LG MASK DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
COMPACT SPACE CHAMBER/MED MASK DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
COMPACT SPACE CHAMBER/SM MASK DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>cromolyn sodium nasal aerosol solution 5.2 mg/act</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
EASIVENT	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
EASIVENT MASK LARGE	\$0 (Nivel 3)	DP
EASIVENT MASK MEDIUM	\$0 (Nivel 3)	DP
EASIVENT MASK SMALL	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>eq space chamber anti-static device</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq space chamber anti-static l device</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq space chamber anti-static m device</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq space chamber anti-static s device</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 pluma cada 28 días); NDS
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 30 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 jeringa cada 28 días); NDS
FLEXICHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
INSPIREASE	\$0 (Nivel 3)	DP
KALYDECO ORAL PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 paquetes cada 28 días); NDS
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
MICROCHAMBER	\$0 (Nivel 3)	DP
MICROCHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
MICROSPACER	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>neti pot sinus wash nasal kit 2300-700 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
OPTICHAMBER DIAMOND	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTICHAMBER DIAMOND DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTICHAMBER DIAMOND-LG MASK DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTICHAMBER DIAMOND-MD MASK	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTICHAMBER DIAMOND-SM MASK	\$0 (Nivel 3)	DP
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 paquetes cada 28 días); NDS
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (112 tabletas cada 28 días); NDS
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (270 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (270 tabletas cada 30 días); NDS
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg, 801 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
POCKET CHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
POCKET SPACER DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>pro comfort spacer adult</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pro comfort spacer child</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pro comfort spacer infant device</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>procare spacer/adult mask device</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>procare spacer/child mask device</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
<i>pure comfort spacer chamber device</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
RITEFLO DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (56 tabletas cada año)
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK 100-150 & 150 MG, 50-75 & 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>theophylline oral elixir 80 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG, 50-25-37.5 & 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (84 tabletas cada 28 días); NDS
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK 100-50-75 & 75 MG, 80-40-60 & 59.5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (56 paquetes cada 28 días); NDS
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/CHILD DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/TODDLER DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
VORTEX VALVED HOLDING CHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 3)	DP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 plumas cada 28 días); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 plumas cada 28 días); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 jeringas cada 28 días); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (4 jeringas cada 28 días); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 frascos cada 28 días); NDS
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 4000 MG, 5000 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; NDS
Esteroides Nasales		
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (3 botellas cada 30 días)
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 botella cada 30 días)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
XHANCE NASAL EXHALER SUSPENSION 93 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (32 ml cada 30 días)
Inhalantes Esteroides		
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION 160 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (2 inhaladores cada 30 días)
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION 80 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (3 inhaladores cada 30 días)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	\$0 (Nivel 2)	QL (30 inhalaciones cada 30 días)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
Moduladores De Leucotrieno		
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Tos Y Resfriado		
<i>12 hour decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>12 hour nasal decongestant nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>12 hour nasal decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>12 hour nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
4-WAY FAST ACTING NASAL SOLUTION 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
ALAVERT ALLERGY/SINUS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 5-120 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>all day allergy d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief d-12 oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief d-24 oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief/nasal decongest oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy relief/nasal decongest oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>allergy/congestion relief oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aquanaz oral tablet 10-15-400 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>benzonatate oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>capcof oral syrup 5-2-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>cetirizine-pseudoephedrine er oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>chest congestion relief dm oral syrup 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>chest congestion relief oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens mucus relief cough oral liquid 5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coditussin ac oral liquid 200-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coditussin dac oral liquid 30-10-200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cough dm childrens oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DECONEX IR ORAL TABLET 10-385 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
DELSYM CGH/CHEST CONG DM CHILD ORAL LIQUID 5-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
DELSYM COUGH CHILDRENS ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
DELSYM COUGH/CHEST CONGEST DM ORAL LIQUID 5-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
DELSYM ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dextromethorphan hbr oral capsule 15 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dextromethorphan polistirex er oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dextromethorphan-guaifenesin oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dextromethorphan-guaifenesin oral syrup 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ed-a-hist dm oral liquid 10-4-15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft 12 hour cough relief oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft allergy relief-d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft mucus relief 12hr max str oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft mucus relief 12hr oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>ft mucus relief dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft nasal decongestant max str oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft tussin adult oral liquid 200 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft tussin cf adult oral liquid 10-20-200 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>geri-tussin oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp allergy & congestion oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp allergy/congestion relief oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp cough dm er oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp mucus er oral tablet extended release 12 hour 1200 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nasal decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nasal four spray nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nasal spray extra moist nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nasal spray fast acting nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp no drip nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pseudoephedrine hcl 12 hr oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp tussin cf cough & cold oral syrup 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp tussin cough long acting oral syrup 15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp tussin dm cough oral liquid 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp tussin dm max oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp tussin dm oral liquid 20-200 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp tussin mucus & chest cong oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense cough dm childrens oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense mucus er oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>goodsense mucus relief child oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense tussin dm max oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense tussin dm oral liquid 20-200 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>guaifenesin er oral tablet extended release 12 hour 1200 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>guaifenesin oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>guaifenesin oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>guaifenesin-codeine oral solution 100-10 mg/5ml, 200-20 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>guaifenesin-dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HYCODAN ORAL SOLUTION 5-1.5 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
HYCODAN ORAL TABLET 5-1.5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hydrocod poli-chlorphe poli er oral suspension extended release 10-8 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr oral solution 5-1.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr oral tablet 5-1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hydromet oral solution 5-1.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
KLS ALLERCLEAR D-24HR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-240 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
KLS ALLER-TEC D ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 5-120 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp pseudoephedrine hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lohist-dm oral syrup 5-2-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loratadine-d 12hr oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>loratadine-d 24hr oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MAR-COF CG EXPECTORANT ORAL LIQUID 225-7.5 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
MAXIFED ORAL TABLET 60-360 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>maxi-tuss ac oral solution 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>maxi-tuss cd oral liquid 10-4-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>maxi-tuss g oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>maxi-tuss gmx oral liquid 10-200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>meijer nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX CHILDRENS FREEFROM ORAL LIQUID 2.5-5-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
MUCINEX COLD CHILDRENS ORAL LIQUID 2.5-5-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX COUGH & CONGEST CHILD ORAL LIQUID 2.5-5-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX COUGH CHILDRENS ORAL LIQUID 5-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX DM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 30-600 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX FAST-MAX CHEST CONG MS ORAL LIQUID 400 MG/20ML	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX FAST-MAX CONGEST COUGH ORAL LIQUID 2.5-5-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX FAST-MAX CONGEST COUGH ORAL TABLET 5-10-200 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX FAST-MAX DM MAX ORAL LIQUID 20-400 MG/20ML	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX MAXIMUM STRENGTH ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 1200 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX SINUS-MAX CLEAR & COOL NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 3)	DP
MUCINEX SINUS-MAX SINUS/ALLRGY NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus relief cough childrens oral liquid 5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus relief dm max oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus relief dm oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus relief dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus relief er oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus relief max st oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal decongestant pe max st oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal decongestant spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal four nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal spray 12 hour nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal spray extra moisturizing nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nasal spray no drip nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NINJACOF-XG ORAL LIQUID 200-8 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
NIVANEX DMX ORAL TABLET 10-15-380 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>no drip nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nohist-dm oral liquid 10-4-15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oxymetazoline hcl nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phenylephrine hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phenylephrine-dm-gg oral liquid 10-18-200 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>poly-tussin ac oral liquid 10-4-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
POLY-VENT IR ORAL TABLET 60-380 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>promethazine vcl/codeine oral syrup 6.25-5-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>promethazine-codeine oral solution 6.25-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>promethazine-dm oral syrup 6.25-15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pseudoeph-bromphen-dm oral syrup 30-2-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pseudoephedrine hcl er oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pseudoephedrine hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc loratadine-d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc mucus relief er oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc nasal decongestant pe oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc suphedrine maximum strength oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc tussin dm cough/congestion oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc tussin expectorant adult oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc vapor inhaler inhalation inhaler 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>robafen cf multi-symptom cold oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ROBAFEN DM ORAL LIQUID 20-200 MG/20ML	\$0 (Nivel 3)	DP
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>rynex pse oral liquid 1-15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb 12hr nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb allergy relief/nasal decong oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb cough control oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb coughtab oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sinus nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sinus relief extra strength nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm loratadine d 12hr oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm lorata-dine d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nasal decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nasal spray 12 hour nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nasal spray sinus nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm tussin cough/chest congest oral liquid 20-200 mg/10ml, 20-200 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm tussin cough/chest congest oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm tussin dm max oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm tussin dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm tussin mucus+chest congest oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sodium chloride inhalation nebulization solution 7 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sudogest 12 hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SUDOGEST MAXIMUM STRENGTH ORAL TABLET 30 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
SUDOGEST ORAL TABLET 30 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>suphedrine 12hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TUSNEL C ORAL SYRUP 30-10-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tusnel diabetic oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TUSNEL DM ORAL LIQUID 10-20-400 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
TUSNEL DM PEDIATRIC ORAL LIQUID 2.5-5-75 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
TUSNEL ORAL LIQUID 30-15-200 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
TUSNEL PEDIATRIC ORAL LIQUID 15-5-50 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
TUSNEL-DM PEDIATRIC ORAL LIQUID 7.5-2.5-25 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
TUSNEL-EX ORAL LIQUID 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin cough oral syrup 15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>tussin dm cough + chest oral liquid 20-400 mg/20ml, 200-20 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin dm oral liquid 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin mucus & chest congest oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tussin mucus+chest congestion oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VANACOF DM ORAL LIQUID 10-18-200 MG/15ML	\$0 (Nivel 3)	DP
VANATAB DM ORAL TABLET 5-9-198 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
APTOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
APTOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (600 ml cada 30 días); NDS
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (480 ml cada 30 días)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (300 tabletas cada 30 días)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (300 tabletas cada 30 días)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (360 cápsulas cada 30 días); NDS
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 cápsulas cada 30 días); NDS
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (360 paquetes cada 30 días); NDS
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 paquetes cada 30 días); NDS
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (240 ml cada 30 días)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (1200 ml cada 30 días)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (600 ml cada 30 días); NDS
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (480 ml cada 30 días)
<i>eslicarbazepine acetate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>eslicarbazepine acetate oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (360 ml cada 30 días); NDS
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (720 ml cada 30 días); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (360 cápsulas cada 30 días)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (270 cápsulas cada 30 días)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2160 ml cada 30 días)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1200 ml cada 30 días)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>lacosamide oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	ST
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	\$0 (Nivel 2)	QL (10 unidades nasales cada 30 días)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>perampanel oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1500 ml cada 30 días)
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días)
<i>pregabalin oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 cápsulas cada 30 días)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (900 ml cada 30 días)
<i>primidone oral tablet 125 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
ROWEEPRA ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2400 ml cada 30 días); NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (480 tabletas cada 30 días)
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (240 tabletas cada 30 días); NDS
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 250 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (360 tabletas cada 30 días)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 500 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (180 tabletas cada 30 días)
SUBVENITE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 1)	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 hojas cada 30 días); NDS
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>topiramate oral solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (480 ml cada 30 días)
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML	\$0 (Nivel 2)	QL (10 blísteres cada 30 días)
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 7.5 MG/0.1ML	\$0 (Nivel 2)	QL (10 blísteres cada 30 días)
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 10 MG/0.1ML	\$0 (Nivel 2)	QL (10 blísteres cada 30 días)
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML	\$0 (Nivel 2)	QL (10 blísteres cada 30 días)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 paquetes cada 30 días); NDS
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
VIGADRONE ORAL PACKET 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 paquetes cada 30 días); NDS
VIGADRONE ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días); NDS
VIGAFYDE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (900 ml cada 30 días); NDS
VIGPODER ORAL PACKET 500 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (180 paquetes cada 30 días); NDS
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (56 tabletas cada 28 días); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (28 tabletas cada 28 días)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 150 MG & 14 X 200 MG, 14 X 50 MG & 14 X 100 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (28 tabletas cada 28 días); NDS
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (900 ml cada 30 días); NDS
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1100 ml cada 30 días); NDS
Agentes Antiparkinsonianos		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 cápsulas cada 30 días)
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>benztropine mesylate injection solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
INBRIJA INHALATION CAPSULE 42 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (300 cápsulas cada 30 días); NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
Agentes Para Esclerosis Múltiple		
BAFIERTAM ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 95 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 cápsulas cada 30 días); NDS
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (14 jeringas cada 28 días); NDS
COPAXONE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 jeringas cada 30 días); NDS
COPAXONE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (12 jeringas cada 28 días); NDS
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>fingolimod hcl oral capsule 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 jeringas cada 30 días); NDS
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (12 jeringas cada 28 días); NDS
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 jeringas cada 30 días); NDS
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (12 jeringas cada 28 días); NDS
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (16 plumas cada 365 días); NDS
Agentes Para Terapia Musculoesquelética		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>baclofen oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>carisoprodol oral tablet 350 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (360 tabletas cada 30 días)
<i>methocarbamol oral tablet 750 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (240 tabletas cada 30 días)
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
Ansiolíticos		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 tabletas cada 30 días)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	QL (150 ml cada 30 días)
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 ml cada 30 días)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 tabletas cada 30 días)
Antidemencia		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>donepezil hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (200 ml cada 30 días)
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 28 x 5 mg & 21 x 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>memantine hcl-donepezil hcl oral capsule extended release 24 hour 14-10 mg, 21-10 mg, 28-10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 7 & 14 & 21 & 28 -10 MG	\$0 (Nivel 2)	
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 parches cada 30 días)
Antidepresivos		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45-105 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 parches cada 30 días); NDS
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 paquetes cada año)
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (900 ml cada 30 días)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1800 ml cada 30 días)
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>trimipramine maleate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 cápsulas cada 30 días)
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (28 cápsulas cada 14 días); NDS
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (14 cápsulas cada 14 días); NDS
Antipsicóticos		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 720 MG/2.4ML, 960 MG/3.2ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 56 días); NDS
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 28 días); NDS
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (1 inyección cada 28 días); NDS
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (900 ml cada 30 días)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	ST; QL (60 tabletas cada 30 días)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML	\$0 (Nivel 2)	NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 56 días); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML, 662 MG/2.4ML, 882 MG/3.2ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 28 días); NDS
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>chlorpromazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (270 tabletas cada 30 días)
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (270 tabletas cada 30 días)
<i>clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>clozapine oral tablet dispersible 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK 50-20 & 100-20 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 paquetes cada año); NDS
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML, 78 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 28 días); NDS
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 351 MG/2.25ML	\$0 (Nivel 2)	QL (2 jeringas al año); NDS
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 28 días)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 paquetes cada año)
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLET 1 & 2 & 6 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 paquetes cada año)
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML, 1560 MG/5ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 inyección cada 180 días); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML, 78 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 28 días); NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 28 días)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML, 410 MG/1.32ML, 546 MG/1.75ML, 819 MG/2.63ML	\$0 (Nivel 2)	QL (1 jeringa cada 90 días); NDS
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>lurasidone hcl oral tablet 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (3 frascos cada 1 día)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	ST; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	ST; QL (30 tabletas cada 30 días)
OPIPZA ORAL FILM 10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 hojas cada 30 días); NDS
OPIPZA ORAL FILM 2 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 hojas cada 30 días); NDS
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
REXULTI ORAL TABLET 3 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 inyecciones cada 28 días)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (2 inyecciones cada 28 días); NDS
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 ml cada 30 días)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	ST; QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>risperidone oral tablet dispersible 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	ST; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>risperidone oral tablet dispersible 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	ST; QL (120 tabletas cada 30 días)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR	\$0 (Nivel 2)	QL (30 parches cada 30 días); NDS
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (600 ml cada 30 días); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (6 inyecciones cada 3 días)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 frascos cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 300 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 frascos cada 28 días); NDS
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 frasco cada 28 días); NDS
Desorden Hiperactivo Y Déficit De Atención		
<i>amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 cápsulas cada 30 días)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 3 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (900 ml cada 30 días)
<i>methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (1800 ml cada 30 días)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (180 tabletas cada 30 días)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días)
Diversos		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18 MG, 24 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días); NDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días); NDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 12 & 18 & 24 & 30 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 paquetes cada año); NDS
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (90 tabletas cada 30 días); NDS
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 tabletas cada 30 días); NDS
Hipnóticos		
DAYVIGO ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días); NDS
<i>temazepam oral capsule 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>temazepam oral capsule 30 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>zaleplon oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 cápsulas cada 30 días)
<i>zaleplon oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 cápsulas cada 30 días)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
Migraña		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (1 pluma cada 30 días)
<i>dihydroergotamine mesylate injection solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	NDS
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (8 ml cada 30 días); NDS
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (3 jeringas cada 30 días)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 120 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 plumas cada 30 días)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (2 jeringas cada 30 días)
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (40 tabletas cada 28 días)
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 tabletas cada 30 días)
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE 75 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (16 tabletas cada 30 días)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (18 tabletas cada 30 días)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (18 tabletas cada 30 días)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 unidades cada 30 días)
<i>sumatriptan nasal solution 5 mg/act</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (24 unidades cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 tabletas cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (18 inyecciones cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 inyecciones cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 inyecciones cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (18 inyecciones cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 inyecciones cada 30 días)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (16 tabletas cada 30 días)
Narcolepsia/Cataplexia		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (30 tabletas cada 30 días)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (540 ml cada 30 días); NDS

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Non-Frf		
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
EPITOL ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>gabapentin oral solution 300 mg/6ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2160 ml cada 30 días)
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam in nacl intravenous solution 1000 mg/100ml, 1500 mg/100ml, 500 mg/100ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam oral tablet disintegrating soluble 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (360 tabletas cada 30 días)
<i>phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml, 65 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>phenytoin sodium injection solution 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (90 tabletas cada 30 días)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 750 MG	\$0 (Nivel 2)	QL (120 tabletas cada 30 días)
<i>valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
Psicoterapéutico, Varios		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 hojas cada 30 días)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 hojas cada 30 días)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 tabletas cada 30 días)
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 tabletas cada 30 días)
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ft nicotine mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nicotine mini mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nicotine mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp pain relief nighttime oral tablet 250-250-38 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense nicotine mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>goodsense nicotine mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 0.4 mg/ml, 2 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>naloxone hcl nasal liquid 4 mg/0.1ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NICODERM CQ TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 14 MG/24HR, 21 MG/24HR, 7 MG/24HR	\$0 (Nivel 3)	DP
NICORETTE MINI MOUTH/THROAT LOZENGE 2 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
NICORETTE MOUTH/THROAT GUM 2 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
NICORETTE MOUTH/THROAT LOZENGE 2 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
NICORETTE STARTER KIT MOUTH/THROAT GUM 2 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine mini mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine polacrilex mini mouth/throat lozenge 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine step 1 transdermal patch 24 hour 21 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine step 2 transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine step 3 transdermal patch 24 hour 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine transdermal kit 21-14-7 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG	\$0 (Nivel 2)	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nivel 2)	
<i>qc nicotine transdermal system transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nicotine mouth/throat gum 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nicotine mouth/throat lozenge 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 paquetes cada año)
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 1 mg (56 pack)</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (56 tabletas cada 28 días)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 380 MG	\$0 (Nivel 2)	NDS
SUPLEMENTOS NUTRICIONALES		
Diversos		
<i>co q 10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>co q-10 oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>co q10 oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>co-enzyme q10 oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coenzyme q-10 oral capsule 100 mg, 200 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coq10 maximum strength oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coq10 oral capsule 100 mg, 200 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coq-10 oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs coenzyme q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs coq-10 oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql coq10 oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>glutamine oral powder</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp co q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp co q10 oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp melatonin maximum strength oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp melatonin oral tablet 3 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp melatonin oral tablet 3 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>l-glutamine oral powder</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>melatonin maximum strength oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>melatonin oral liquid 1 mg/4ml, 2.5 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>melatonin oral tablet 1 mg, 3 mg, 300 mcg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NEOQ10 ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
Q-SORB CO Q-10 ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra coenzyme q-10 oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm co q-10 oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm coenzyme q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>yl coenzyme q10 oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Electrolitos/Minerales, Inyectables		
<i>dextrose in lactated ringers intravenous solution 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 10-0.2 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 10-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.225 %, 5-0.3 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dextrose-sodium chloride solution 2.5-0.45 % intravenous</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dextrose-sodium chloride solution 2.5-0.45 % intravenous</i>	\$0 (Nivel 2)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nivel 2)	
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nivel 2)	
<i>kcl (0.149%) in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>kcl in dextrose-nacl solution 40-5-0.9 meq/l-%-% intravenous</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>kcl in dextrose-nacl solution 40-5-0.9 meq/l-%-% intravenous</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lactated ringers intravenous solution</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>magnesium sulfate in d5w intravenous solution 1-5 gm/100ml-%</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>magnesium sulfate intravenous solution 2 gm/50ml, 20 gm/500ml, 4 gm/100ml, 4 gm/50ml, 40 gm/1000ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>multiple electro type 1 ph 5.5 intravenous solution</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>multiple electro type 1 ph 7.4 intravenous solution</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride in nacl solution 40-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride in nacl solution 40-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 10 meq/50ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml, 20 meq/50ml, 40 meq/100ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium cl in dextrose 5% intravenous solution 20 meq/l</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sodium chloride injection solution 2.5 meq/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE	\$0 (Nivel 2)	B/D

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
Electrolitos/Minerales/Vitaminas Orales		
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	\$0 (Nivel 1)	
KLOR-CON M10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	\$0 (Nivel 1)	
KLOR-CON M15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ	\$0 (Nivel 1)	
KLOR-CON M20 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ	\$0 (Nivel 1)	
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ	\$0 (Nivel 1)	
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ	\$0 (Nivel 1)	
<i>m-natal plus oral tablet 27-1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>westab plus oral tablet 27-1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
Electrolitos		
ADVANTAGE CARE ELECTROLYTE PED ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
BIOLYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
CERALYTE 70 ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
CERASPORT EX1 ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
CERASPORT ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs electrolyte solution oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs ped electrolyte freeze pop oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ENFAMIL ENFALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp electrolyte solution oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>h-e-b oral electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HYDRALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
KINDERLYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
KINDERLYTE PREMAX ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>oral electrolytes oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oralyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ped electrolyte freeze pops oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ped electrolyte freezer pops oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIA VANCE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIALYTE ADVANCED CARE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIALYTE FREEZER POPS ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
PEDIALYTE SINGLES ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
REHYDRALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>truelyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Minerales		
<i>600+d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CALCITRATE ORAL TABLET 315-6.25 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cal-citrate plus vitamin d oral tablet 250-2.5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium + d3 oral tablet 250-3 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium + vitamin d3 oral tablet 500-5 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 1000 + d oral tablet 1000-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 1200 oral tablet chewable 1200-1000 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500 + d oral tablet 500-3.125 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500 + d3 oral tablet 500-15 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500/d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500/vitamin d oral tablet 500-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500+d high potency oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500+d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 500+d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600 + d oral tablet 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600 high potency oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600 oral tablet 1500 (600 ca) mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600/vitamin d oral tablet chewable 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>calcium 600/vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600+d high potency oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600+d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600+d3 oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-20 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium 600+d3 plus minerals oral tablet 600-800 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg, 600-10 mg-mcg, 600-20 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol oral tablet chewable 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carbonate oral powder 800 mg/2gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carbonate oral tablet 1250 (500 ca) mg, 1500 (600 ca) mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carbonate oral tablet chewable 1250 (500 ca) mg, 260 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium carbonate powder</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate + d oral tablet 250-5 mg-mcg, 315-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate + d3 maximum oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate + d3 oral tablet 200-6.25 mg-mcg, 315-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate oral tablet 250 mg, 950 (200 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate plus/magnesium oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate+d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate+d3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate-vitamin d oral tablet 200-3.125 mg-mcg, 315-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium citrate-vitamin d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium creamies oral tablet chewable 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium gluconate oral capsule 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium high potency oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium high potency/vitamin d oral tablet 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium lactate oral tablet 100 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium oral tablet chewable 500-2.5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium oyster shell oral tablet 1250 (500 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium plus vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium plus vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium+d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-15 mg-mcg, 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>calcium-magnesium-zinc oral tablet 333-133-5 mg, 333-133-8.3 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium-magnesium-zinc-d3 oral tablet 333 mg-133 mg-5 mg-5 mcg, 333-133-5-3.33 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calcium-magnesium-zinc-vit d3 oral tablet 333 mg-133 mg-5 mg-1.7 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cal-mint oral tablet chewable 260 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CALTRATE 600+D PLUS MINERALS ORAL TABLET 600-800 MG-UNIT	\$0 (Nivel 3)	DP
CALTRATE 600+D3 ORAL TABLET 600-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
CALTRATE 600+D3 SOFT ORAL TABLET CHEWABLE 600-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
CALTRATE BONE HEALTH ORAL TABLET 600-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
CALTRATE BONE HEALTH ORAL TABLET CHEWABLE 600-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
CALTRATE MINIS PLUS MINERALS ORAL TABLET 300-800 MG-UNIT	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>chelated magnesium oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CITRACAL MAXIMUM ORAL TABLET 315-6.25 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
CITRACAL MAXIMUM PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CITRACAL PETITES/VITAMIN D ORAL TABLET 200-6.25 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>citrus calcium/vitamin d oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs calcium + d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs calcium 600 & vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs calcium 600 + d/minerals oral tablet 600-800 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs calcium 600+d oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs calcium carbonate oral tablet 1250 (500 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs calcium citrate+d3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs magnesium oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs magnesium oxide oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs oyster shell calcium-vit d oral tablet 500-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs zinc gluconate oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq calcium 500+d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq calcium 600+d oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq calcium 600+d+minerals oral tablet 600-800 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq calcium citrate+d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>eqi calcium citrate/vitamin d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eqi calcium citrate/vitamin d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eqi calcium/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eqi calcium/vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fem-cal citrate oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp cal mag zinc +d3 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp calcium 500 +d3 oral tablet 500-15 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp calcium 600 +d/minerals oral tablet 600-800 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp calcium 600 +d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp calcium citrate +d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp calcium oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm calcium citrate+d3 petite oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp calcium 600+d oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp calcium citrate+d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp calcium-magnesium-zinc oral tablet 333-133-5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp mag-oxide magnesium oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MAG64 ORAL TABLET DELAYED RELEASE 64 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MAGDELAY ORAL TABLET DELAYED RELEASE 64 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mag-g oral tablet 500 (27 mg) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MAGNEBIND 300 ORAL TABLET 250-300 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MAGNEBIND 400 ORAL TABLET 80-115 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magnesium gluconate oral tablet 250 mg, 27.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magnesium lactate oral tablet extended release 84 mg (7meq)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magnesium oral tablet 200 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magnesium oxide -mg supplement oral tablet 250 mg, 400 (240 mg) mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>magnesium oxide -mg supplement oral tablet chewable 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MAGNESIUM-OXIDE ORAL TABLET 400 (240 MG) MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MAGOX 400 ORAL TABLET 400 (240 MG) MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MAG-OXIDE ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MAG-TAB SR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 84 MG (7MEQ)	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>manganese chloride intravenous solution 0.1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mgo oral tablet 400 (240 mg) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ORAZINC ORAL CAPSULE 220 (50 ZN) MG	\$0 (Nivel 3)	DP
ORAZINC ORAL TABLET 110 (25 ZN) MG	\$0 (Nivel 3)	DP
OS-CAL CALCIUM + D3 ORAL TABLET 500-5 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
OS-CAL EXTRA D3 ORAL TABLET 500-15 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
OS-CAL ORAL TABLET CHEWABLE 500-15 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
OYSCO 500+D ORAL TABLET 500-5 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium + d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium + d3 oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium oral tablet 500 mg, 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium plus d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium w/d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium/d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium/d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium/vit d3 oral tablet 250-3.125 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>oyster shell calcium/vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PRONUTRIENTS CALCIUM+D3 ORAL TABLET 600-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pure calcium carbonate oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc calcium fast dissolution oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium 600 oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium 600/vitamin d-3 oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium cit plus vit d-3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium citrate plus vit d oral tablet 315-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium cit-vit d-3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra calcium plus vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
RA HI CAL ORAL TABLET 500-5 MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra natural magnesium oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra zinc oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb calcium + d oral tablet 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb oyster shell calcium oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SLOW-MAG ORAL TABLET DELAYED RELEASE 71.5-119 MG	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm calcium 500/vitamin d3 oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium 600/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium 600+d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium citrate+vit d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium citrate+d3 petite oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium citrate+vit d3 max oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium/vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg, 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium/vitamin d3 oral tablet 600-800 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calcium-vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg, 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm magnesium oxide oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm oyster shell calcium/vit d oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm oyster shell calcium/vit d3 oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm zinc gluconate oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sodium fluoride oral solution 1.1 (0.5 f) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sodium phosphates intravenous solution 45 mmole/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super calcium 600 + d 400 oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super calcium 600 + d3 oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super calcium oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>true magnesium oxide oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ultra calcium + vitamin d3 oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ZINC 15 ORAL TABLET 66 (15 ZN) MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>zinc gluconate oral tablet 100 mg, 30 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>zinc oral capsule 220 (50 zn) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>zinc oral tablet 30 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>zinc sulfate oral capsule 220 (50 zn) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>zinc sulfate oral tablet 220 (50 zn) mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Nutrición Iv		
<i>chromic chloride intravenous solution 40 mcg/10ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0 (Nivel 2)	B/D

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>clinimix/dextrose (6/5) intravenous solution 6 %</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>clinimix/dextrose (8/10) intravenous solution 8 %</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>clinimix/dextrose (8/14) intravenous solution 8 %</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
CLINISOL SF INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0 (Nivel 1)	B/D
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>cupric chloride intravenous solution 0.4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dextrose intravenous solution 50 %, 70 %</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
PLENAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0 (Nivel 1)	B/D
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (Nivel 2)	B/D; NDS
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>selenious acid intravenous solution 60 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TRALEMENT INTRAVENOUS SOLUTION 300-55-60-3000 MCG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>zinc chloride intravenous solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Vitaminas		
<i>50+ adult eye health oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z advanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z high potency oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z select 50+ advanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z select 50+ mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z select advanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z select oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z select oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z select ultimate women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a thru z ultimate mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a-10000 oral capsule 3 mg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>a-25 oral capsule 7.5 mg (25000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>abc complete senior 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>abc complete senior mens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>abc complete senior womens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>acerola c-500 oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>actical oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ACTIVNUTRIENTS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
ACTIVNUTRIENTS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ACTIVNUTRIENTS W/O IRON ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ADEK GUMMIES PLUS ZN ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>adult one daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ADVANCED MULTI EA ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
AIRBORNE GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
AIRBORNE KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
AIRBORNE ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE DIABETIC MULTIVITAMIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE ENERGY 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE EVERYDAY IMMUNE HEALTH ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE HAIR, SKIN & NAILS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE MENS 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE MENS COMPLETE MULTI ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE MENS GUMMY MULTIVITAMINS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE MULTI-VITAMIN CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE MULTI-VITAMIN ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE ONCE DAILY WOMENS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE ULTRA POTENCY WOMENS 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE WOMENS 50+ COMPLETE MV ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE WOMENS 50+ GUMMY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE WOMENS 50+ ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE WOMENS ENERGY ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ALIVE WOMENS GUMMY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ALLBEE/C ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
AMLADEX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antioxidant a/c/e/selenium oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antioxidant formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antioxidant oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>anti-oxidant oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antioxidant vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
APETIBEX ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
APPE-CURB ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
AQUA-E ORAL LIQUID 50.25 MG/ML (75 UT/ML)	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
AQUASOL A INTRAMUSCULAR SOLUTION 50000 UNIT/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>aqueous vitamin d oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ascorbic acid injection solution 500 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ascorbic acid oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
AZO HORMONAL HEALTH CYCLE CARE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
AZO HORMONAL HEALTH HAPPY CYCL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b complex oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b complex vitamins oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b complex-c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b complex-c-folic acid oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-1 oral tablet 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-12 oral tablet 100 mcg, 1000 mcg, 2000 mcg, 50 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-12 oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-12 tr oral tablet extended release 1000 mcg, 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b6 natural oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-6 oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BABY DDROPS ORAL LIQUID 10 MCG /0.028ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>baby super daily d3 oral liquid 10 mcg /0.028ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>baby vitamin d3 oral liquid 10 mcg /0.028ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BACMIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>balance b-50 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bariatric multivitamins/iron oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-complex (folic acid) oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-complex balanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-complex/b-12 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-complex-c (w/folic acid) oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>b-complex-c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>better b complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BIO-35 GLUTEN-FREE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>biocal oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BIO-D-MULSION FORTE ORAL LIQUID 50 MCG/0.04ML	\$0 (Nivel 3)	DP
BIO-D-MULSION ORAL LIQUID 10 MCG/0.04ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>biotin maximum strength oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>biotin oral capsule 1 mg, 10 mg, 5 mg, 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>biotin oral tablet 1000 mcg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>body/hair/skin/nails oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BONEUP 3 PER DAY ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
BONEUP ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
BONEUP VEGETARIAN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bp vit 3 oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BPROTECTED MULTI-VITE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
BPROTECTED PEDIA D-VITE ORAL LIQUID 10 MCG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE/FE ORAL SOLUTION 10 MG/ML, 11 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c 1000 oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c 500 oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c-1000 oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c-1000 oral tablet extended release 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c-1000/rose hips oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c-250 oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c-500 oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c-500 oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c-500 oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c-500/rose hips oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CALCIDOL ORAL SOLUTION 200 MCG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>c-chewable oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>centavite a-z complete-mineral oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>centravites 50 plus oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>centravites adults oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>centravites oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM ADULT ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM ADULTS MULTIGUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM ADULTS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM CARDIO ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM FLAVOR BURST ADULT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM FLAVOR BURST KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM FRESH/FRUITY 50+ ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM FRESH/FRUITY ADULT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
CENTRUM KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM MEN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM MINIS ADULTS 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM MINIS WOMEN 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM SILVER 50+MEN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM SILVER 50+WOMEN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM SILVER ADULT 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM SILVER MEN 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM SILVER ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM SILVER ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM SILVER ULTRA WOMENS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM SILVER WOMEN 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM SPECIALIST HEART ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM SPECIALIST VISION ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM ULTRA WOMENS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CENTRUM WOMEN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>century mature oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>century oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CEROVITE JR ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
CEROVITE SENIOR ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CERTA-VITE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
CERTAVITE SENIOR ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CERTAVITE SENIOR/ANTIOXIDANT ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CERTAVITE/ANTIOXIDANTS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens animal shapes oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens chew multivitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens chewable vitamins oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>childrens gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>classic prenatal oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cod liver oil oral capsule 4000-200 unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cod liver oil w/vit a & d oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>companion oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
COMPETE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>complete multivitamin/mineral oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CORVITA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
CULTURELLE KIDS COMPLETE ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CULTURELLE KIDS PROBIOTIC-MV ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
CULTURELLE PROBIOTICS + MULTIV ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx adult 50+ eye health oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CVS AIRSHIELD IMMUNITY SUPPORT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
CVS AIRSHIELD ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx b complex plus c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx b-1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx b6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx biotin high potency oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx biotin oral capsule 10 mg, 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx chewable c with rose hips oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx chewable childrens vitamin oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx childrens complete oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx d3 oral capsule 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx daily gummies adult oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx daily multiple for men oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx daily multiple women 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx e oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx eye health & lutein oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx eye health adult 50+ oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx folic acid oral tablet 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx gummy dinos oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx gummy multivitamin kids oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx mens daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx one daily essential oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx one daily mens 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx one daily mens formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx one daily womens 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx one daily womens formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx spectravite adult 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx spectravite adult 50+ oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx spectravite adults oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx spectravite advanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx spectravite men 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx spectravite men oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>cvx spectravite senior oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx spectravite ultra men 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx spectravite ultra mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx spectravite ultra women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx spectravite women 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx spectravite women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx spectravite womens senior oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx super b complex/c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vision health oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin b12 oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin b-12 oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin b12 oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin b-12 oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin d3 oral capsule 250 mcg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx vitamin e oral capsule 450 mg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx womens active daily oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvx womens daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cyanocobalamin nasal solution 500 mcg/0.1ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d 1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d 10000 oral capsule 250 mcg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d 400 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d 5000 oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d-1000 extra strength oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d2000 ultra strength oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 2000 oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 5000 oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 baby drops oral liquid 10 mcg /0.025ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 high potency oral capsule 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 high potency oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 maximum strength oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 oral tablet 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3 super strength oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3-1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d3-1000 oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d-3-5 oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
D3-50 ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d-400 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d-5000 oral tablet 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily combo multi vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily multiple vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily multivitamin oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily value multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily vite multivitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily vites oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily-vite multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>daily-vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DDROPS ORAL LIQUID 25 MCG /0.028ML, 50 MCG /0.028ML	\$0 (Nivel 3)	DP
DECARA ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT), 625 MCG (25000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
DECUBI-VITE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dekas bariatric oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DEKAS PLUS OCEAN ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
DEKAS PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
DEKAS PLUS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>delta d3 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DERMACINRX FOLTAMIN ORAL TABLET 125-1 MCG-MG	\$0 (Nivel 3)	DP
DERMACINRX MULTITAM ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
DERMACINRX RIBOTIN-E ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
DERMACINRX ZINTREXYL-C ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diabetes health formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE 3000 ORAL TABLET 3 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE 5000 ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE 800 ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>dialyvite 800/ultra d oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE 800/ZINC ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE 800-ZINC 15 ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE SUPREME D ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE VITAMIN D 5000 ORAL CAPSULE 125 MCG (5000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
DIALYVITE/ZINC ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
DODEX INJECTION SOLUTION 1000 MCG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
DRISDOL ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
DRY EYE FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
D-VI-SOL ORAL LIQUID 10 MCG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>d-vite pediatric oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>e 1000 oral capsule 450 mg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>e200 oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>e-200 oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ELDERTONIC ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
ELFOLATE PLUS ORAL TABLET 3-35-2 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
EMERGEN-C VITAMIN C ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ENDUR-ACIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 250 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
ENDUR-C ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 1000 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq complete multivit adult 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq complete multivitamin child oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq complete multivitamin-adult oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq multivitamin gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq one daily mens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq one daily mens health oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq one daily womens health oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql b complex 50 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql b-12 oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql biotin oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql century mature adults 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql century mature oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql century mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql century oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql child multivit/minerals oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql one daily mens 50+ advance oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql one daily mens health oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql one daily womens 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql super b complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql vision formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql vitamin b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql vitamin c oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eql vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>eqi vitamin d3 oral capsule 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eqi vitamin e oral capsule 400 unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ergocalciferol oral capsule 1.25 mg (50000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ergocalciferol oral solution 200 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ESSENTIA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>essential balance oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ESTER-C ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ESTROVEN MENOPAUSE SUPPLEMENT ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eye health + lutein oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eye multivitamin/sodium oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FINEST NUTRITION VITAMIN B-12 ORAL TABLET 500 MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINSTONES GUMMIES OMEGA-3 DHA ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES COMPLETE ORAL TABLET CHEWABLE , 18 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES GUMMIES BONE BUILD ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES GUMMIES COMPLETE ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES GUMMIES-IMMUNITY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES PLUS CALCIUM ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES PLUS EXTRA IRON ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES SOUR GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES W/IRON ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FLINTSTONES/MY FIRST ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
FLORIVA PLUS ORAL SOLUTION 0.25 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>folate oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>folbee oral tablet 2.5-25-1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>folbee plus oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLBIC ORAL TABLET 2.5-25-2 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>folic acid injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>folic acid oral tablet 1 mg, 400 mcg, 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLIFLEX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>folika-bc oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>folite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	PA; DP
FOLITIN-Z ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLIXAPURE ORAL TABLET 1-5000 MG-UNIT	\$0 (Nivel 3)	PA; DP
<i>folplex 2.2 oral tablet 2.2-25-0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLTABS 800 ORAL TABLET 800-10-115 MCG-MG-MCG	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLTANX ORAL TABLET 3-35-2 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLTRATE ORAL TABLET 500-1 MCG-MG	\$0 (Nivel 3)	DP
FOLTREXYL ORAL TABLET 1-5000 MG-UNIT	\$0 (Nivel 3)	PA; DP
<i>freedavite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fruit c 500 oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fruit c oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fruity c oral tablet chewable 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fruity chews oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>full spectrum b1/vitamin c oral tablet 0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>genadek step 1 oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>genadek step 2 oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
GERBER GROW MIGHTY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
GERBER LIL' BRAINIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
GERITOL COMPLETE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gerivite complete oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>glucoten oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp biotin oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp childrens chewables/lex c oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp d 1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp essential one daily oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp folic acid oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp hair/skin/nails oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp healthy eyes oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp little ones childrens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp mega multi for men oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp mega multi for women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp one daily mens health 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp one daily mens/lycopene oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp one daily womens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp one daily womens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp prenatal oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp therapeutic-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>gnp vitamin a oral capsule 3000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin b-1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin b-12 oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin c drops mouth/throat lozenge 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin c oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin c w/rose hips oral tablet 500-37 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin d maximum strength oral tablet 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin d oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin d super strength oral tablet 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin d3 extra strength oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin d3 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp vitamin e oral capsule 400 unit, 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
GUMMI BEAR MULTIVITAMIN/MIN ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hair skin & nails advanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hair skin & nails oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hair skin nails oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hair/skin/nails oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hair/skin/nails oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HARD NAILS ORAL CAPSULE 2.5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>healthy eyes oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>healthy eyes supervision 2 oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>healthy eyes/lutein-zeaxanthin oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>healthy hair/skin/nails oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>healthy kids gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>high potency multivit/fa oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>high potency multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm complete men oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm complete women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hm womens 50+ advanced daily oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
HONEY BEARS W/IRON-ZINC ORAL TABLET CHEWABLE 30-200-3	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>hydroxocobalamin acetate intramuscular solution 1000 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hylazinc oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ICAPS AREDS FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ICAPS LUTEIN & OMEGA-3 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE	\$0 (Nivel 3)	DP
ICAPS MV ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ICAPS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>immune support oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
IMMUNERX ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
INFUVITE ADULT INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
INFUVITE PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
IS-D 10,000 ORAL CAPSULE 250 MCG (10000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>i-vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>just 4 kidz multivitamin/probiotic oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kobee oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp adults 50+ daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp adults daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp b complex-c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp folic acid oral tablet 1 mg, 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp mens 50+ daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp mens daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp niacin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp prenatal multivitamins oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
KP VISION FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
KP VISION FORMULA/LUTEIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp vitamin b-12 oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp vitamin b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp vitamin d oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp vitamin d3 oral capsule 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp womens 50+ daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>kp womens daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
K-PAX IMMUNE PROFESSIONAL ST ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>l-methylfolate calcium oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>l-methylfolate oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>l-methylfolate-b6-b12 oral tablet 3-35-2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>l-methyl-mc oral tablet 6-1-50-5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
LYSIPLEX PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 3)	DP
MACULAR HEALTH FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
MACUVITE EYE CARE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
MACUVITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
MACUVITE/LUTEIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
MAXIMUM D3 ORAL CAPSULE 325 MCG (13000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>maximum daily green oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mega biotin oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MEGA MULTI MEN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>megavite fruits & veggies oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>megavite golden years 55+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>meijer advanced formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>meijer c oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mens 50+ advanced oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mens 50+ multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mens daily formulalycopene oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mens multivitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MERIBIN ORAL CAPSULE 5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
METAFOLBIC ORAL TABLET 6-1-50-5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
METAFOLBIC PLUS ORAL TABLET 6-2-600 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
MOOD FOOD ES ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
MOOD FOOD ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
MTX SUPPORT ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi + omega-3 adult gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi adult gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi completeliron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi for her 50+ oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi for her 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi for her oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi for her oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi for him 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MULTI FOR HIM ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi vitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi vitamin w/d-3 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi vitamin/minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multiple vit/minerals/no iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multiple vitamins essential oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multiple vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multiple vitamins/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multiple vitamins/womens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multiple vitamins-minerals oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>multipro oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vit/iron/fluoride oral solution 0.25-10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivit/multimineral adult oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin & mineral oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin adult (minerals) oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin adult oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin adults 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin adults oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin childrens (w/ fa) oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin childrens gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin childrens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin drops/iron oral solution 11 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin gummies adult oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin gummies mens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin gummies womens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin infant & toddler oral solution , 11 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin men 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin monocaps oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin w/fluoride oral tablet chewable 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin women 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin womens 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin/fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin/fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin/fluoride oral tablet chewable 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin/fluoride/iron oral solution 0.25-10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vitamin/minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin/zinc stress oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamin-minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multivitamins plus iron child oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>multi-vite oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>multivit-min gummies childrens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D3000 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D3000 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D5000 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D5000 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION MINIS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mvw hi-d adek gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW MODULATOR FORMULATION MINI ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
MVW MODULATOR FORMULATION ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>myamulti oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MYNEPHRON ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
NASCOBAL NASAL SOLUTION 500 MCG/0.1ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>natural clrose hips oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>natural vitamin d-3 oral tablet 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NEPHPLEX RX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nephro vitamins oral tablet 0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NEPHRONEX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
NEPHRO-VITE ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>niacin er oral capsule extended release 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>niacin er oral tablet extended release 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>niacin oral tablet 250 mg, 50 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>niacinamide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NICOMIDE ORAL TABLET 750-27-2-0.5 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nicotinamide oral tablet 750-27-2-0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NIVA-FOL ORAL TABLET 2.5-25-2 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>no iron mult vitamin-minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>norwegian cod liver oil oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ocular vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ocutabs oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ocutabs-lutein oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE ADULT 50+ ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
OCUVITE ADULT FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE EXTRA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE EYE + MULTI ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE EYE HEATLH GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE-LUTEIN ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
OCUVITE-LUTEIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>omnicap oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ONCOVITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE A DAY MENS VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily calcium/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily complete oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE DAILY ESSENTIAL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily for men 50+ advanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily for men/lycopene oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily for women 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily for women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily healthy weight adv oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily maximum oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily mens 50+ multivit oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily mens health oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily multivitamin adult oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily multivitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily womens 50 plus oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily womens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily womens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one daily/minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY ENERGY ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY ESSENTIAL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY FOR HER VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY FOR HIM VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY JOLLY RANCHER ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY MENOPAUSE FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY MENS (MINERALS) ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ONE-A-DAY MENS 50+ ADVANTAGE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY MENS 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY MENS HEALTH FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY MENS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY MENS VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY PROACTIVE 65+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY TEEN ADVANTAGE/HER ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY TEEN ADVANTAGE/HIM ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES ADULT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES IMMUNITY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES SOUR ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES+OMEGA-3 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WEIGHT SMART ADVANCE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS 50 PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS 50+ ADVANTAGE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS HEALTHY SKIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS MIND & BODY ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS PETITES ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one-daily multi caps oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one-daily multi vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one-daily multi-vit/mineral oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one-daily multi-vitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one-daily multi-vitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>one-daily/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>optic-vites oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
OPTIFAST POST BARIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTIMAL D3 M ORAL CAPSULE 350 MCG (14000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTIMAL D3 ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>optimum pms oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTISOURCE POST BARIATRIC SURG ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
OPTIVITE P.M.T. ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
OPURITY BYPASS OPTIMIZED ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
OSTEOPRIME PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pan-c 500/bioflavonoids oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>parvlex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pc pediatric poly-vitalfe drop oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pc pediatric poly-vitamin drop oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PERIDIN-C ORAL TABLET 200-50-150 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pharmacist choice d-vitamin oral liquid 400 unit/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PHYTOMULTI ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phytonadione injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>phytonadione oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>plain niacin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
POLY-VI-FLOR ORAL TABLET CHEWABLE 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
POLY-VI-SOL ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 3)	DP
POLY-VI-SOL/IRON ORAL SOLUTION 11 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>poly-vita oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>poly-vitaliron oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>poly-vite pediatric oral solution</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>poly-viteliron oral solution 11 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal 19 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal one daily oral tablet 27-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal oral tablet 27-0.8 mg, 28-0.8 mg, 6.75-0.2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal vitamin and mineral oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenatal vitamins oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prenataliron oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PRESERVISION AREDS 2 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
PRESERVISION AREDS 2 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
PRESERVISION AREDS 2+MULTI VIT ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
PRESERVISION AREDS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
PRESERVISION AREDS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
PRESERVISION/LUTEIN ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>prevent oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PRO-CAL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
PROCERV HP ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
PRORENAL + D ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
PRORENAL + D W/ OMEGA-3 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
PROSIGHT ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
PROTECT CARDIO AF ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
PROTECT PLUS SO ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
PROTEGRA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
PUREWAY-C ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pyridoxine hcl injection solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pyridoxine hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc childrens complete oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc childrens vitamins/extra c oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc daily multivitamin/mineral oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc daily multivitamins/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc mens daily multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc multi-vite 50 & over oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc multi-vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc therin-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc vitamin d3 oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc womens daily multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
QUFLORA FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.25 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
QUFLORA FE PEDIATRIC ORAL LIQUID 0.25-9.5 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
QUFLORA PEDIATRIC ORAL SOLUTION 0.25 MG/ML, 0.5 MG/ML	\$0 (Nivel 3)	DP
QUFLORA PEDIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>quin b strong oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>quintabs oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>quintabs-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra balanced b-100 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra balanced b-50 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra b-complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra b-complex with b-12 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra biotin oral capsule 2500 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
RA CENTRAL-VITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra central-vite womens mature oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>ra folic acid oral tablet 400 mcg, 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra niacin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra no flush niacin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra one daily maximum oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra one daily mens 50+ w/vit d3 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra one daily mens/vit d-3 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin a oral capsule 3 mg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin b-1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin b-12 oral tablet 100 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin b12 oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin b-12 tr oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin b-6 oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin c cr oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin c oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin d-3 oral capsule 125 mcg (5000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamin d-3 oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ra vitamins complete childrens oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
RADIANCE PLATINUM VITAMIN D3 ORAL TABLET 125 MCG (5000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
RENAL ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>renal vitamin oral tablet 0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
RENAPLEX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
RENAPLEX-D ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>rena-vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>rena-vite rx oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>reno caps oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb vitamin c oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>senior tabs oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sentry oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sentry senior oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SIDEROL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
SLO-NIACIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 250 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm animal shapes complete oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm animal shapes kids first oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm antioxidant vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm b super vitamin complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm b100 complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm b-complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm b-complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm biotin oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm chewable vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm complete 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm complete 50+ ultimate mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm complete 50+ ultimate women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm complete advanced formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm complete oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm complete senior formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm folic acid oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm hair/skin/nails oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm multiple vitamins essential oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm multiple vitamins/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm niacin cr oral tablet extended release 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm one daily mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm one daily womens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm opti-vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm super b complex/c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vit c/rose hips oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b12 tr oral tablet extended release 1000 mcg, 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin c cr oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin c/rose hips oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin d oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin d3 oral capsule 100 mcg (4000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin d3 oral tablet 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm vitamin e oral capsule 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>solo oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>span c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SPECTRAVITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stress formula (folic acid) oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stress formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>stress formula/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
STRESSTABS ADVANCED ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
STRESSTABS ENERGY ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
STROVITE ONE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super antioxidant oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super aytinal 50 plus oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super aytinal oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super b complex/fal/vit c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super b complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super b-complex + vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super b-complex/vit c/fa oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super biotin oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super daily d3 oral liquid 25 mcg /0.028ml, 50 mcg /0.028ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super multiple oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SUPER QUINTS B-50 ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super thera vite m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>super vita-mins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>support oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SUPPORT-500 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sv vitamin b-12 er oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE ICAPS AREDS2 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE ICAPS AREDS2 ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
SYSTANE ICAPS AREDS2 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
TAB-A-VITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
TAB-A-VITE/BETA CAROTENE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
TAB-A-VITE/IRON ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
THERA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>thera vital m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>therabasic-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
THERA-D 2000 ORAL TABLET 50 MCG (2000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
THERA-D 4000 ORAL TABLET 100 MCG (4000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
THERA-D RAPID REPLETION ORAL TABLET 50 MCG (2000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
THERAGRAN-M ADVANCED 50 PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
THERAGRAN-M ADVANCED ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
THERAGRAN-M ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
THERAGRAN-M PREMIER 50 PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
THERAGRAN-M PREMIER ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
THERAMILL FORTE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>therapeutic formula/hematinics oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>therapeutic-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>thera-tabs m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>thera-tabs oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
THERATRUM COMPLETE 50 PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
THERATRUM COMPLETE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
THEREMS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>thiamine hcl injection solution 100 mg/ml, 200 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>thiamine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>thiamine mononitrate oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tm-daily vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tm-vite rx oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>triphrocaps oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tri-vite/fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tropical liquid nutrition oral liquid</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>true folic acid oral tablet 1 mg, 400 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>true multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>true vitamin b12 oral tablet 1000 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>true vitamin b6 oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>true vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>true vitamin d3 oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>true vitamin d3 oral tablet 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>true vitamin e oral capsule 450 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
UDAMIN SP ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ULTRA BONEUP ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN KIDS ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ultra freeda oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ultra freedal/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ULTRACHOICE ADV FORMULA MATURE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
ULTRACHOICE ADVANCED FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
UPSPRING BABY VIT D ORAL LIQUID 10 MCG /0.025ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>v-c forte oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VENEXA FE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	PA; DP
VENEXA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	PA; DP
VENTRIXYL FE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VENTRIXYL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VIC-FORTE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>virt-caps oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vision formulallutein oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vision health oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vision vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VISTA ADVANCED AREDS2 FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
VISTA ADVANCED DRY EYE FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vit e-vit c-beta carotene oral tablet 200-250-5000</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vita c/bioflavonoids/rose hips oral tablet 1000-30-18 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vita hair oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitabasic complete oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitabasic senior oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitabex plus oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitachew adult multi vitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitachew multiple vitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitachew vit c citrus burst oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VITAJEY DAILY C GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE 125 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
VITAJEY MULTI GUMMIES ADULT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
VITAL-D RX ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitalee oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VITALETS CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin a oral capsule 3 mg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b + c complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b 12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b complex oral capsule</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>vitamin b1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b-1 oral tablet 100 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b-12 er oral tablet extended release 1000 mcg, 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b12 oral tablet 100 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b-12 oral tablet 100 mcg, 1000 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b-12 oral tablet dispersible 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b12 tr oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b12-folic acid oral tablet 500-400 mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b-6 oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin b6 oral tablet 100 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c drops mouth/throat lozenge 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c er oral capsule extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c er oral tablet extended release 1500 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c gummies oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c oral tablet 100 mg, 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c oral tablet chewable 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c plus wild rose hips oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c/rose hips oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c/rose hips tr oral tablet extended release 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c-rose hips er oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin c-rose hips tr oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d (cholecalciferol) oral capsule 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d (cholecalciferol) oral tablet 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 50 mcg (2000 ut), 50000 unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d high potency oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d infant oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d oral tablet 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
VITAMIN D-1000 MAX ST ORAL TABLET 25 MCG (1000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 complete oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VITAMIN D3 IMMUNE HEALTH ORAL LIQUID 25 MCG/10ML	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 maximum strength oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 10 mcg (400 unit), 1000 unit, 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d-3 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 oral liquid 10 mcg/ml, 125 mcg/0.5ml, 125 mcg/ml, 25 mcg/spray, 30 mcg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 oral tablet 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg, 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg (2000 ut), 75 mcg (3000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 super strength oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 super strength oral tablet 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin d3 ultra strength oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin e blend oral capsule 400 unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin e high potency oral capsule 90 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin e oral capsule 1000 unit, 400 unit, 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin e water soluble oral capsule 450 mg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamin k1 injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamins acd-fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitamins a-d-e/selenium oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VITASANA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VITATRUM COMPLETE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitatrum oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>vitatrum oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VITRAMYN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
VITRANOL FE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	PA; DP
VITRANOL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	PA; DP
VITREXATE FE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	PA; DP
VITREXATE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	PA; DP
VITREXYL + IRON ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	PA; DP
VITREXYL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	PA; DP
<i>vitrum 50+ senior multi oral tablet</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VITRUM SENIOR ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
WEEKLY-D ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$0 (Nivel 3)	DP
wescaps oral capsule 1 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
westab max oral tablet 2.5-25-2 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
westab one oral tablet 2.5-25-1 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
womens 50+ advanced oral capsule	\$0 (Nivel 3)	DP
womens 50+ multi vitamin oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
womens daily form/fal/calfe oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
womens daily formula oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
womens multi gummies oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
womens multi oral capsule	\$0 (Nivel 3)	DP
womens multivitamin + collagen oral tablet chewable	\$0 (Nivel 3)	DP
womens multivitamin oral tablet	\$0 (Nivel 3)	DP
xcellent a 3000 oral capsule 3000 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
xcellent a 7500 oral capsule 7.5 mg (25000 ut)	\$0 (Nivel 3)	DP
YELETS TEENAGE FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 3)	DP
yl folic acid oral tablet 400 mcg	\$0 (Nivel 3)	DP
yl vitamin b-6 oral tablet 100 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
yl vitamin c oral tablet 1000 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
yl vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg	\$0 (Nivel 3)	DP
YOUR LIFE MULTI ADULT GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
YUMVS MULTI ZERO ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
YUMVS VITAMIN C ZERO ORAL TABLET CHEWABLE 125 MG	\$0 (Nivel 3)	DP
YUMVS ZERO DIABETIC MULTIVITAM ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
YUMVSKIDS MULTI ZERO ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
ZOO FRIENDS/EXTRA C ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 3)	DP
TÓPICOS		
Agentes Para Boca/Garganta/Dentales		
cevimeline hcl oral capsule 30 mg	\$0 (Nivel 1)	
chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %	\$0 (Nivel 1)	
clotrimazole mouth/throat troche 10 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (150 pastillas cada 30 días)
KOURZEQ MOUTH/THROAT PASTE 0.1 %	\$0 (Nivel 1)	
lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %	\$0 (Nivel 1)	
nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml	\$0 (Nivel 1)	
ORASEP MOUTH/THROAT SOLUTION 2-0.5-0.1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
PERIOGARD MOUTH/THROAT SOLUTION 0.12 %	\$0 (Nivel 1)	

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
PERIOMED MOUTH/THROAT CONCENTRATE 0.63 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
Dermatología, Acné		
ACCUTANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>adapalene external gel 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
BENZEFOAM EXTERNAL FOAM 5.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
BENZEPRO EXTERNAL FOAM 5.3 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (46,6 g cada 30 días)
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>clindamycin phos (once-daily) external gel 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (75 ml cada 30 días)
<i>clindamycin phos (twice-daily) external gel 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (75 g cada 30 días)
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)
DIFFERIN EXTERNAL GEL 0.1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ery external pad 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 compresas cada 30 días)
<i>erythromycin external gel 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (118 ml cada 30 días)
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (45 g cada 30 días)
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (45 g cada 30 días)
ZENATANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 1)	PA
Dermatología, Agentes Para El Cuidado De Heridas		
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	\$0 (Nivel 2)	QL (180 g cada 30 días)
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sterile water for irrigation irrigation solution</i>	\$0 (Nivel 1)	
Dermatología, Anestésicos Locales		
GLYDO EXTERNAL PREFILLED SYRINGE 2 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 ml cada 30 días)
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (50 g cada 30 días)
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (3 parches cada 1 día)
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (50 ml cada 30 días)
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D; QL (30 g cada 30 días)
LIDOCAN EXTERNAL PATCH 5 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (3 parches cada 1 día)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
TRIDACAINE II EXTERNAL PATCH 5 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (3 parches cada 1 día)
Dermatología, Antibióticos		
<i>bacitracin external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bacitracin zinc-aloe external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
<i>gnp bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp triple antibiotic external ointment</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp triple antibiotic plus external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense first aid antibiotic external ointment</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>medi-first triple antibiotic external ointment 5-400-5000 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (220 g cada 30 días)
<i>qc triple antibiotic max st external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sm antibiotic external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm triple antibiotic max st external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm triple antibiotic original external ointment 3.5-400-5000</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
SSD EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 1)	
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM	\$0 (Nivel 2)	QL (453,6 g cada 30 días)
<i>triple antibiotic external ointment , 3.5-400-5000 , 5-400-5000 , 5-400-5000 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>triple antibiotic plus external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>triple antibiotic+pain relief external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Dermatología, Anticuerpos		
<i>antifungal (clotrimazole) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antifungal (tolnaftate) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antifungal clotrimazole external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>anti-fungal external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antifungal external cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antifungal external powder 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>athletes foot (clotrimazole) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>athletes foot (terbinafine) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>athletes foot powder spray external aerosol powder 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>baza antifungal external cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>butenafine hcl external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>castellani paint modified external liquid 1.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>ciclopirox external shampoo 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 ml cada 30 días)
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 g cada 30 días)
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)
<i>clotrimazole anti-fungal external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>clotrimazole athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>clotrimazole cream 1 % external (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>clotrimazole cream 1 % external (rx)</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (45 g cada 30 días)
<i>clotrimazole solution 1 % external (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>clotrimazole solution 1 % external (rx)</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (45 g cada 30 días)
CRITIC-AID CLEAR AF EXTERNAL OINTMENT 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs jock itch external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DESENEX EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (85 g cada 30 días)
<i>ft antifungal external cream 1 %, 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft athletes foot (clotrimaz) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft athletes foot (terbinafine) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
FUNGOID TINCTURE EXTERNAL SOLUTION 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp miconazorb af external powder 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp terbinafine hydrochloride external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp tolnaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 ml cada 30 días)
KLAYESTA EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>miconazole antifungal external cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>miconazole nitrate external cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>miconazole nitrate external solution 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MICOTRIN AP EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
MYCOZYL AP EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>qc antifungal (tolnaftate) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc tolnaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sm antifungal clotrimazole external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm antifungal miconazole external cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antifungal tolnaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>terbinafine hcl external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tolnaftate antifungal external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tolnaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tolnaftate external powder 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
TRIPLE PASTE AF EXTERNAL OINTMENT 2 %	\$0 (Nivel 3)	DP
Dermatología, Antipsoriáticos		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>calcipotriene external cream 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 g cada 30 días)
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 g cada 30 días)
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 ml cada 30 días)
CALCITRENE EXTERNAL OINTMENT 0.005 %	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (120 g cada 30 días)
ENSTILAR EXTERNAL FOAM 0.005-0.064 %	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (120 g cada 30 días); NDS
<i>tazarotene external cream 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (60 g cada 30 días)
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 g cada 30 días)
Dermatología, Corticosteroides		
<i>ala-cort external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 ml cada 30 días)
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 ml cada 30 días)
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 ml cada 30 días)
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (50 ml cada 30 días)
<i>fluocinolone acetonide body external oil 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (118,28 ml cada 30 días)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (118,28 ml cada 30 días)
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 g cada 30 días)
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ml cada 30 días)
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (50 g cada 30 días)
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (50 g cada 30 días)
<i>hydrocortisone external cream 1 %, 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrocortisone external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (454 g cada 30 días)
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
TRIDERM EXTERNAL CREAM 0.5 %	\$0 (Nivel 1)	QL (454 g cada 30 días)
Dermatología, Escabidas Y Pediculidas		
<i>cvs lice treatment external liquid 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft lice killing max st external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp lice treatment external liquid 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp lice treatment external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>goodsense lice killing external liquid 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lice killing external shampoo 4-0.33 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lice killing maximum strength external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (59 ml cada 30 días)
NIX CREME RINSE EXTERNAL LIQUID 1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>permethrin external cream 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 g cada 30 días)
<i>sb lice killing max st external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm lice killing max strength external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>sm lice treatment external liquid 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
Dermatología, Varios Para La Piel Y Membranas Mucosas		
<i>ammonium lactate cream 12 % external (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ammonium lactate cream 12 % external (rx)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ammonium lactate lotion 12 % external (otc)</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ammonium lactate lotion 12 % external (rx)</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>anti-itch external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
AQUA GLYCOLIC FACE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>arthritis pain relieving external cream 0.075 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BANOPHEN EXTERNAL CREAM 2-0.1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>benzoin external tincture</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>beta care external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
BETA XMA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
BETADINE EXTERNAL SOLUTION 10 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 g cada 30 días); NDS
<i>calamine external lotion 8-8 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calamine phenolated external lotion</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>calamine-zinc oxide external lotion 8-8 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CALMOSEPTINE EXTERNAL OINTMENT 0.44-20.6 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>capsaicin external cream 0.025 %, 0.075 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>capsaicin hp external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>capsaicin pain relief external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CAPZASIN-HP EXTERNAL CREAM 0.1 %	\$0 (Nivel 3)	DP
CERAVE MOISTURIZING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
CERAVE SA ROUGH & BUMPY SKIN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
CETAPHIL MOISTURIZING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
CETAPHIL THERAPEUTIC HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>chlorhexidine gluconate external solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
CLORPACTIN POWDER 2 GM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>coconut oil beauty external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs dry skin therapy external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>cvs moisturizing external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
D-CERIN EXTERNAL CREAM 33 %	\$0 (Nivel 3)	DP
DERMABASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
DIABETIDERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
DIABETIDERM FOOT REJUVENATING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>diclofenac sodium external solution 1.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (300 ml cada 28 días)
<i>diphenhydramine-zinc acetate external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
DML FORTE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
DYNA-HEX 4 EXTERNAL SOLUTION 4 %	\$0 (Nivel 3)	DP
EMOLLIA-CREME EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eq therapeutic moisturizing external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>eucerin advanced repair external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
EUCERIN ADVANCED REPAIR HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
EUCERIN CALMING DAILY MOIST EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
EUCERIN PLUS EXTERNAL CREAM 2.5-10 %	\$0 (Nivel 3)	DP
EUCERIN SKIN CALMING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>first aid antiseptic external ointment 10 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (40 g cada 30 días)
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (10 ml cada 30 días)
<i>gnp anti-itch external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp calamine external lotion 8-8 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp lidocaine pain relief external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp zinc oxide external ointment 20 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
GOLD BOND ULTIMATE HEALING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
HIBICLENS EXTERNAL SOLUTION 4 %	\$0 (Nivel 3)	DP
HYDRASYN25 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 1 %, 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (24 paquetes cada 30 días)
<i>itch relief extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
KERADAN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
KERR TRIPLE DYE SWABS EXTERNAL SWAB	\$0 (Nivel 3)	DP
LAC-HYDRIN FIVE EXTERNAL LOTION 5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>leader finger cream external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lidocaine external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lidocaine pain relief external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lidocaine pain relief max st external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>lidocaine pain relieving external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MEDPURA ZINC OXIDE EXTERNAL OINTMENT 20 %	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (45 g cada 30 días)
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (45 g cada 30 días)
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (59 ml cada 30 días)
<i>moisturizing cream external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
NEUTROGENA HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 g cada 30 días)
NUTRADERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 g cada 30 días); NDS
PEN-KERA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PENTRAVAN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PENTRAVAN PLUS EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>pimecrolimus external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (100 g cada 30 días)
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (7 ml cada 28 días)
<i>povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
PRETTY FEET/HANDS EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
PROCTOCORT EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 1)	
PROCTO-MED HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nivel 1)	
PROCTOSOL HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nivel 1)	
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nivel 1)	
<i>qc anti-itch extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc calamine external lotion</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>qc povidone iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
RISABAL-PH EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sb povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm anti-itch extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm benzoin tincture external tincture</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm benzoin tincture nfxi external tincture</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calamine external lotion</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm calamine phenolated external lotion</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; QL (100 g cada 30 días)
<i>therapeutic moisturizing external cream</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	\$0 (Nivel 2)	PA; QL (60 g cada 30 días); NDS
VANICREAM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
VELVACHOL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 3)	DP
XERAC AC EXTERNAL SOLUTION 6.25 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>zinc oxide external ointment 20 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CUÁNTO LE COSTARÁ EL MEDICAMENTO (NIVEL)	ACCIONES NECESARIAS RESTRICCIONES O LÍMITES DE USO
ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF EXTERNAL CREAM 0.033 %	\$0 (Nivel 3)	DP
Óticos		
DEBROX OTIC SOLUTION 6.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ear drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>earwax removal kit otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>earwax removal otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft earwax removal kit otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>ft earwax removal otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp earwax removal drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>gnp earwax removal kit otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP
MURINE EAR OTIC SOLUTION 6.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
MURINE EAR WAX REMOVAL SYSTEM OTIC SOLUTION 6.5 %	\$0 (Nivel 3)	DP
<i>sm ear drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	DP

PA: autorización previa; **QL:** límites de cantidad; **ST:** terapia escalonada; **B/D:** cubierto por Medicare B o D; **NDS:** suministro para días sin extensión; **DP:** el medicamento no pertenece a la Parte D.

D. Índice de Medicamentos Cubiertos

12 hour decongestant.....	103	acyclovir sodium.....	46	ALECENSA.....	16
12 hour nasal decongestant.....	103	ADACEL.....	32	alendronate sodium.....	73
12 hour nasal spray.....	103	adalimumab-aacf (2 pen).....	27	aler-cap.....	95
12hr allergy relief.....	95	adalimumab-aacf (2 syringe).....	27	alfuzosin hcl er.....	85
1st base.....	57	adalimumab-aacf(cd/uc/hs strt).....	27	aliskiren fumarate.....	56
24hr allergy relief.....	95	adalimumab-aacf(psl/uv starter).....	27	ALIVE DIABETIC MULTIVITAMIN.....	135
3 day vaginal.....	84	adapalene.....	162	ALIVE ENERGY 50+.....	135
4-WAY FAST ACTING.....	103	adefovir dipivoxil.....	46	ALIVE EVERYDAY IMMUNE	
50+ adult eye health.....	134	ADEK GUMMIES PLUS ZN.....	135	HEALTH.....	135
600+d3.....	128	ADIPEX-P.....	72	ALIVE HAIR, SKIN & NAILS.....	135
7 day vaginal.....	84	ADMELOG.....	66	ALIVE MENS 50+.....	135
8 hr arthritis pain relief.....	37	ADMELOG SOLOSTAR.....	66	ALIVE MENS COMPLETE MULTI.....	135
a thru z advanced.....	134	adult one daily gummies.....	135	ALIVE MENS GUMMY	
a thru z high potency.....	134	ADVAIR HFA.....	99	MULTIVITAMINS.....	135
a thru z select.....	134	ADVANCED MULTI EA.....	135	ALIVE MULTI-VITAMIN.....	135
a thru z select 50+ advanced.....	134	ADVANTAGE CARE		ALIVE MULTI-VITAMIN	
a thru z select 50+ mens.....	134	ELECTROLYTE PED.....	127	CHILDRENS.....	135
a thru z select advanced.....	134	AEROCHAMBER MINI CHAMBER.....	100	ALIVE ONCE DAILY WOMENS....	135
a thru z select ultimate women.....	134	AEROCHAMBER MV.....	100	ALIVE ULTRA POTENCY	
a thru z ultimate mens.....	134	AEROCHAMBER PLS FLOVU		WOMENS 50+.....	135
a-10000.....	134	MTHPIECE.....	100	ALIVE WOMENS 50+.....	135
a-25.....	134	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU		ALIVE WOMENS 50+ COMPLETE	
abacavir sulfate.....	40	INTERM.....	100	MV.....	135
abacavir sulfate-lamivudine.....	42	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU		ALIVE WOMENS 50+ GUMMY.....	135
abc complete senior 50+.....	134	LARGE.....	100	ALIVE WOMENS ENERGY.....	135
abc complete senior mens 50+.....	134	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU		ALIVE WOMENS GUMMY.....	135
abc complete senior womens 50+.....	134	MEDIUM.....	100	all day allergy.....	95
ABELCET.....	42	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU		all day allergy childrens.....	95
ABIGALE.....	71	SMALL.....	100	all day allergy d.....	103
ABIGALE LO.....	71	AEROCHAMBER PLUS FLOW VU		ALLBEE/C.....	135
ABILIFY ASIMTUFII.....	117		100	all-day allergy childrens.....	95
ABILIFY MAINTENA.....	117	AEROCHAMBER		aller-chlor.....	96
abiraterone acetate.....	15	W/FLOWSIGNAL.....	100	allergy.....	96
ABIRTEGA.....	15	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS.....	100	allergy (cetirizine).....	96
ABRYSVO.....	32	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS		allergy 24-hr.....	96
acamprosate calcium.....	123	CHAMBR.....	100	allergy childrens.....	96
acarbose.....	68	AEROCHAMBER Z-STAT		allergy rel child (loratadine).....	96
ACCUTANE.....	162	PLUS/LARGE.....	100	allergy relief.....	96
acebutolol hcl.....	53	AEROCHAMBER Z-STAT		allergy relief (loratadine).....	96
acerola c-500.....	134	PLUS/MEDIUM.....	100	allergy relief cetirizine.....	96
acetaminophen.....	37	AEROCHAMBER Z-STAT		allergy relief childrens.....	96
acetaminophen 8 hour.....	37	PLUS/SMALL.....	100	allergy relief d.....	103
acetaminophen childrens.....	37	AEROVENT PLUS.....	100	allergy relief d-12.....	103
acetaminophen er.....	37	AFIRMELLE.....	60	allergy relief d-24.....	103
acetaminophen extra strength.....	37	AIMOVIG.....	122	allergy relief/nasal decongest.....	103
acetaminophen infants.....	37	aimsco lubricated.....	60	allergy/congestion relief.....	103
acetaminophen-codeine.....	36	AIRBORNE.....	135	allopurinol.....	40
acetazolamide.....	55	AIRBORNE GUMMIES.....	135	ALMACONE DOUBLE STRENGTH.....	74
acetazolamide er.....	55	AIRBORNE KIDS.....	135	alosetron hcl.....	77
acetic acid.....	85, 95	AIRSUPRA.....	99	alprazolam.....	114
acetylcysteine.....	100	AKEEGA.....	15	ALTAVERA.....	60
acitretin.....	165	ala-cort.....	165	alum & mag hydroxide-simeth.....	74
ACTHIB.....	32	ALAVERT ALLERGY/SINUS.....	103	aluminum hydroxide gel.....	74
actical.....	134	albendazole.....	43	ALUNBRIG.....	16, 17
ACTIMMUNE.....	31	albuterol sulfate.....	99	ALVAIZ.....	86
active fe.....	87	albuterol sulfate hfa.....	98	ALVESCO.....	103
ACTIVNUTRIENTS.....	134	alclometasone dipropionate.....	165	alyacen 1/35.....	60
ACTIVNUTRIENTS W/O IRON.....	134	ALCON TEARS.....	92	alyacen 7/7/7.....	60
acyclovir.....	46	ALDURAZYME.....	69	ALYFTREK.....	100

ALYGLO.....	30	AQUA-E.....	135	AYVAKIT.....	17
ALYQ.....	56	aquanaz.....	103	az cream.....	57
amantadine hcl.....	113	AQUASOL A.....	136	azacitidine.....	25
ambrisentan.....	56	aqueous vitamin d.....	136	azathioprine.....	31
AMETHIA.....	60	ARALAST NP.....	100	azelastine hcl.....	90, 96
AMETHYST.....	60	ARANELLE.....	60	azithromycin.....	48, 49
amikacin sulfate.....	43	ARBEM H-COSMETIC.....	57	AZO HORMONAL HEALTH	
amiloride hcl.....	55	ARBEM LIOPEN.....	57	CYCLE CARE.....	136
amiloride-hydrochlorothiazide.....	55	ARCALYST.....	31	AZO HORMONAL HEALTH	
amiodarone hcl.....	51	AREXVY.....	32	HAPPY CYCL.....	136
amitriptyline hcl.....	115	ARIKAYCE.....	43	aztreonam.....	43
AMLADEX.....	135	aripiprazole.....	117	AZURETTE.....	60
amlodipine besy-benazepril hcl.....	55	ARISTADA.....	117	b complex.....	136
amlodipine besylate.....	53	ARISTADA INITIO.....	117	b complex vitamins.....	136
amlodipine besylate-valsartan.....	54	armodafinil.....	122	b complex-c.....	136
amlodipine-olmesartan.....	54	ARNUITY ELLIPTA.....	103	b complex-c-folic acid.....	136
ammonium lactate.....	167	arthritis pain relief.....	37	b1.....	136
AMNESTEEM.....	162	arthritis pain reliever.....	37	b-1.....	136
amoxapine.....	115	arthritis pain relieving.....	167	b-12.....	136
amoxicillin.....	49, 50	artificial tears.....	92	b-12 tr.....	136
amoxicillin-pot clavulanate.....	50	ascorbic acid.....	136	b-6.....	136
amoxicillin-pot clavulanate er.....	50	asenapine maleate.....	117	b6 natural.....	136
amphetamine-dextroamphet er.....	120	ASHLYNA.....	60	BABY DDROPS.....	136
amphetamine-dextroamphetamine.....	120	aspirin.....	37	baby super daily d3.....	136
amphotericin b.....	43	aspirin adult low dose.....	37	baby vitamin d3.....	136
amphotericin b liposome.....	43	aspirin adult low strength.....	37	bacitracin.....	91, 163
ampicillin.....	50	aspirin ec adult low dose.....	37	bacitracin zinc.....	163
ampicillin sodium.....	50	aspirin ec low strength.....	37	bacitracin zinc-aloe.....	163
ampicillin-sulbactam sodium.....	50	aspirin low dose.....	37	bacitracin-polymyxin b.....	91
anagrelide hcl.....	86	aspirin regimen.....	37	bacitra-neomycin-polymyxin-hc.....	91
anastrozole.....	15	aspirin-dipyridamole er.....	90	baclofen.....	114
ANORO ELLIPTA.....	99	ASSURE ID INSULIN SAFETY		BACMIN.....	136
antacid.....	74	SYR.....	66	BAFIERTAM.....	114
antacid & antigas.....	74	ASTAGRAF XL.....	31	balance b-50.....	136
antacid calcium.....	74	atazanavir sulfate.....	40	balsalazide disodium.....	79
antacid calcium rich.....	74	atenolol.....	53	BALVERSA.....	17
antacid maximum strength.....	74	atenolol-chlorthalidone.....	54	BALZIVA.....	60
antacid regular strength.....	74	athletes foot (clotrimazole).....	163	BANOPHEN.....	96, 167
antacid/antigas.....	74	athletes foot (terbinafine).....	163	BARACLUDE.....	46
anti-diarrheal.....	75	athletes foot powder spray.....	163	bariatric multivitamins/iron.....	136
antifungal.....	163	atomoxetine hcl.....	120	BASAGLAR KWIKPEN.....	66
anti-fungal.....	163	atorvastatin calcium.....	52	BASE PCCA CLARIFYING.....	57
antifungal (clotrimazole).....	163	atovaquone.....	43	baza antifungal.....	163
antifungal (tolnaftate).....	163	atovaquone-proguanil hcl.....	46	bcg vaccine.....	32
antifungal clotrimazole.....	163	atropine sulfate.....	92, 93	b-complex (folic acid).....	136
anti-itch.....	167	ATROVENT HFA.....	95	b-complex balanced.....	136
antioxidant.....	135	AUBRA EQ.....	60	b-complex/b-12.....	136
anti-oxidant.....	135	AUGTYRO.....	17	b-complex/vitamin c.....	136
antioxidant a/c/e/selenium.....	135	AUROVELA 1/20.....	60	b-complex-c.....	136
antioxidant formula.....	135	AUROVELA 24 FE.....	60	b-complex-c (w/folic acid).....	136
antioxidant vitamins.....	135	AUROVELA FE 1.5/30.....	60	benazepril hcl.....	57
antiseptic skin cleanser.....	167	AUROVELA FE 1/20.....	60	benazepril-hydrochlorothiazide.....	55
APETIBEX.....	135	AUSTEDO.....	121	bendamustine hcl.....	15
APHEN.....	37	AUSTEDO XR.....	121	BENDEKA.....	15
APPE-CURB.....	135	AUSTEDO XR PATIENT		BENLYSTA.....	31
aprepitant.....	76	TITRATION.....	121	BENZEFOAM.....	162
APRI.....	60	AUVELITY.....	115	BENZEPRO.....	162
APTIOM.....	110	AVIANE.....	60	benzoin.....	167
APTIVUS.....	40	AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK.....	17	benzonatate.....	103
AQUA GLYCOLIC FACE.....	167	AYUNA.....	60	benzoyl peroxide-erythromycin.....	162

<i>benzphetamine hcl</i>	73	BREATHERITE VALVED MDI		<i>calcium 600 high potency</i>	128
<i>benztropine mesylate</i>	113	CHAMBER.....	100	<i>calcium 600/vitamin d</i>	128
BERINERT.....	87	BREO ELLIPTA.....	99	<i>calcium 600/vitamin d3</i>	129
BESIVANCE.....	91	BREYNA.....	99	<i>calcium 600+d</i>	129
BESREMI.....	26	BREZTRI AEROSPHERE.....	99	<i>calcium 600+d high potency</i>	129
<i>beta care</i>	167	<i>briellyn</i>	60	<i>calcium 600+d3</i>	129
BETA XMA.....	167	BRILINTA.....	90	<i>calcium 600+d3 plus minerals</i>	129
BETADINE.....	167	<i>brimonidine tartrate</i>	90	<i>calcium antacid</i>	74
<i>betaine</i>	69	<i>brinzolamide</i>	91	<i>calcium carb-cholecalciferol</i>	129
<i>betamethasone dipropionate</i>	165	BRIVIACT.....	110	<i>calcium carbonate</i>	129
<i>betamethasone dipropionate aug.</i> ..	165	<i>bromfenac sodium</i>	92	<i>calcium carbonate antacid</i>	74
<i>betamethasone valerate</i>	165	<i>bromocriptine mesylate</i>	113	<i>calcium citrate</i>	129
BETASERON.....	114	BRUKINSA.....	17	<i>calcium citrate + d</i>	129
<i>betaxolol hcl</i>	53, 90	<i>budesonide</i>	79, 103	<i>calcium citrate + d3</i>	129
<i>bethanechol chloride</i>	85	<i>budesonide er</i>	79	<i>calcium citrate + d3 maximum</i>	129
BETOPTIC-S.....	90	<i>budesonide-formoterol fumarate</i>	99	<i>calcium citrate plus/magnesium</i>	129
<i>better b complex</i>	136	<i>bumetanide</i>	55	<i>calcium citrate+d3</i>	129
BEVESPI AEROSPHERE.....	99	<i>buprenorphine</i>	35	<i>calcium citrate+d3 petites</i>	129
<i>bexarotene</i>	26, 167	<i>buprenorphine hcl</i>	123	<i>calcium citrate-vitamin d</i>	129
BEXSERO.....	32	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	123	<i>calcium citrate-vitamin d3</i>	129
<i>bicalutamide</i>	15	<i>bupropion hcl</i>	116	<i>calcium creamies</i>	129
BICILLIN L-A.....	50	<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	123	<i>calcium gluconate</i>	129
BIKTARVY.....	42	<i>bupropion hcl er (sr)</i>	115	<i>calcium high potency</i>	129
BINAXNOW COVID-19 AG HOME		<i>bupropion hcl er (xl)</i>	115, 116	<i>calcium high potency/vitamin d</i>	129
TEST.....	43	<i>buspirone hcl</i>	115	<i>calcium lactate</i>	129
BIO-35 GLUTEN-FREE.....	136	<i>butenafine hcl</i>	163	<i>calcium oyster shell</i>	129
<i>biocal</i>	136	<i>butorphanol tartrate</i>	36	<i>calcium plus vitamin d</i>	129
BIO-D-MULSION.....	136	<i>c 1000</i>	137	<i>calcium plus vitamin d3</i>	129
BIO-D-MULSION FORTE.....	136	<i>c 500</i>	137	<i>calcium+d3</i>	129
BIOLYTE.....	127	<i>c-1000</i>	137	<i>calcium-magnesium-zinc</i>	130
BION TEARS PF.....	93	<i>c-1000/rose hips</i>	137	<i>calcium-magnesium-zinc-d3</i>	130
<i>biotin</i>	137	<i>c-250</i>	137	<i>calcium-magnesium-zinc-vit d3</i>	130
<i>biotin maximum strength</i>	136	<i>c-500</i>	137	CAL-GEST ANTACID.....	74
<i>bisacodyl</i>	80	<i>c-500/rose hips</i>	137	<i>cal-mint</i>	130
<i>bisacodyl ec</i>	80	<i>cabergoline</i>	69	CALMOSEPTINE.....	167
<i>bisacodyl laxative</i>	80	CABOMETYX.....	17	CALQUENCE.....	17
<i>bismuth</i>	75	<i>calamine</i>	167	CALTRATE 600+D PLUS	
<i>bismuth subsalicylate</i>	75	<i>calamine phenolated</i>	167	MINERALS.....	130
<i>bisoprolol fumarate</i>	53	<i>calamine-zinc oxide</i>	167	CALTRATE 600+D3.....	130
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	54	CALCIDOL.....	137	CALTRATE 600+D3 SOFT.....	130
BIVIGAM.....	30	<i>calcipotriene</i>	165	CALTRATE BONE HEALTH.....	130
BLISOVI 24 FE.....	60	<i>calcitonin (salmon)</i>	73	CALTRATE MINIS PLUS	
BLISOVI FE 1.5/30.....	60	CALCITRATE.....	128	MINERALS.....	130
<i>body/hair/skin/nails</i>	137	<i>cal-citrate plus vitamin d</i>	128	CAMILA.....	60
BONEUP.....	137	CALCITRENE.....	165	CAMRESE.....	60
BONEUP 3 PER DAY.....	137	<i>calcitriol</i>	59	CAMRESE LO.....	60
BONEUP VEGETARIAN.....	137	<i>calcium</i>	129	<i>candesartan cilexetil</i>	51
BONSITY.....	73	<i>calcium + d3</i>	128	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	54
BOOSTRIX.....	32	<i>calcium + vitamin d3</i>	128	<i>capcof</i>	103
<i>bortezomib</i>	17	<i>calcium 1000 + d</i>	128	CAPLYTA.....	117
<i>bosentan</i>	56	<i>calcium 1200</i>	128	CAPRELSA.....	17
BOSULIF.....	17	<i>calcium 500 + d</i>	128	<i>capsaicin</i>	167
<i>bp vit 3</i>	137	<i>calcium 500 + d3</i>	128	<i>capsaicin hp</i>	167
BPROTECTED MULTI-VITE.....	137	<i>calcium 500/d</i>	128	<i>capsaicin pain relief</i>	167
BPROTECTED PEDIA D-VITE.....	137	<i>calcium 500/vitamin d</i>	128	<i>captopril</i>	57
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE		<i>calcium 500+d</i>	128	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	55
.....	137	<i>calcium 500+d high potency</i>	128	CAPZASIN-HP.....	167
BPROTECTED PEDIA POLY-		<i>calcium 500+d3</i>	128	<i>carbamazepine</i>	110
VITE/FE.....	137	<i>calcium 600</i>	128	<i>carbamazepine er</i>	110
BRAFTOVI.....	17	<i>calcium 600 + d</i>	128	<i>carbidopa-levodopa</i>	113

<i>carbidopa-levodopa er</i>	113	CENTRUM SILVER ULTRA		<i>ciclopirox</i>	164
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> ...	113	WOMENS.....	138	<i>ciclopirox olamine</i>	164
<i>carboplatin</i>	15	CENTRUM SILVER WOMEN 50+ ..	138	<i>cilostazol</i>	87
<i>carboxymethylcellulose sod pf</i>	93	CENTRUM SPECIALIST HEART ..	138	CILOXAN.....	91
<i>carboxymethylcellulose sodium</i>	93	CENTRUM SPECIALIST VISION ..	138	CIMDUO.....	42
CARESTART COVID-19 HOME		CENTRUM ULTRA WOMENS.....	138	<i>cinacalcet hcl</i>	69, 70
TEST.....	43	CENTRUM WOMEN.....	138	<i>ciprofloxacin hcl</i>	49, 91
<i>carglumic acid</i>	69	<i>century</i>	138	<i>ciprofloxacin in d5w</i>	49
<i>carisoprodol</i>	114	<i>century mature</i>	138	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	95
<i>carteolol hcl</i>	91	<i>cephalexin</i>	48	<i>cisplatin</i>	15
CARTIA XT.....	53	CEQUR SIMPLICITY 2U.....	66	<i>citalopram hydrobromide</i>	116
<i>carvedilol</i>	53	CEQUR SIMPLICITY INSERTER.....	66	CITRACAL MAXIMUM.....	130
<i>caspofungin acetate</i>	43	CERALYTE 70.....	127	CITRACAL MAXIMUM PLUS.....	130
<i>castellani paint modified</i>	163	CERASPORT.....	127	CITRACAL PETITES/VITAMIN D ..	130
CAYSTON.....	43	CERASPORT EX1.....	127	<i>citrus calcium/vitamin d</i>	130
<i>c-chewable</i>	137	CERAVE MOISTURIZING.....	167	CLARAVIS.....	162
<i>cefactor</i>	47	CERAVE SA ROUGH & BUMPY		<i>clarithromycin</i>	49
<i>cefadroxil</i>	47	SKIN.....	167	<i>clarithromycin er</i>	49
<i>cefazolin sodium</i>	47	CERDELGA.....	69	<i>classic prenatal</i>	138
<i>cefazolin sodium-dextrose</i>	47, 48	CEREZYME.....	69	CLEAR EYES NATURAL TEARS.....	93
<i>cefdinir</i>	48	CEROVITE JR.....	138	CLEARLAX.....	80
<i>cefepime hcl</i>	48	CEROVITE SENIOR.....	138	CLEODERM.....	57
<i>cefixime</i>	48	CERTA-VITE.....	138	CLEVER CHOICE HOLDING	
<i>cefotetan disodium</i>	48	CERTAVITE SENIOR.....	138	CHAMBER.....	100
<i>cefoxitin sodium</i>	48	CERTAVITE		<i>clindamycin hcl</i>	44
<i>cefpodoxime proxetil</i>	48	SENIOR/ANTIOXIDANT.....	138	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	44
<i>cefprozil</i>	48	CERTAVITE/ANTIOXIDANTS.....	138	<i>clindamycin phos (once-daily)</i>	162
<i>ceftazidime</i>	48	CETAPHIL MOISTURIZING.....	167	<i>clindamycin phos (twice-daily)</i>	162
<i>ceftriaxone sodium</i>	48	CETAPHIL THERAPEUTIC HAND	167	<i>clindamycin phosphate</i>	44, 84, 162
<i>cefuroxime axetil</i>	48	<i>cetirizine hcl</i>	96	<i>clindamycin phosphate in d5w</i>	44
<i>cefuroxime sodium</i>	48	<i>cetirizine hcl allergy child</i>	96	<i>clindamycin phosphate in nacl</i>	44
<i>celecoxib</i>	34	<i>cetirizine hcl childrens</i>	96	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) ...	133
<i>centavite a-z complete-mineral</i>	137	<i>cetirizine hcl childrens alrgy</i>	96	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5).....	133
CENTRATEX.....	87	<i>cetirizine-pseudoephedrine er</i>	104	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15).....	133
<i>centravites</i>	137	<i>cevimeline hcl</i>	161	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20).....	133
<i>centravites 50 plus</i>	137	<i>charcoal</i>	69	<i>clanimix/dextrose (6/5)</i>	134
<i>centravites adults</i>	137	CHATEAL EQ.....	60	<i>clanimix/dextrose (8/10)</i>	134
CENTRUM.....	138	<i>chelated magnesium</i>	130	<i>clanimix/dextrose (8/14)</i>	134
CENTRUM ADULT.....	137	CHEMET.....	59	CLINISOL SF.....	134
CENTRUM ADULTS.....	137	<i>chest congestion relief</i>	104	CLINITEST RAPID COVID-19	
CENTRUM ADULTS		<i>chest congestion relief dm</i>	104	TEST.....	44
MULTIGUMMIES.....	137	<i>childrens acetaminophen</i>	37	CLINOLIPID.....	134
CENTRUM CARDIO.....	137	<i>childrens animal shapes</i>	138	<i>clobazam</i>	110
CENTRUM FLAVOR BURST		<i>childrens apap</i>	37	<i>clobetasol propionate</i>	165
ADULT.....	137	<i>childrens chew multivitamin</i>	138	<i>clobetasol propionate e</i>	165
CENTRUM FLAVOR BURST KIDS		<i>childrens chewable vitamins</i>	138	<i>clomipramine hcl</i>	116
.....	137	<i>childrens gummies</i>	138	<i>clonazepam</i>	110
CENTRUM FRESH/FRUITY 50+ ...	137	<i>childrens ibuprofen</i>	34	<i>clonidine</i>	56
CENTRUM FRESH/FRUITY		<i>childrens loratadine</i>	96	<i>clonidine hcl</i>	56
ADULT.....	137	<i>childrens mucus relief cough</i>	104	<i>clopidogrel bisulfate</i>	90
CENTRUM KIDS.....	138	<i>chlorhexidine gluconate</i>	161, 167	<i>clorazepate dipotassium</i>	110
CENTRUM MEN.....	138	<i>chlorhist</i>	96	CLORPACTIN.....	167
CENTRUM MINIS ADULTS 50+	138	<i>chloroquine phosphate</i>	46	<i>clotrimazole</i>	85, 161, 164
CENTRUM MINIS WOMEN 50+	138	<i>chlorpheniramine maleate</i>	96	<i>clotrimazole 3</i>	84
CENTRUM SILVER.....	138	<i>chlorthalidone</i>	55	<i>clotrimazole anti-fungal</i>	164
CENTRUM SILVER 50+MEN.....	138	<i>cholestyramine</i>	52	<i>clotrimazole athletes foot</i>	164
CENTRUM SILVER 50+WOMEN ..	138	<i>cholestyramine light</i>	52	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	164
CENTRUM SILVER ADULT 50+ ...	138	CHROMAGEN.....	87	<i>clozapine</i>	118
CENTRUM SILVER MEN 50+.....	138	<i>chromic chloride</i>	133	<i>co q 10</i>	125
				<i>co q10</i>	125

<i>co q-10</i>	125	<i>cough dm</i>	104	<i>cvs one daily essential</i>	139
COARTEM.....	46	<i>cough dm childrens</i>	104	<i>cvs one daily mens 50+ adv</i>	139
COBENFY.....	118	<i>covid-19 at-home test</i>	44	<i>cvs one daily mens formula</i>	139
COBENFY STARTER PACK.....	118	<i>cream base</i>	57	<i>cvs one daily womens 50+ adv</i>	139
<i>coconut oil beauty</i>	167	CREON.....	77	<i>cvs one daily womens formula</i>	139
<i>cod liver oil</i>	138	CRITIC-AID CLEAR AF.....	164	<i>cvs oyster shell calcium-vit d</i>	130
<i>cod liver oil w/vit a & d</i>	138	<i>cromolyn sodium</i>	77, 90, 100	<i>cvs ped electrolyte freeze pop</i>	127
<i>coditussin ac</i>	104	CRYSELLE-28.....	61	<i>cvs pediatric electrolyte</i>	127
<i>coditussin dac</i>	104	CULTURELLE KIDS COMPLETE.....	138	<i>cvs pinworm treatment</i>	44
<i>coenzyme q-10</i>	125	CULTURELLE KIDS PROBIOTIC- MV.....	138	<i>cvs slow release dried iron</i>	87
<i>co-enzyme q10</i>	125	CULTURELLE PROBIOTICS + MULTIV.....	139	<i>cvs slow release iron</i>	87
COLACE.....	80	<i>cupric chloride</i>	134	<i>cvs spectravite adult 50+</i>	139
COLACE 2-IN-1.....	80	<i>cvs adult 50+ eye health</i>	139	<i>cvs spectravite adults</i>	139
COLACE CLEAR.....	80	CVS AIRSHIELD.....	139	<i>cvs spectravite advanced</i>	139
<i>colchicine</i>	40	CVS AIRSHIELD IMMUNITY SUPPORT.....	139	<i>cvs spectravite men</i>	139
<i>colchicine-probenecid</i>	40	<i>cvs b complex plus c</i>	139	<i>cvs spectravite men 50+</i>	139
<i>colesevelam hcl</i>	52	<i>cvs b-1</i>	139	<i>cvs spectravite senior</i>	140
<i>colestipol hcl</i>	52	<i>cvs b-12</i>	139	<i>cvs spectravite ultra men 50+</i>	140
<i>colistimethate sodium (cba)</i>	44	<i>cvs b6</i>	139	<i>cvs spectravite ultra mens</i>	140
COMBIGAN.....	91	<i>cvs biotin</i>	139	<i>cvs spectravite ultra women</i>	140
COMBIVENT RESPIMAT.....	99	<i>cvs biotin high potency</i>	139	<i>cvs spectravite women</i>	140
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	17	<i>cvs calcium + d3</i>	130	<i>cvs spectravite women 50+</i>	140
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	17	<i>cvs calcium 600 & vitamin d3</i>	130	<i>cvs spectravite womens senior</i>	140
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	17	<i>cvs calcium 600 + d/minerals</i>	130	<i>cvs super b complex/c</i>	140
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE.....	66	<i>cvs calcium 600+d</i>	130	<i>cvs vision health</i>	140
COMPACT SPACE CHAMBER.....	100	<i>cvs calcium carbonate</i>	130	<i>cvs vitamin b12</i>	140
COMPACT SPACE CHAMBER/LG MASK.....	100	<i>cvs calcium citrate+d3 petites</i>	130	<i>cvs vitamin b-12</i>	140
COMPACT SPACE CHAMBER/MED MASK.....	100	<i>cvs chewable c with rose hips</i>	139	<i>cvs vitamin c</i>	140
COMPACT SPACE CHAMBER/SM MASK.....	100	<i>cvs chewable childrens vitamin</i>	139	<i>cvs vitamin c-rose hips</i>	140
<i>companion</i>	138	<i>cvs childrens complete</i>	139	<i>cvs vitamin d3</i>	140
COMPETE.....	138	<i>cvs coenzyme q-10</i>	125	<i>cvs vitamin e</i>	140
COMPLERA.....	42	<i>cvs coq-10</i>	125	<i>cvs womens active daily</i>	140
<i>complete allergy medicine</i>	96	<i>cvs cough dm</i>	104	<i>cvs womens daily gummies</i>	140
<i>complete allergy relief</i>	96	<i>cvs covid-19 at home test kit</i>	44	<i>cvs zinc gluconate</i>	130
<i>complete multivitamin/mineral</i>	138	<i>cvs d3</i>	139	<i>cyanocobalamin</i>	140
COMPRO.....	76	<i>cvs daily gummies</i>	139	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	114
<i>constulose</i>	80	<i>cvs daily gummies adult</i>	139	<i>cyclophosphamide</i>	15
COPAXONE.....	114	<i>cvs daily multiple for men</i>	139	<i>cycloserine</i>	41
COPIKTRA.....	18	<i>cvs daily multiple women 50+</i>	139	<i>cyclosporine</i>	31
<i>coq10</i>	125	<i>cvs dry skin therapy</i>	167	<i>cyclosporine modified</i>	31
<i>coq-10</i>	125	<i>cvs e</i>	139	<i>cyproheptadine hcl</i>	96
<i>coq10 maximum strength</i>	125	<i>cvs electrolyte solution</i>	127	CYRED EQ.....	61
CORLANOR.....	56	<i>cvs eye health & lutein</i>	139	CYSTADROPS.....	93
CORVITA.....	138	<i>cvs eye health adult 50+</i>	139	CYSTAGON.....	70
CORVITA 150.....	87	<i>cvs folic acid</i>	139	CYSTARAN.....	93
CORVITE 150.....	87	<i>cvs gauze sterile</i>	66	<i>cytarabine</i>	25
<i>corvite fe</i>	87	<i>cvs glucose</i>	59	<i>d 1000</i>	140
COSENTYX.....	27	<i>cvs gummy dinos</i>	139	<i>d 10000</i>	140
COSENTYX (300 MG DOSE).....	27	<i>cvs gummy multivitamin kids</i>	139	<i>d 400</i>	140
COSENTYX SENSOREADY (300 MG).....	27	<i>cvs iron</i>	87	<i>d 5000</i>	140
COSENTYX SENSOREADY PEN.....	27	<i>cvs jock itch</i>	164	<i>d-1000 extra strength</i>	140
COSENTYX UNOREADY.....	27	CVS KETONE CARE.....	70	<i>d2000 ultra strength</i>	140
COTELLIC.....	18	<i>cvs lice treatment</i>	166	<i>d3</i>	140
		<i>cvs magnesium</i>	130	<i>d3 2000</i>	140
		<i>cvs magnesium oxide</i>	130	<i>d3 5000</i>	140
		<i>cvs mens daily gummies</i>	139	<i>d3 baby drops</i>	140
		<i>cvs moisturizing</i>	167	<i>d3 high potency</i>	140
				<i>d3 maximum strength</i>	140
				<i>d3 super strength</i>	140
				<i>d3-1000</i>	140

d-3-5.....	140	desmopressin acetate.....	70	diphenoxylate-atropine.....	77
D3-50.....	141	desmopressin acetate pf.....	70	diphtheria-tetanus toxoids dt.....	32
d-400.....	141	desmopressin acetate spray.....	70	dipyridamole.....	90
d-5000.....	141	desogestrel-ethinyl estradiol.....	61	disopyramide phosphate.....	51
dabigatran etexilate mesylate.....	86	desvenlafaxine succinate er.....	116	disulfiram.....	123
daily combo multi vitamins.....	141	dexamethasone.....	72	divalproex sodium.....	111
daily multiple vitamins.....	141	DEXAMETHASONE INTENSOL.....	72	divalproex sodium er.....	111
daily multivitamin.....	141	dexamethasone sod phos (pf).....	72	DML FORTE.....	168
daily value multivitamin.....	141	dexamethasone sod phosphate pf...72		docetaxel.....	26
daily vitamins.....	141	dexamethasone sodium phosphate		DOCIVYX.....	26
daily vite.....	141	 72, 92		docusate calcium.....	80
daily vite multivitamin/iron.....	141	dexmethylphenidate hcl.....	120	docusate mini.....	80
daily vites.....	141	dextromethorphan hbr.....	104	docusate sodium.....	80
daily-vite.....	141	dextromethorphan polistirex er.....	104	DOCUSOL KIDS.....	80
daily-vite multivitamin.....	141	dextromethorphan-guaifenesin.....	104	DODEX.....	141
dalfampridine er.....	114	dextrose.....	134	dofetilide.....	51
danazol.....	60	dextrose in lactated ringers.....	125	DOLISHALE.....	61
dantrolene sodium.....	114	dextrose-sodium chloride.....	125	donepezil hcl.....	115
DANZITEN.....	18	diabetes health formula.....	141	DOPTelet.....	87
dapsone.....	44	DIABETIDERM.....	167	dorzolamide hcl.....	91
DAPTACEL.....	32	DIABETIDERM FOOT		dorzolamide hcl-timolol mal.....	91
daptomycin.....	44	REJUVENATING.....	168	DOTTI.....	71
darunavir.....	40	DIACOMIT.....	110	DOVATO.....	42
dasatinib.....	18	DIALYVITE.....	141	doxazosin mesylate.....	51
DASETTA 1/35 (28).....	61	DIALYVITE 3000.....	141	doxepin hcl.....	116, 121
DASETTA 7/7/7.....	61	DIALYVITE 5000.....	141	doxorubicin hcl.....	26
DAURISMO.....	18	DIALYVITE 800.....	141	doxorubicin hcl liposomal.....	26
DAYSEE.....	61	dialyvite 800/ultra d.....	141	DOXY 100.....	50
DAYVIGO.....	121	DIALYVITE 800/ZINC.....	141	doxycycline hyclate.....	50, 51
D-CERIN.....	167	DIALYVITE 800-ZINC 15.....	141	doxycycline monohydrate.....	51
DDROPS.....	141	DIALYVITE SUPREME D.....	141	DRISDOL.....	142
DEBLITANE.....	61	DIALYVITE VITAMIN D 5000.....	141	DRIZALMA SPRINKLE.....	116
DEBROX.....	170	DIALYVITE/ZINC.....	141	dronabinol.....	76
DECARA.....	141	diamode.....	75	drospiren-eth estrad-levomefol.....	61
DECONEX IR.....	104	DIATRUST COVID-19 HOME		drospirenone-ethinyl estradiol.....	61
DECUBI-VITE.....	141	TEST.....	44	droxidopa.....	56
deferasirox.....	59	diazepam.....	110, 123	DRY EYE FORMULA.....	142
dekas bariatric.....	141	DIAZEPAM INTENSOL.....	110	dry eye relief drops.....	93
DEKAS PLUS.....	141	diazoxide.....	59	dss.....	80
DEKAS PLUS OCEAN.....	141	diclofenac potassium.....	34	DULERA.....	99
DELSTRIGO.....	42	diclofenac sodium.....	34, 92, 168	duloxetine hcl.....	116
DELSYM.....	104	diclofenac sodium er.....	34	DUPIXENT.....	27, 28
DELSYM CGH/CHEST CONG DM		dicloxacin sodium.....	50	DUREX REALFEEL.....	61
CHILD.....	104	dicyclomine hcl.....	77	dutasteride.....	85
DELSYM COUGH CHILDRENS....	104	diethylpropion hcl.....	73	dutasteride-tamsulosin hcl.....	85
DELSYM COUGH/CHEST		diethylpropion hcl er.....	73	D-VI-SOL.....	142
CONGEST DM.....	104	DIFFERIN.....	162	d-vite pediatric.....	142
delta d3.....	141	DIFICID.....	49	DYNA-HEX 4.....	168
DENGVAxia.....	32	diflunisal.....	34	e 1000.....	142
DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	61	digoxin.....	56	E.E.S. 400.....	49
DEPO-TESTOSTERONE.....	60	dihydroergotamine mesylate.....	122	e200.....	142
DERMABASE.....	167	DILANTIN.....	111	e-200.....	142
DERMACINRX FOLTAMIN.....	141	diltiazem hcl.....	54	ear drops.....	170
DERMACINRX MULTITAM.....	141	diltiazem hcl er.....	53	earwax removal.....	170
DERMACINRX RIBOTIN-E.....	141	diltiazem hcl er beads.....	53	earwax removal kit.....	170
DERMACINRX ZINTREXYL-C.....	141	diltiazem hcl er coated beads.....	53	EASIVENT.....	100
DESCOVY.....	42	dilt-xr.....	54	EASIVENT MASK LARGE.....	101
DESENEX.....	164	diphenhydramine hcl.....	96	EASIVENT MASK MEDIUM.....	101
desipramine hcl.....	116	diphenhydramine hcl childrens.....	96	EASIVENT MASK SMALL.....	101
desmopressin ace spray refrig.....	70	diphenhydramine-zinc acetate.....	168	econazole nitrate.....	164

ECOTRIN	38	epiphenone	51	erythromycin base	49
ECOTRIN ARTHRTIS PAIN	37	EPRONTIA	111	erythromycin ethylsuccinate	49
ECOTRIN LOW STRENGTH	37	epsom salt	80	erythromycin lactobionate	49
ed chlorped jr	96	eq calcium 500+d	130	ERZOFR	118
ed-a-hist dm	104	eq calcium 600+d	130	escitalopram oxalate	116
ed-apap	38	eq calcium 600+d+minerals	130	eslicarbazepine acetate	111
EDURANT	40	eq calcium citrate+d	130	esomeprazole magnesium	79
EDURANT PED	40	eq complete multivit adult 50+	142	ESSENTIA	143
efavirenz	40	eq complete multivitamin child	142	essential balance	143
efavirenz-emtricitab-tenofo df	42	eq complete multivitamin-adult	142	ESTARYLLA	61
efavirenz-lamivudine-tenofovir	42	eq cough dm	104	ESTER-C	143
ELDERTONIC	142	eq multivitamin gummies	142	estradiol	71
ELFOLATE PLUS	142	eq one daily mens 50+	142	estradiol valerate	71
ELIGARD	15	eq one daily mens health	142	estradiol-norethindrone acet	71
ELINEST	61	eq one daily womens health	142	ESTROVEN MENOPAUSE	
ELIQUIS	86	eq slow-release iron	87	SUPPLEMENT	143
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	86	eq space chamber anti-static	101	eszopiclone	121
ellume covid-19 home test	44	eq space chamber anti-static l	101	ethambutol hcl	42
ELURYNG	61	eq space chamber anti-static m	101	ethosuximide	111
EMERGEN-C VITAMIN C	142	eq space chamber anti-static s	101	ethynodiol diac-eth estradiol	61
EMGALITY	122	eq therapeutic moisturizing	168	etodolac	34
EMGALITY (300 MG DOSE)	122	eql all day allergy	96	etodolac er	34
EMOLLIA-CREME	168	eql b complex 50	142	etonogestrel-ethinyl estradiol	61
emollient base	57	eql b-12	142	etoposide	26
EMSAM	116	eql b-6	142	etravirine	40
emtricitabine	40	eql biotin	142	eucerin advanced repair	168
emtricitabine-tenofovir df	42	eql calcium citrate/vitamin d	131	EUCERIN ADVANCED REPAIR	
emtricitab-rlpivir-tenofov df	42	eql calcium citrate/vitamin d3	131	HAND	168
EMTRIVA	40	eql calcium/vitamin d	131	EUCERIN CALMING DAILY	
EMVERM	44	eql calcium/vitamin d3	131	MOIST	168
EMZAHH	61	eql century	142	EUCERIN PLUS	168
enalapril maleate	57	eql century mature	142	EUCERIN SKIN CALMING	168
enalapril-hydrochlorothiazide	55	eql century mature adults 50+	142	EULEXIN	16
ENBREL	28	eql century mens	142	EVAC	80
ENBREL MINI	28	eql child multivit/minerals	142	EVAC-U-GEN	80
ENBREL SURECLICK	28	eql coq10	125	everolimus	18, 31
ENDOCET	36	eql cough dm	104	EVOTAZ	42
ENDUR-ACIN	142	eql iron supplement therapy	88	EXEL COMFORT POINT PEN	
ENDUR-C	142	eql one daily mens 50+ advance	142	NEEDLE	66
enema	80	eql one daily mens health	142	exemestane	16
enema ready-to-use	80	eql one daily womens 50+ adv	142	eye health + lutein	143
ENEMEEZ KIDS	80	eql slow release iron	88	eye multivitamin/sodium	143
ENEMEEZ MINI	80	eql super b complex/vitamin c	142	EYSUVIS	93
ENEMEEZ PLUS	80	eql vision formula	142	ezetimibe	52
ENFAMIL ENFALYTE	127	eql vitamin b-12	142	ezetimibe-simvastatin	52
ENGERIX-B	32	eql vitamin c	142	FABRAZYME	70
ENILLORING	61	eql vitamin c/rose hips	142	FALMINA	61
enoxaparin sodium	86	eql vitamin d3	143	famciclovir	46
ENPRESSE-28	61	eql vitamin e	143	famotidine	74
ENSKYCE	61	ergocalciferol	143	famotidine (pf)	74
ENSTILAR	165	ergotamine-caffeine	122	famotidine premixed	74
entacapone	113	ERIVEDGE	18	FANAPT	118
entecavir	46	ERLEADA	15, 16	FANAPT TITRATION PACK A	118
ENTRESTO	54	erlotinib hcl	18	FANAPT TITRATION PACK C	118
enulose	80	ERRIN	61	FANTASY LUBRICATED	61
EPCLUSA	46	ertapenem sodium	44	FANTASY	
EPIDIOLEX	111	ery	162	LUBRICATED/SPERMICIDE	61
epinephrine	101	ERY-TAB	49	FARXIGA	68
epinephrine (anaphylaxis)	56	ERYTHROCIN LACTOBIONATE	49	FASENRA	101
EPITOL	123	erythromycin	49, 91, 162	FASENRA PEN	101

FC2 FEMALE CONDOM.....	61	FLINTSTONES GUMMIES BONE		fruit c.....	144
FEIRZA 1.5/30.....	61	BUILD.....	143	fruit c 500.....	144
FEIRZA 1/20.....	61	FLINTSTONES GUMMIES		fruity c.....	144
felbamate.....	111	COMPLETE.....	143	fruity chews.....	144
felodipine er.....	54	FLINTSTONES GUMMIES-		FRUZAQLA.....	18
fem-cal citrate.....	131	IMMUNITY.....	143	ft 12 hour cough relief.....	104
fenofibrate.....	52	FLINTSTONES PLUS CALCIUM.....	143	ft 8 hour pain relief.....	38
fenofibrate micronized.....	52	FLINTSTONES PLUS EXTRA		ft all day allergy.....	97
fentanyl.....	35	IRON.....	143	ft all day allergy 24 hour.....	97
FERAHEME.....	88	FLINTSTONES SOUR GUMMIES.....	143	ft all day allergy relief.....	97
FERATE.....	88	FLINTSTONES W/IRON.....	143	ft all day allergy-d.....	104
FERGON.....	88	FLINTSTONES/MY FIRST.....	143	ft allergy childrens.....	97
FERIVA 21/7 (WITH DOCUSATE).....	88	FLORIVA PLUS.....	143	ft allergy relief.....	97
ferocon.....	88	FLOWFLEX COVID-19 AG HOME		ft allergy relief 12 hour.....	97
FEROSUL.....	88	TEST.....	44	ft allergy relief 24 hour.....	97
FERRALET 90.....	88	fluconazole.....	43	ft allergy relief childrens.....	97
ferretts.....	88	fluconazole in sodium chloride.....	43	ft allergy relief-d.....	104
FERREX 150.....	88	flucytosine.....	43	ft antacid & antigas.....	74
ferric x-150.....	88	fludrocortisone acetate.....	72	ft antacid regular strength.....	74
FERRLECIT.....	88	flunisolide.....	102	ft anti-diarrheal.....	75
ferrous fumarate.....	88	fluocinolone acetonide.....	95, 165, 166	ft antifungal.....	164
ferrous gluconate.....	88	fluocinolone acetonide body.....	165	ft aspirin.....	38
ferrous sulfate.....	88	fluocinolone acetonide scalp.....	166	ft aspirin low dose.....	38
ferrous sulfate er.....	88	fluocinonide.....	166	ft athletes foot (clotrimaz).....	164
FETZIMA.....	116	fluocinonide emulsified base.....	166	ft athletes foot (terbinafine).....	164
FETZIMA TITRATION.....	116	fluorometholone.....	92	ft children's pain/fever.....	38
FEVERALL ADULTS.....	38	fluorouracil.....	25, 168	ft clearax.....	80
FEVERALL CHILDRENS.....	38	fluoxetine hcl.....	116	ft earwax removal.....	170
FEVERALL INFANTS.....	38	fluphenazine decanoate.....	118	ft earwax removal kit.....	170
FEVERALL JUNIOR STRENGTH.....	38	fluphenazine hcl.....	118	ft enteric coated aspirin.....	38
fexofenadine hcl.....	96	flurbiprofen.....	34	ft fiber laxative.....	80
FIASP.....	66	flurbiprofen sodium.....	92	ft gas relief.....	77
FIASP FLEXTOUCH.....	66	fluticasone propionate.....	102, 166	ft gas relief extra strength.....	77
FIASP PENFILL.....	66	fluticasone-salmeterol.....	100	ft gas relief infants.....	77
FIASP PUMPCART.....	66	fluvoxamine maleate.....	115	ft gas relief ultra strength.....	78
fiber.....	80	folate.....	143	ft gentle laxative.....	80
fiber laxative.....	80	folbee.....	143	ft ibuprofen.....	34
fiber laxative + calcium.....	80	folbee plus.....	143	ft ibuprofen childrens.....	34
fiber-lax.....	80	FOLBIC.....	143	ft ibuprofen ib childrens.....	34
fidaxomicin.....	49	folic acid.....	143	ft laxative.....	80
finasteride.....	86	FOLIFLEX.....	143	ft lice killing max st.....	166
FINEST NUTRITION VITAMIN B-		folika-bc.....	144	ft milk of magnesia.....	80
12.....	143	FOLITAB 500.....	88	ft mineral oil.....	80
fingolimod hcl.....	114	folite.....	144	ft mucus relief 12hr.....	104
FINTEPLA.....	111	FOLITIN-Z.....	144	ft mucus relief 12hr max str.....	104
FINZALA.....	61	FOLIVANE-F.....	88	ft mucus relief dm.....	105
FIRMAGON.....	16	FOLIVANE-PLUS.....	88	ft nasal decongestant max str.....	105
FIRMAGON (240 MG DOSE).....	16	FOLIXAPURE.....	144	ft nasal decongestant pe.....	105
first aid antiseptic.....	168	folplex 2.2.....	144	ft nasal spray.....	105
FLAC.....	95	FOLTABS 800.....	144	ft nicotine.....	123
FLAREX.....	92	FOLTANX.....	144	ft pain relief.....	38
FLEBOGAMMA DIF.....	30	FOLTRATE.....	144	ft pain relief adult extra st.....	38
flecainide acetate.....	51	FOLTREXYL.....	144	ft senna laxatives.....	80
FLEET ENEMA.....	80	fondaparinux sodium.....	86	ft senna-s.....	80
FLEXICHAMBER.....	101	fosamprenavir calcium.....	40	ft stomach relief.....	76
FLINSTONES GUMMIES OMEGA-		fosinopril sodium.....	57	ft stool softener.....	80, 81
3 DHA.....	143	fosinopril sodium-hctz.....	55	ft tussin adult.....	105
FLINTSTONES COMPLETE.....	143	FOTIVDA.....	18	ft tussin cf adult.....	105
FLINTSTONES GUMMIES.....	143	freedavite.....	144	full spectrum b/vitamin c.....	144
		FRINDOVYX.....	15	FULPHILA.....	87

<i>fulvestrant</i>	16	<i>geri-lanta</i>	74	<i>gnp calcium citrate +d3</i>	131
FUNGOID TINCTURE.....	164	<i>geri-lanta maximum strength</i>	74	<i>gnp childrens allergy</i>	97
<i>furosemide</i>	55	<i>geri-mox</i>	74	<i>gnp childrens chewables/ex c</i>	144
FUSION.....	88	GERITOL COMPLETE.....	144	<i>gnp childrens ibuprofen</i>	34
FUSION PLUS.....	88	<i>geri-tussin</i>	105	<i>gnp children's pain & fever</i>	38
FUZEON.....	40	<i>gerivite complete</i>	144	GNP CLEARLAX.....	81
FYAVOLV.....	71	GILOTRIF.....	18	<i>gnp clotrimazole 3</i>	85
FYCOMPA.....	111	<i>glatiramer acetate</i>	114	<i>gnp co q10</i>	125
<i>gabapentin</i>	111, 123	GLATOPA.....	114	<i>gnp co q-10</i>	125
<i>galantamine hydrobromide</i>	115	GLEOSTINE.....	15	<i>gnp cough dm er</i>	105
<i>galantamine hydrobromide er</i>	115	<i>glimepiride</i>	68	<i>gnp d 1000</i>	144
GALBRIELA.....	61	<i>glipizide</i>	68	<i>gnp earwax removal drops</i>	170
GALLIFREY.....	73	<i>glipizide er</i>	68	<i>gnp earwax removal kit</i>	170
GAMASTAN.....	30	<i>glipizide xl</i>	68	<i>gnp electrolyte solution</i>	127
GAMMAGARD.....	30	<i>glipizide-metformin hcl</i>	68	<i>gnp epsom salt</i>	81
GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	30	<i>global alcohol prep ease</i>	66	<i>gnp essential one daily</i>	144
GAMMAKED.....	30	<i>glucoten</i>	144	<i>gnp fiber</i>	81
GAMMAPLEX.....	30	<i>glutamine</i>	125	<i>gnp fiber-caps</i>	81
GAMUNEX-C.....	30	GLUTOSE 5.....	59	<i>gnp folic acid</i>	144
<i>ganciclovir sodium</i>	46	<i>glycerin (adult)</i>	81	<i>gnp gas relief</i>	78
GARDASIL 9.....	32	<i>glycerin (infants & children)</i>	81	<i>gnp gas relief extra strength</i>	78
<i>gas relief</i>	78	<i>glycerin adult</i>	81	<i>gnp gentle laxative</i>	81
<i>gas relief extra strength</i>	78	<i>glycerin childrens</i>	81	<i>gnp glycerin (adult)</i>	81
<i>gas relief infants</i>	78	GLYCOLAX.....	81	<i>gnp glycerin child</i>	81
<i>gas relief ultra strength</i>	78	<i>glycopyrrolate</i>	77	<i>gnp hair/skin/nails</i>	144
GAS-X EXTRA STRENGTH.....	78	GLYDO.....	162	<i>gnp healthy eyes</i>	144
GAS-X ULTRA STRENGTH.....	78	GLYXAMBI.....	68	<i>gnp ibuprofen</i>	34
<i>gatifloxacin</i>	92	<i>gnp 8 hour arthritis relief</i>	38	<i>gnp ibuprofen childrens</i>	34
GATTEX.....	78	<i>gnp 8 hour pain relief</i>	38	<i>gnp ibuprofen infants</i>	34
<i>gavilax</i>	81	<i>gnp 8 hour pain reliever</i>	38	<i>gnp infant gas relief</i>	78
GAVILYTE-C.....	81	<i>gnp acetaminophen</i>	38	<i>gnp infants pain/fever</i>	38
GAVILYTE-G.....	81	<i>gnp all day allergy</i>	97	<i>gnp iron</i>	88
GAVILYTE-N WITH FLAVOR		<i>gnp all day allergy childrens</i>	97	<i>gnp lice treatment</i>	166
PACK.....	81	<i>gnp all day allergy-d</i>	105	<i>gnp lidocaine pain relief</i>	168
GAVRETO.....	18	<i>gnp allergy</i>	97	<i>gnp little ones childrens</i>	144
<i>gefitinib</i>	18	<i>gnp allergy & congestion</i>	105	<i>gnp loperamide hcl</i>	76
<i>gemcitabine hcl</i>	25	<i>gnp allergy relief</i>	97	<i>gnp loratadine</i>	97
<i>gemfibrozil</i>	52	<i>gnp allergy relief 24 hr</i>	97	<i>gnp loratadine childrens</i>	97
GEMTESA.....	84	<i>gnp allergy relief max st</i>	97	<i>gnp lubricant eye drops (pf)</i>	93
<i>genadek step 1</i>	144	<i>gnp allergy/congestion relief</i>	105	<i>gnp lubricating plus eye drops</i>	93
<i>genadek step 2</i>	144	<i>gnp antacid</i>	75	<i>gnp magnesium oxide</i>	75
<i>generlac</i>	81	<i>gnp antacid & anti-gas</i>	74	<i>gnp mega multi for men</i>	144
GENGRAF.....	31	<i>gnp antacid regular strength</i>	75	<i>gnp mega multi for women</i>	144
GENOTROPIN.....	70	<i>gnp antibacterial urinary pain</i>	44	<i>gnp melatonin</i>	125
GENOTROPIN MINIQUEL.....	70	<i>gnp anti-diarrheal</i>	76	<i>gnp melatonin maximum strength</i>	125
<i>gentamicin in saline</i>	44	<i>gnp anti-gas</i>	78	<i>gnp miconazole 1</i>	85
<i>gentamicin sulfate</i>	44, 92, 163	<i>gnp anti-itch</i>	168	<i>gnp miconazole 3</i>	85
GENTEAL SEVERE.....	93	<i>gnp antiseptic skin cleanser</i>	168	<i>gnp miconazole 7</i>	85
GENTEAL TEARS.....	93	<i>gnp artificial tears</i>	93	<i>gnp miconazorb af</i>	164
GENTEAL TEARS MODERATE PF.....	93	<i>gnp aspirin</i>	38	<i>gnp milk of magnesia</i>	81
GENTEAL TEARS PF.....	93	<i>gnp aspirin low dose</i>	38	<i>gnp mineral oil</i>	81
GENTEAL TEARS SEVERE		<i>gnp athletes foot</i>	164	<i>gnp mucus er</i>	105
DAY/NIGHT.....	93	<i>gnp bacitracin zinc</i>	163	<i>gnp nasal decongestant</i>	105
<i>gentle laxative</i>	81	<i>gnp biotin</i>	144	<i>gnp nasal decongestant pe</i>	105
<i>gentlelax</i>	81	<i>gnp cal mag zinc +d3</i>	131	<i>gnp nasal four spray</i>	105
GENVOYA.....	42	<i>gnp calamine</i>	168	<i>gnp nasal spray</i>	105
GERBER GROW MIGHTY.....	144	<i>gnp calcium</i>	131	<i>gnp nasal spray extra moist</i>	105
GERBER LIL' BRAINIES.....	144	<i>gnp calcium 500 +d3</i>	131	<i>gnp nasal spray fast acting</i>	105
<i>geri-dryl</i>	97	<i>gnp calcium 600 +d/minerals</i>	131	<i>gnp natural fiber</i>	81
<i>geri-kot</i>	81	<i>gnp calcium 600 +d3</i>	131	<i>gnp nicotine</i>	123

<i>gnp nicotine mini</i>	123	<i>goodsense antacid</i>	75	HARD NAILS.....	145
<i>gnp nicotine polacrilex</i>	123	<i>goodsense antacid & gas relief</i>	75	HARVONI.....	46
<i>gnp no drip nasal spray</i>	105	<i>goodsense anti-diarrheal</i>	76	HAVRIX.....	32
<i>gnp one daily mens health 50+</i>	144	<i>goodsense arthritis pain</i>	38	<i>healthy eyes</i>	145
<i>gnp one daily mens/lycopene</i>	144	<i>goodsense artificial tears</i>	93	<i>healthy eyes supervision 2</i>	145
<i>gnp one daily womens</i>	144	<i>goodsense aspirin adults</i>	38	<i>healthy eyes/lutein-zeaxanthin</i>	145
<i>gnp one daily womens 50+</i>	144	<i>goodsense aspirin low dose</i>	38	<i>healthy hair/skin/nails</i>	145
<i>gnp pain & fever childrens</i>	38	<i>goodsense athletes foot</i>	164	<i>healthy kids gummies</i>	145
<i>gnp pain & fever infants</i>	38	<i>goodsense bisacodyl laxative</i>	82	HEALTHY MAMA SHAKE THAT	
<i>gnp pain relief</i>	38	GOODSENSE CLEARLAX.....	82	ACHE.....	39
<i>gnp pain relief extra strength</i>	38	<i>goodsense cough dm</i>	105	HEALTHY MAMA TAME THE	
<i>gnp pain relief nighttime</i>	123	<i>goodsense cough dm childrens</i>	105	FLAME.....	75
<i>gnp petroleum jelly</i>	58	<i>goodsense electrolyte</i>	127	HEALTHYLAX.....	82
<i>gnp pink bismuth</i>	76	<i>goodsense enema</i>	82	HEATHER.....	62
<i>gnp pink bismuth ultra str</i>	76	<i>goodsense epsom salt</i>	82	<i>h-e-b oral electrolyte</i>	127
<i>gnp povidone-iodine</i>	168	<i>goodsense first aid antibiotic</i>	163	HEMATEX.....	88
<i>gnp prenatal</i>	144	<i>goodsense ibuprofen</i>	35	<i>hematinic/folic acid</i>	88
<i>gnp pseudoephedrine hcl 12 hr</i>	105	<i>goodsense ibuprofen childrens</i>	34	HEMATOGEN FA.....	88
<i>gnp senna lax</i>	81	<i>goodsense ibuprofen infants</i>	35	HEMATOGEN FORTE.....	88
<i>gnp senna plus</i>	81	<i>goodsense lice killing</i>	166	HEMOCYTE PLUS.....	88
<i>gnp stomach relief</i>	76	<i>goodsense lubricating eye drop</i>	93	<i>heparin (porcine) in nacl</i>	86
<i>gnp stool softener</i>	81	<i>goodsense milk of magnesia</i>	82	<i>heparin sodium (porcine)</i>	86
<i>gnp stool softener ex st</i>	81	<i>goodsense mineral oil</i>	82	<i>heparin sodium (porcine) pf</i>	86
<i>gnp stool softener/laxative</i>	81	<i>goodsense mucus er</i>	105	HEPLISAV-B.....	32
<i>gnp terbinafine hydrochloride</i>	164	<i>goodsense mucus relief child</i>	106	HERCEPTIN.....	19
<i>gnp therapeutic-m</i>	144	<i>goodsense nicotine</i>	123, 124	HERCEPTIN HYLECTA.....	19
<i>gnp tolnaftate</i>	164	<i>goodsense pain & fever child</i>	39	HERZUMA.....	19
<i>gnp triple antibiotic</i>	163	<i>goodsense pain & fever infants</i>	39	HIBERIX.....	32
<i>gnp triple antibiotic plus</i>	163	<i>goodsense pain relief</i>	39	HIBICLENS.....	168
<i>gnp tussin cf cough & cold</i>	105	<i>goodsense pain relief extra st</i>	39	<i>high potency multivit/fa</i>	145
<i>gnp tussin cough long acting</i>	105	<i>goodsense senna laxative</i>	82	<i>high potency multivitamin</i>	145
<i>gnp tussin dm</i>	105	<i>goodsense stomach relief</i>	76	<i>hm adult aspirin</i>	39
<i>gnp tussin dm cough</i>	105	<i>goodsense stool softener</i>	82	<i>hm all day allergy childrens</i>	97
<i>gnp tussin dm max</i>	105	<i>goodsense tussin cf</i>	106	<i>hm arthritis pain relief</i>	39
<i>gnp tussin mucus & chest cong</i>	105	<i>goodsense tussin dm</i>	106	<i>hm calcium citrate+d3 petite</i>	131
<i>gnp vitamin a</i>	145	<i>goodsense tussin dm max</i>	106	<i>hm complete men</i>	145
<i>gnp vitamin b-1</i>	145	<i>goodsense ultra lubricant drop</i>	93	<i>hm complete women</i>	145
<i>gnp vitamin b-12</i>	145	<i>granisetron hcl</i>	76, 77	<i>hm cough dm</i>	106
<i>gnp vitamin b-6</i>	145	<i>griseofulvin microsize</i>	43	<i>hm enema</i>	82
<i>gnp vitamin c</i>	145	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	43	<i>hm fexofenadine hcl</i>	97
<i>gnp vitamin c drops</i>	145	<i>guaifenesin</i>	106	<i>hm ibuprofen childrens</i>	35
<i>gnp vitamin c w/rose hips</i>	145	<i>guaifenesin er</i>	106	<i>hm loratadine</i>	97
<i>gnp vitamin c/rose hips</i>	145	<i>guaifenesin-codeine</i>	106	<i>hm loratadine childrens</i>	97
<i>gnp vitamin d</i>	145	<i>guaifenesin-dm</i>	106	<i>hm nicotine polacrilex</i>	124
<i>gnp vitamin d maximum strength</i>	145	<i>guanfacine hcl</i>	56	<i>hm pain relief</i>	39
<i>gnp vitamin d super strength</i>	145	<i>guanfacine hcl er</i>	120	<i>hm petroleum jelly</i>	58
<i>gnp vitamin d3</i>	145	GUMMI BEAR		<i>hm stomach relief</i>	76
<i>gnp vitamin d3 extra strength</i>	145	MULTIVITAMIN/MIN.....	145	<i>hm stomach relief ultra</i>	76
<i>gnp vitamin e</i>	145	HAEGARDA.....	87	<i>hm stool softener/laxative</i>	82
<i>gnp womens gentle laxative</i>	81	HAILEY 1.5/30.....	61	<i>hm womens 50+ advanced daily</i>	145
<i>gnp zinc oxide</i>	168	HAILEY 24 FE.....	61	HONEY BEARS W/IRON-ZINC.....	145
GOLD BOND ULTIMATE		<i>hair skin & nails</i>	145	HUMIRA (2 PEN).....	28
HEALING.....	168	<i>hair skin & nails advanced</i>	145	HUMIRA (2 SYRINGE).....	28
GOMEKLI.....	18	<i>hair skin nails</i>	145	HUMIRA-CD/UC/HS STARTER.....	28
<i>goodsense advanced antacid</i>	75	<i>hair/skin/nails</i>	145	HUMIRA-PED>=40KG UC	
<i>goodsense all day allergy</i>	97	<i>halobetasol propionate</i>	166	STARTER.....	28
<i>goodsense all day allergy-d</i>	105	HALOETTE.....	62	HUMIRA-PSORIASIS/UEIT	
<i>goodsense aller-ease</i>	97	<i>haloperidol</i>	118	STARTER.....	28
<i>goodsense allergy relief</i>	97	<i>haloperidol decanoate</i>	118	HUMULIN R U-500	
<i>goodsense allergy relief child</i>	97	<i>haloperidol lactate</i>	118	(CONCENTRATED).....	66

HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	66	INCRELEX.....	70	IXIARO.....	32
HYCODAN.....	106	INCRUSE ELLIPTA.....	95	JAIMIESS.....	62
<i>hydralazine hcl</i>	56	<i>indapamide</i>	55	JAKAFI.....	19
HYDRALYTE.....	127	INDICAID COVID-19 RAPID TEST.....	44	JANTOVEN.....	86
HYDRASYN25.....	168	INFANRIX.....	32	JANUMET.....	68
<i>hydrochlorothiazide</i>	55	<i>infants gas relief</i>	78	JANUMET XR.....	68
<i>hydrocod poli-chlorphe poli er</i>	106	<i>infants ibuprofen</i>	35	JANUVIA.....	68
<i>hydrocodone bitartrate er</i>	35	INFED.....	89	JARDIANCE.....	68
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr</i>	106	<i>infiximab</i>	28	JASMIEL.....	62
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	36	INFUVITE ADULT.....	146	JAVYGTOR.....	70
<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	36	INFUVITE PEDIATRIC.....	146	JAYPIRCA.....	19
<i>hydrocortisone</i>	72, 79, 166	INJECTAFER.....	89	JENTADUETO.....	68
<i>hydrocortisone (perianal)</i>	168	INLYTA.....	19	JENTADUETO XR.....	68
<i>hydrocortisone sod suc (pf)</i>	72	INQOVI.....	25	JINTELI.....	71
<i>hydrocortisone valerate</i>	166	INREBIC.....	19	JOLESSA.....	62
<i>hydromet</i>	106	INSPIREASE.....	101	JULEBER.....	62
<i>hydromorphone hcl</i>	36	INTEGRA.....	89	JULUCA.....	42
<i>hydrous emulsified base</i>	58	INTEGRA F.....	89	JUNEL 1.5/30.....	62
<i>hydroxocobalamin acetate</i>	146	INTEGRA PLUS.....	89	JUNEL 1/20.....	62
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	30	INTELENCE.....	41	JUNEL FE 1.5/30.....	62
<i>hydroxyurea</i>	26	INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST.....	44	JUNEL FE 1/20.....	62
<i>hydroxyzine hcl</i>	97	INTRALIPID.....	134	JUNEL FE 24.....	62
<i>hydroxyzine pamoate</i>	98	INTROVALE.....	62	<i>just 4 kidz multivit/probiotic</i>	146
<i>hylazinc</i>	146	INTROVALE.....	62	JYLAMVO.....	30
<i>ibandronate sodium</i>	73	INVEGA HAFYERA.....	118	JYNNEOS.....	32
IBRANCE.....	19	INVEGA SUSTENNA.....	118, 119	KADCYLA.....	19
IBTROZI.....	19	INVEGA TRINZA.....	119	KAITLIB FE.....	62
IBU.....	35	IPOL.....	32	KALETRA.....	42
<i>ibuprofen</i>	35	<i>ipratropium bromide</i>	95	KALYDECO.....	101
<i>ibuprofen childrens</i>	35	<i>ipratropium-albuterol</i>	99	KANJINTI.....	20
<i>ibuprofen infants</i>	35	<i>irbesartan</i>	51	KARIVA.....	62
<i>ibuprofen junior strength</i>	35	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	54	<i>kcl (0.149%) in nacl</i>	126
ICAPS.....	146	<i>irinotecan hcl</i>	26	<i>kcl in dextrose-nacl</i>	126
ICAPS AREDS FORMULA.....	146	<i>iron</i>	89	KELNOR 1/35.....	62
ICAPS LUTEIN & OMEGA-3.....	146	<i>iron 27</i>	89	KELNOR 1/50.....	62
ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN... ..	146	<i>iron chews pediatric</i>	89	KERADAN.....	168
ICAPS MV.....	146	<i>iron folate plus</i>	89	KERENDIA.....	51
ICAR.....	88	<i>iron folate-f</i>	89	KERR TRIPLE DYE SWABS.....	168
<i>icatibant acetate</i>	87	<i>iron high-potency</i>	89	KESIMPTA.....	114
ICLEVIA.....	62	<i>iron slow release</i>	89	<i>ketoconazole</i>	43, 164
ICLUSIG.....	19	<i>iron supplement</i>	89	KETO-DIASTIX.....	70
IDACIO (2 PEN).....	28	IRON UP.....	89	<i>ketorolac tromethamine</i>	92
IDACIO (2 SYRINGE).....	28	IS-D 10,000.....	146	KEYTRUDA.....	20
IDACIO-CROHNS/UC STARTER.....	28	ISENTRESS.....	41	<i>kimono</i>	62
IDACIO-PSORIASIS STARTER.....	28	ISENTRESS HD.....	41	KIMONO COLORS.....	62
IDHIFA.....	19	ISIBLOOM.....	62	KIMONO MAXX-LARGE FLARE.....	62
IFEREX 150.....	88	ISOLYTE-P IN D5W.....	126	<i>kimono micro thin</i>	62
IHEALTH COVID-19 RAPID TEST.....	44	ISOLYTE-S PH 7.4.....	126	<i>kimono micro thin plus</i>	62
<i>imatinib mesylate</i>	19	<i>isoniazid</i>	42	<i>kimono plus</i>	62
IMBRUVICA.....	19	<i>isosorbide dinitrate</i>	57	<i>kimono sensation</i>	62
<i>imipenem-cilastatin</i>	44	<i>isosorbide mononitrate er</i>	57	<i>kimono sensation plus</i>	62
<i>imipramine hcl</i>	116	<i>isotretinoin</i>	162	KIMONO SPECIAL.....	62
<i>imiquimod</i>	168	<i>isradipine</i>	54	KINDERLYTE.....	127
<i>imkeldi</i>	19	<i>itch relief extra strength</i>	168	KINDERLYTE PREMAX.....	127
<i>immune support</i>	146	ITOVEBI.....	19	KINRIX.....	33
IMMUNERX.....	146	<i>itraconazole</i>	43	KIONEX.....	59
IMOVAX RABIES.....	32	<i>ivabradine hcl</i>	56	KISQALI (200 MG DOSE).....	20
IMPAVIDO.....	44	<i>ivermectin</i>	44	KISQALI (400 MG DOSE).....	20
INBRIJA.....	113	<i>i-vite</i>	146	KISQALI (600 MG DOSE).....	20
INCASSIA.....	62	IWILFIN.....	26		

KISQALI FEMARA (200 MG DOSE).....	20	LARIN 1.5/30.....	62	LINZESS.....	78
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE).....	20	LARIN 1/20.....	62	liothyronine sodium.....	59
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	20	LARIN 24 FE.....	62	liquid acetaminophen.....	39
KLAYESTA.....	164	LARIN FE 1.5/30.....	62	liquid allergy relief.....	98
KLOR-CON.....	127	LARIN FE 1/20.....	62	liquid pain relief.....	39
KLOR-CON 10.....	127	latanoprost.....	91	lisinopril.....	57
KLOR-CON M10.....	127	laxative.....	82	lisinopril-hydrochlorothiazide.....	55
KLOR-CON M15.....	127	laxative max str.....	82	lithium.....	121
KLOR-CON M20.....	127	laxative regular strength.....	82	lithium carbonate.....	121
KLS ALLERCLEAR D-24HR.....	106	LAYOLIS FE.....	62	lithium carbonate er.....	121
KLS ALLER-TEC D.....	106	LAZCLUZE.....	20	LIVTENCITY.....	46
kobee.....	146	leader finger cream.....	168	l-methylfolate.....	146
KOSELUGO.....	20	leflunomide.....	30	l-methylfolate calcium.....	146
KOURZEQ.....	161	lenalidomide.....	27	l-methylfolate-b6-b12.....	146
kp adults 50+ daily formula.....	146	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ...	20	l-methyl-mc.....	146
kp adults daily formula.....	146	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ...	20	LOESTRIN 1.5/30 (21).....	63
kp b complex-c.....	146	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ...	20	LOESTRIN 1/20 (21).....	63
kp bisacodyl.....	82	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ...	20	LOESTRIN FE 1.5/30.....	63
kp calcium 600+d.....	131	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ...	20	LOESTRIN FE 1/20.....	63
kp calcium citrate+d.....	131	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ...	20	lohist-dm.....	106
kp calcium-magnesium-zinc.....	131	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	20	LOJAIMIESS.....	63
kp ferrous gluconate.....	89	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	20	LOKELMA.....	59
kp ferrous sulfate.....	89	LESSINA.....	62	LOMAIRA.....	73
kp folic acid.....	146	letrozole.....	16	LONSURF.....	25
kp mag-oxide magnesium.....	131	leucovorin calcium.....	25	loperamide hcl.....	76, 78
kp melatonin.....	125	LEUKERAN.....	15	lopinavir-ritonavir.....	42
kp mens 50+ daily formula.....	146	leuprolide acetate.....	16	loradamed.....	98
kp mens daily formula.....	146	levalbuterol hcl.....	99	loratadine.....	98
kp niacin.....	146	levalbuterol tartrate.....	99	loratadine childrens.....	98
kp prenatal multivitamins.....	146	levetiracetam.....	111, 123	loratadine-d 12hr.....	106
kp pseudoephedrine hcl.....	106	levetiracetam er.....	111	loratadine-d 24hr.....	106
kp senna.....	82	levetiracetam in nacl.....	123	lorazepam.....	115
KP VISION FORMULA.....	146	levobunolol hcl.....	91	LORAZEPAM INTENSOL.....	115
KP VISION FORMULA/LUTEIN.....	146	levocarnitine.....	70	LORBRENA.....	20, 21
kp vitamin b-12.....	146	levocetirizine dihydrochloride.....	98	LORYNA.....	63
kp vitamin b-6.....	146	levofloxacin.....	49	losartan potassium.....	51
kp vitamin d.....	146	levofloxacin in d5w.....	49	losartan potassium-hctz.....	55
kp vitamin d3.....	146	LEVONEST.....	62	LOTEMAX.....	92
kp womens 50+ daily formula.....	146	levonorgest-eth estrad 91-day.....	63	loteprednol etabonate.....	92
kp womens daily formula.....	146	levonorgestrel-ethinyl estrad.....	63	lovastatin.....	52
K-PAX IMMUNE PROFESSIONAL ST.....	146	levonorg-eth estrad triphasic.....	63	LOW-OGESTREL.....	63
KRAZATI.....	20	LEVORA 0.15/30 (28).....	63	loxapine succinate.....	119
KURVELO.....	62	LEVO-T.....	58	lubricant eye drops.....	93
labetalol hcl.....	53	levothyroxine sodium.....	59	lubricant eye drops (pf).....	93
LAC-HYDRIN FIVE.....	168	LEVOXYL.....	59	lubricant eye drops pf.....	93
lacosamide.....	111, 123	l-glutamine.....	87, 125	lubricating eye drops.....	93
lactated ringers.....	126	lice killing.....	166	LUMAKRAS.....	21
lactulose.....	82	lice killing maximum strength.....	166	LUMIGAN.....	91
lactulose encephalopathy.....	82	lidocaine.....	162, 168	LUMIZYME.....	70
lamivudine.....	41, 46	lidocaine hcl.....	39, 162	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	16
lamivudine-zidovudine.....	42	lidocaine hcl (pf).....	39	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	16
lamotrigine.....	111	lidocaine pain relief.....	168	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....	70
lamotrigine er.....	111	lidocaine pain relief max st.....	168	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....	70
lanreotide acetate.....	70	lidocaine pain relieving.....	168	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH).....	70
lansoprazole.....	79	lidocaine viscous hcl.....	161	lurasidone hcl.....	119
lapatinib ditosylate.....	20	lidocaine-prilocaine.....	162	LUTERA.....	63
		LIDOCAN.....	162	LYBALVI.....	119
		LILETTA (52 MG).....	63	LYLEQ.....	63
		linezolid.....	44, 45	LYLLANA.....	71
		linezolid in sodium chloride.....	44	LYNPARZA.....	21

LYSIPLEX PLUS	146	<i>megestrol acetate</i>	16, 73	<i>miconazole 7</i>	85
LYSODREN	16	<i>meijer advanced formula</i>	147	<i>miconazole antifungal</i>	164
LYTGObI (12 MG DAILY DOSE)	21	<i>meijer c</i>	147	<i>miconazole nitrate</i>	164
LYTGObI (16 MG DAILY DOSE)	21	<i>meijer ibuprofen</i>	35	MICOTRIN AP	164
LYTGObI (20 MG DAILY DOSE)	21	<i>meijer nasal decongestant</i>	106	MICROCHAMBER	101
LYZA	63	MEKINIST	21	<i>microderm base</i>	58
MACULAR HEALTH FORMULA	146	MEKTOVI	21	MICROGESTIN 1.5/30	63
MACUVITE	147	<i>melatonin</i>	58, 125	MICROGESTIN 1/20	63
MACUVITE EYE CARE	147	<i>melatonin maximum strength</i>	125	MICROGESTIN FE 1.5/30	63
MACUVITE/LUTEIN	147	MELEYA	63	MICROGESTIN FE 1/20	63
MAG64	131	<i>meloxicam</i>	35	MICROSOME BASE	58
<i>mag-al plus</i>	75	<i>memantine hcl</i>	115	MICROSPACER	101
<i>mag-al plus xs</i>	75	<i>memantine hcl er</i>	115	<i>midodrine hcl</i>	56
MAGDELAY	131	<i>memantine hcl-donepezil hcl</i>	115	MIEBO	93
<i>mag-g</i>	131	MENACTRA	33	<i>mifepristone</i>	70
MAGNEBIND 300	131	MENQUADFI	33	MILI	63
MAGNEBIND 400	131	<i>mens 50+ advanced</i>	147	<i>milk of magnesia</i>	82
<i>magnesium</i>	131	<i>mens 50+ multivitamin</i>	147	MIMVEY	71
<i>magnesium gluconate</i>	131	<i>mens daily formula/lycopene</i>	147	<i>mineral oil</i>	82
<i>magnesium lactate</i>	131	<i>mens multivitamin</i>	147	<i>minocycline hcl</i>	51
<i>magnesium oxide</i>	75	MENVEO	33	<i>minoxidil</i>	56
<i>magnesium oxide -mg supplement</i>	131	<i>mercaptopurine</i>	26	MINTOX	75
<i>magnesium sulfate</i>	126	MERIBIN	147	<i>mintox maximum strength</i>	75
<i>magnesium sulfate in d5w</i>	126	<i>meropenem</i>	45	MINTOX PLUS	75
<i>magnesium-aluminum-simethicone</i>	75	<i>mesalamine</i>	79	MIRALAX	82
MAGNESIUM-OXIDE	131	<i>mesalamine er</i>	79	<i>mirtazapine</i>	116
MAGOX 400	131	<i>mesalamine-cleanser</i>	79	<i>misoprostol</i>	78
MAG-OXIDE	131	<i>mesna</i>	25	MITIGARE	40
MAG-TAB SR	131	MESNEX	25	M-M-R II	33
<i>malathion</i>	166	METAFOBIC	147	<i>m-natal plus</i>	127
<i>manganese chloride</i>	131	METAFOBIC PLUS	147	<i>modafinil</i>	122
MAOX	75	<i>metformin hcl</i>	68	<i>moexipril hcl</i>	57
<i>mapap</i>	39	<i>metformin hcl er</i>	68	<i>moisturizing cream</i>	169
MAPAP CHILDRENS	39	<i>methadone hcl</i>	35, 36	<i>molindone hcl</i>	119
<i>maraviroc</i>	41	METHADONE HCL INTENSOL	35	<i>mometasone furoate</i>	166
MAR-COF CG EXPECTORANT	106	<i>methazolamide</i>	55	MONISTAT 1 DAY OR NIGHT	85
<i>marlissa</i>	63	<i>methenamine hippurate</i>	45	MONISTAT 3	85
MARPLAN	116	<i>methimazole</i>	59	MONISTAT 3 COMBO PACK APP	85
MATULANE	26	<i>methocarbamol</i>	114	MONISTAT 7 COMBO PACK APP	85
MAVYRET	46	<i>methotrexate sodium</i>	26, 30	MONISTAT 7 SIMPLY CURE	85
MAXALLERGY KIDS	98	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	26	MONJUVI	21
MAXIFED	106	<i>methsuximide</i>	111	MONOFERRIC	89
MAXIMUM D3	147	<i>methylphenidate hcl</i>	121	MONO-LINYAH	63
<i>maximum daily green</i>	147	<i>methylphenidate hcl er</i>	121	<i>montelukast sodium</i>	103
<i>maxi-tuss ac</i>	106	<i>methylprednisolone</i>	72	MOOD FOOD	147
<i>maxi-tuss cd</i>	106	<i>methylprednisolone acetate</i>	72	MOOD FOOD ES	147
<i>maxi-tuss g</i>	106	<i>methylprednisolone sodium succ</i>	72	<i>morphine sulfate</i>	36
<i>maxi-tuss gmx</i>	106	<i>methyltestosterone</i>	60	<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	36
<i>maxx</i>	63	<i>metoclopramide hcl</i>	77	<i>morphine sulfate er</i>	36
<i>maxx plus</i>	63	<i>metolazone</i>	56	MOUNJARO	68
<i>m-dryl</i>	98	<i>metoprolol succinate er</i>	53	MOVANTIK	78
<i>meclizine hcl</i>	77	<i>metoprolol tartrate</i>	53	<i>moxifloxacin hcl</i>	49, 92
<i>medi-first triple antibiotic</i>	163	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	54	<i>moxifloxacin hcl in nacl</i>	49
MEDPURA ZINC OXIDE	168	<i>metronidazole</i>	45, 85, 169	<i>m-pap</i>	39
<i>medroxyprogesterone acetate</i> ...	63, 73	<i>metryrosine</i>	56	MRESVIA	33
<i>mefloquine hcl</i>	46	<i>mgo</i>	131	MTX SUPPORT	147
<i>mega biotin</i>	147	MIBELAS 24 FE	63	MUCINEX	107
MEGA MULTI MEN	147	<i>micalfungin sodium</i>	43	MUCINEX CHILDRENS	
<i>megavite fruits & veggies</i>	147	<i>miconazole 1</i>	85	FREEFROM	106
<i>megavite golden years 55+</i>	147	<i>miconazole 3 combo-supp</i>	85	MUCINEX COLD CHILDRENS	107

MUCINEX COUGH & CONGEST			
CHILD	107		
MUCINEX COUGH CHILDRENS ..	107		
MUCINEX DM	107		
MUCINEX FAST-MAX CHEST			
CONG MS	107		
MUCINEX FAST-MAX CONGEST			
COUGH	107		
MUCINEX FAST-MAX DM MAX	107		
MUCINEX MAXIMUM STRENGTH	107		
MUCINEX SINUS-MAX CLEAR &			
COOL	107		
MUCINEX SINUS-MAX			
SINUS/ALLRGY	107		
mucus relief	107		
mucus relief cough childrens	107		
mucus relief dm	107		
mucus relief dm max	107		
mucus relief er	107		
mucus relief max st	107		
MULTAQ	51		
multi + omega-3 adult gummies	147		
multi adult gummies	147		
multi complete/iron	147		
multi for her	147		
multi for her 50+	147		
MULTI FOR HIM	147		
multi for him 50+	147		
multi vitamin	147		
multi vitamin w/d-3	147		
multi vitamin/minerals	147		
MULTIGEN	89		
MULTIGEN PLUS	89		
multiple electro type 1 ph 5.5	126		
multiple electro type 1 ph 7.4	126		
multiple vit/minerals/no iron	147		
multiple vitamins	147		
multiple vitamins essential	147		
multiple vitamins/iron	147		
multiple vitamins/womens	147		
multiple vitamins-minerals	147		
multipro	148		
multi-vit/iron/fluoride	148		
multivit/multimineral adult	148		
multivitamin	148		
multi-vitamin	148		
multivitamin & mineral	148		
multivitamin adult	148		
multivitamin adult (minerals)	148		
multivitamin adults	148		
multivitamin adults 50+	148		
multivitamin childrens	148		
multivitamin childrens (w/ fa)	148		
multivitamin childrens gummies	148		
multivitamin drops/iron	148		
multi-vitamin gummies	148		
multivitamin gummies adult	148		
multivitamin gummies mens	148		
multivitamin gummies womens	148		
multivitamin infant & toddler	148		
multivitamin men 50+	148		
multi-vitamin moncaps	148		
multivitamin w/fluoride	148		
multivitamin women	148		
multivitamin women 50+	148		
multivitamin womens 50+ adv	148		
multivitamin/fluoride	148		
multi-vitamin/fluoride	148		
multi-vitamin/fluoride/iron	148		
multi-vitamin/iron	148		
multi-vitamin/minerals	148		
multivitamin/zinc stress	148		
multivitamin-minerals	148		
multivitamins plus iron child	148		
multi-vite	148		
multivit-min gummies childrens	149		
mupirocin	163		
MURINE EAR	170		
MURINE EAR WAX REMOVAL			
SYSTEM	170		
MURO 128	93		
MVW COMPLETE FORMULATION			
.....	149		
MVW COMPLETE FORMULATION			
D3000	149		
MVW COMPLETE FORMULATION			
D5000	149		
MVW COMPLETE FORMULATION			
MINIS	149		
mvw hi-d adek gummies	149		
MVW MODULATOR			
FORMULATION	149		
MVW MODULATOR			
FORMULATION MINI	149		
myamulti	149		
mycophenolate mofetil	31		
mycophenolate sodium	31		
MYCOZYL AP	164		
MYLANTA MAXIMUM STRENGTH ..	75		
MYLICON INFANTS GAS RELIEF ..	78		
MYNEPHRON	149		
MYRBETRIQ	84		
na ferric gluc cplx in sucrose	89		
na sulfate-k sulfate-mg sulf	82		
nabumetone	35		
nadolol	53		
nafcillin sodium	50		
NAGLAZYME	70		
nalbuphine hcl	36		
naloxone hcl	124		
naltrexone hcl	124		
NAMZARIC	115		
NAPHCON-A	90		
naproxen	35		
naproxen dr	35		
naproxen sodium	35		
naratriptan hcl	122		
nasal decongestant	107		
nasal decongestant pe	107		
nasal decongestant pe max st	107		
nasal decongestant spray	107		
nasal four	107		
nasal spray 12 hour	107		
nasal spray extra moisturizing	107		
nasal spray no drip	107		
NASCOBAL	149		
NATACYN	92		
nateglinide	68		
natural close hips	149		
natural psyllium seed	82		
natural senna laxative	82		
natural vitamin d-3	149		
NAYZILAM	111		
nebivolol hcl	53		
NECON 0.5/35 (28)	63		
nefazodone hcl	116		
neomycin sulfate	45		
neomycin-bacitracin zn-polymyx	92		
neomycin-polymyxin-dexameth	91		
neomycin-polymyxin-gramicidin	92		
neomycin-polymyxin-hc	91, 95		
NEO-POLYCIN	92		
NEO-POLYCIN HC	91		
NEOQ10	125		
NEPHPLEX RX	149		
nephro vitamins	149		
NEPHRON FA	89		
NEPHRONEX	149		
NEPHRO-VITE	149		
NERLYNX	21		
neti pot sinus wash	101		
NEUTROGENA HAND	169		
nevirapine	41		
nevirapine er	41		
NEXLETOL	52		
NEXLIZET	52		
NEXPLANON	63		
niacin	149		
niacin er	149		
niacin er (antihyperlipidemic)	52		
niacinamide	149		
nicardipine hcl	54		
NICODERM CQ	124		
NICOMIDE	149		
NICORETTE	124		
NICORETTE MINI	124		
NICORETTE STARTER KIT	124		
nicotinamide	149		
nicotine	124		
nicotine mini	124		
nicotine polacrilex	124		
nicotine polacrilex mini	124		
nicotine step 1	124		
nicotine step 2	124		
nicotine step 3	124		
NICOTROL	124		
NICOTROL NS	124		
nifedipine er	54		
nifedipine er osmotic release	54		
NIFEREX	89		

NIKKI.....	64	NUTRADERM.....	169	ONE DAILY ESSENTIAL.....	150
<i>nilotinib hcl</i>	21	NUTRILIPID.....	134	<i>one daily for men 50+ advanced</i>	150
<i>nilutamide</i>	16	NUZYRA.....	51	<i>one daily for men/lycopen</i>	150
<i>nimodipine</i>	54	NYAMYC.....	164	<i>one daily for women</i>	150
NINJACOF-XG.....	107	NYLIA 1/35.....	64	<i>one daily for women 50+ adv</i>	150
NINLARO.....	21	NYLIA 7/7/7.....	64	<i>one daily healthy weight adv</i>	150
<i>nitazoxanide</i>	45	<i>nystatin</i>	43, 161, 164	<i>one daily maximum</i>	150
<i>nitisinone</i>	70	NYSTOP.....	164	<i>one daily mens</i>	150
NITRO-BID.....	57	OCELLA.....	64	<i>one daily mens 50+ multivit</i>	150
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	45	OCTAGAM.....	30	<i>one daily mens health</i>	150
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	45	<i>octreotide acetate</i>	70, 71	<i>one daily multivitamin adult</i>	150
<i>nitroglycerin</i>	57, 169	<i>ocular vitamins</i>	149	<i>one daily multivitamin/iron</i>	150
NIVA-FOL.....	149	<i>ocutabs</i>	149	<i>one daily womens</i>	150
NIVANEX DMX.....	108	<i>ocutabs-lutein</i>	149	<i>one daily womens 50 plus</i>	150
NIX CREME RINSE.....	166	OCUVITE ADULT 50+.....	149	<i>one daily womens 50+</i>	150
<i>nizatidine</i>	74	OCUVITE ADULT FORMULA.....	150	<i>one daily/minerals</i>	150
<i>no drip nasal spray</i>	108	OCUVITE EXTRA.....	150	ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN.....	150
<i>no iron mult vitamin-minerals</i>	149	OCUVITE EYE + MULTI.....	150	ONE VITE FERROUS SULFATE....	89
<i>nohist-dm</i>	108	OCUVITE EYE HEATLH.....		ONE-A-DAY ENERGY.....	150
<i>non-aspirin</i>	39	GUMMIES.....	150	ONE-A-DAY ESSENTIAL.....	150
<i>non-aspirin extra strength</i>	39	OCUVITE-LUTEIN.....	150	ONE-A-DAY FOR HER.....	
NORA-BE.....	64	ODEFSEY.....	42	VITACRAVES.....	150
<i>norelgestromin-eth estradiol</i>	64	ODOMZO.....	21	ONE-A-DAY FOR HIM.....	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	64	OFEV.....	101	VITACRAVES.....	150
<i>norethindrone</i>	64	<i>ofloxacin</i>	92, 95	ONE-A-DAY JOLLY RANCHER....	150
<i>norethindrone acetate</i>	73	OGIVRI.....	21	ONE-A-DAY MENOPAUSE.....	
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>	64	OGSIVEO.....	21	FORMULA.....	150
<i>norethindrone-eth estradiol</i>	72	OJEMDA.....	21	ONE-A-DAY MENS.....	151
<i>norethin-eth estradiol-fe</i>	64	OJJAARA.....	22	ONE-A-DAY MENS (MINERALS)..	150
<i>norgestimate-eth estradiol</i>	64	<i>olanzapine</i>	119	ONE-A-DAY MENS 50+.....	151
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	64	<i>olmesartan medoxomil</i>	51	ONE-A-DAY MENS 50+.....	
NORLYROC.....	64	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	55	ADVANTAGE.....	151
NORTREL 0.5/35 (28).....	64	<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	55	ONE-A-DAY MENS HEALTH.....	
NORTREL 1/35 (21).....	64	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	52	FORMULA.....	151
NORTREL 1/35 (28).....	64	<i>omeprazole</i>	79	ONE-A-DAY MENS VITACRAVES.....	151
NORTREL 7/7/7.....	64	<i>omnicap</i>	150	ONE-A-DAY PROACTIVE 65+.....	151
<i>nortriptyline hcl</i>	116	OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO.....		ONE-A-DAY TEEN.....	
NORVIR.....	41	GEN 5.....	67	ADVANTAGE/HER.....	151
<i>norwegian cod liver oil</i>	149	OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS.....		ONE-A-DAY TEEN.....	
NOVAFERRUM.....	89	GEN 5.....	67	ADVANTAGE/HIM.....	151
NOVAFERRUM 50.....	89	OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN 5).....	67	ONE-A-DAY VITACRAVES.....	151
NOVAFERRUM PEDIATRIC.....		OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5).....	67	ONE-A-DAY VITACRAVES ADULT.....	
DROPS.....	89	OMNIPOD 5 LIBRE2 G6 INTRO.....			151
NOVOLIN 70/30.....	66	G5.....	67	ONE-A-DAY VITACRAVES.....	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	66	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6.....		IMMUNITY.....	151
NOVOLIN N.....	67	PODS.....	67	ONE-A-DAY VITACRAVES SOUR.....	151
NOVOLIN N FLEXPEN.....	67	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN.....		ONE-A-DAY.....	
NOVOLIN R.....	67	3).....	67	VITACRAVES+OMEGA-3.....	151
NOVOLIN R FLEXPEN.....	67	OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4)..	67	ONE-A-DAY WEIGHT SMART.....	
NOVOLOG.....	67	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)...	67	ADVANCE.....	151
NOVOLOG FLEXPEN.....	67	OMNIPOD GO.....	67	ONE-A-DAY WOMENS.....	151
NOVOLOG MIX 70/30.....	67	ON/GO COVID-19 ANTIGEN TEST.....	45	ONE-A-DAY WOMENS 50 PLUS..	151
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN....	67	ON/GO ONE COVID-19 HOME.....		ONE-A-DAY WOMENS 50+.....	151
NOVOLOG PENFILL.....	67	TEST.....	45	ONE-A-DAY WOMENS 50+.....	
NUBEQA.....	16	ONCOVITE.....	150	ADVANTAGE.....	151
NUDEXTA.....	121	<i>ondansetron</i>	77	ONE-A-DAY WOMENS HEALTHY.....	
NU-IRON.....	89	<i>ondansetron hcl</i>	77	SKIN.....	151
NULOJIX.....	31	ONE A DAY MENS VITACRAVES.....	150	ONE-A-DAY WOMENS MIND &.....	
NUPLAZID.....	119	<i>one daily calcium/iron</i>	150	BODY.....	151
NURTEC.....	122	<i>one daily complete</i>	150	ONE-A-DAY WOMENS PETITES.....	151

ONE-A-DAY WOMENS		oxymetazoline hcl.....	108	penicillin g sodium.....	50
VITACRAVES.....	151	OYSCO 500+D.....	132	penicillin v potassium.....	50
one-daily multi caps.....	151	oyster shell calcium.....	132	PEN-KERA.....	169
one-daily multi vitamins.....	151	oyster shell calcium + d.....	132	penmenvy.....	33
one-daily multi-vit/mineral.....	151	oyster shell calcium + d3.....	132	PENTACEL.....	33
one-daily multi-vitamin.....	151	oyster shell calcium plus d.....	132	pentamidine isethionate.....	45
one-daily multi-vitamin/iron.....	151	oyster shell calcium w/d.....	132	pentoxifylline er.....	87
one-daily/iron.....	151	oyster shell calcium/d.....	132	PENTRAVAN.....	169
ONELAX.....	82	oyster shell calcium/d3.....	132	PENTRAVAN PLUS.....	169
ONELAX DOCUSATE SODIUM.....	82	oyster shell calcium/vit d3.....	132	perampanel.....	112
ONELAX SENNA.....	82	oyster shell calcium/vitamin d.....	132	PERIDIN-C.....	152
ONTRUZANT.....	22	OZEMPIC (0.25 OR 0.5		perindopril erbumine.....	57
ONUREG.....	26	MG/DOSE).....	69	PERIOGARD.....	161
OPCON-A.....	90	OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	69	PERIOMED.....	162
OPIPZA.....	119	OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	69	permethrin.....	166
OPSUMIT.....	56	PACERONE.....	52	perphenazine.....	119
OPTICHAMBER DIAMOND.....	101	paclitaxel.....	26	perphenazine.....	119
OPTICHAMBER DIAMOND-LG		paclitaxel protein-bound part.....	27	petroleum jelly.....	58
MASK.....	101	pain & fever childrens.....	39	PFCB.....	58
OPTICHAMBER DIAMOND-MD		pain & fever infants.....	39	PFIZERPEN.....	50
MASK.....	101	pain relief.....	39	pharbecchlor.....	98
OPTICHAMBER DIAMOND-SM		pain relief extra strength.....	39	pharbedryl.....	98
MASK.....	101	pain relief regular strength.....	39	PHARBETOL.....	39
optic-vites.....	151	paliperidone er.....	119	PHARBETOL EXTRA STRENGTH.....	39
OPTIFAST POST BARIATRIC.....	152	pamidronate disodium.....	73	PHARMABASE ANTIOXIDANT.....	58
OPTIMAL D3.....	152	pan-c 500/bioflavonoids.....	152	PHARMABASE COSMETIC.....	58
OPTIMAL D3 M.....	152	PANRETIN.....	169	PHARMABASE COSMETIC	
optimum pms.....	152	pantoprazole sodium.....	79	NATURAL.....	58
OPTISOURCE POST BARIATRIC		PANZYGA.....	31	PHARMABASE LIGHT.....	58
SURG.....	152	paricalcitol.....	59	PHARMABASE VAGINAL.....	58
OPTIVITE P.M.T.....	152	paroxetine hcl.....	116	pharmacist choice d-vitamin.....	152
OPURITY BYPASS OPTIMIZED...	152	parvlex.....	152	PHAZYME MAXIMUM STRENGTH.....	78
oral electrolytes.....	128	PAXLOVID (150/100).....	47	PHAZYME ULTRA STRENGTH.....	78
oral suspend.....	58	PAXLOVID (300/100 & 150/100).....	47	phendimetrazine tartrate.....	73
oralyte.....	128	PAXLOVID (300/100).....	47	phenelzine sulfate.....	116
ORAPENN SD ANHYD		pazopanib hcl.....	22	phenobarbital.....	112
SWEETENED.....	58	pc pediatric poly-vital/fe drop.....	152	phenobarbital sodium.....	123
ORAPENN SD ANHYD		pc pediatric poly-vitamin drop.....	152	phentermine hcl.....	73
UNSWEETEN.....	58	PCCA BASE 7542.....	58	phenylephrine hcl.....	108
ORA-PLUS.....	58	PCCA EMOLLIENT CREAM BASE.....	58	phenylephrine-dm-gg.....	108
ORASEP.....	161	ped electrolyte freeze pops.....	128	PHENYTEK.....	112
ORAZINC.....	132	ped electrolyte freezer pops.....	128	phenytoin.....	112
ORGOVYX.....	16	PEDIA VANCE.....	128	phenytoin sodium.....	123
ORKAMBI.....	101	PEDIA-LAX.....	82	phenytoin sodium extended...	112, 123
orlistat.....	73	PEDIALYTE.....	128	PHESGO.....	22
ORQUIDEA.....	64	PEDIALYTE ADVANCED CARE...	128	PHILITH.....	64
ORSERDU.....	16	PEDIALYTE FREEZER POPS.....	128	PHYTOBASE.....	58
OS-CAL.....	132	PEDIALYTE SINGLES.....	128	PHYTOMULTI.....	152
OS-CAL CALCIUM + D3.....	132	PEDIARIX.....	33	phytonadione.....	152
OS-CAL EXTRA D3.....	132	pediatric electrolyte.....	128	PIFELTRO.....	41
oseltamivir phosphate.....	47	PEDVAX HIB.....	33	pilocarpine hcl.....	91, 162
OSTEOPRIME PLUS.....	152	peg 3350.....	82	PILOT COVID-19 AT-HOME TEST.....	45
oxacillin sodium.....	50	peg 3350-kcl-na bicarb-nacl.....	82	pimecrolimus.....	169
oxaliplatin.....	15	peg-3350/electrolytes.....	82	pimozide.....	119
oxcarbazepine.....	111, 112	PEGASYS.....	47	PIMTREA.....	64
oxybutynin chloride.....	84	PEMAZYRE.....	22	pin-away.....	45
oxybutynin chloride er.....	84	pemetrexed disodium.....	26	pindolol.....	53
oxycodone hcl.....	36	PENBRAYA.....	33	pinworm medicine.....	45
oxycodone-acetaminophen.....	36	penicillamine.....	59	pioglitazone hcl.....	69
OXYCONTIN.....	36	penicillin g potassium.....	50	pioglitazone hcl-metformin hcl.....	69
				piperacillin sod-tazobactam so.....	50

PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	22	PRESERVISION AREDS 2+MULTI		pure comfort spacer chamber.....	102
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	22	VIT.....	152	purevit dualfe plus.....	89
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	22	PRESERVISION/LUTEIN.....	153	PUREWAY-C.....	153
pirfenidone.....	101	PRETTY FEET/HANDS.....	169	PURIXAN.....	26
piroxicam.....	35	PREVALITE.....	53	pyrazinamide.....	42
plain niacin.....	152	prevent.....	153	pyridostigmine bromide.....	121
PLENAMINE.....	134	PREVYMIS.....	47	pyridoxine hcl.....	153
PLENVU.....	83	PREZCOBIX.....	42	pyrimethamine.....	45
POCKET CHAMBER.....	101	PREZISTA.....	41	PYZCHIVA.....	28, 29
POCKET SPACER.....	101	PRIFTIN.....	42	qc 3 day.....	85
podofilox.....	169	primaquine phosphate.....	46	qc acetaminophen 8 hours.....	39
POLYCIN.....	92	primidone.....	112	qc acetaminophen infants.....	39
polyethylene glycol 3350.....	58, 83	PRIORIX.....	33	qc all day allergy.....	98
POLY-IRON 150.....	89	PRIVIGEN.....	31	qc allergy childrens.....	98
polymyxin b sulfate.....	45	pro comfort spacer adult.....	102	qc allergy relief.....	98
polymyxin b-trimethoprim.....	92	pro comfort spacer child.....	102	qc antacid.....	75
polysaccharide iron complex.....	89	pro comfort spacer infant.....	102	qc antacid/anti-gas.....	75
polysaccharide-iron complex.....	89	probenecid.....	40	qc anti-diarrheal.....	76
poly-tussin ac.....	108	PRO-CAL.....	153	qc antifungal (tolnaftate).....	164
POLY-VENT IR.....	108	procare spacer/adult mask.....	102	qc anti-itch extra strength.....	169
POLY-VI-FLOR.....	152	procare spacer/child mask.....	102	qc arthritis pain relief.....	39
polyvinyl alcohol.....	93	PROCERV HP.....	153	qc artificial tears.....	94
POLY-VI-SOL.....	152	prochlorperazine.....	77	qc aspirin.....	39
POLY-VI-SOL/IRON.....	152	prochlorperazine edisylate.....	77	qc aspirin low dose.....	39
poly-vita.....	152	prochlorperazine maleate.....	77	qc calamine.....	169
poly-vitaliron.....	152	PROCRIT.....	87	qc calcium fast dissolution.....	132
poly-vite pediatric.....	152	PROCTOCORT.....	169	qc childrens complete.....	153
poly-viteliron.....	152	PROCTO-MED HC.....	169	qc childrens ibuprofen.....	35
POMALYST.....	27	PROCTOSOL HC.....	169	qc childrens vitamins/extra c.....	153
PORTIA-28.....	64	PROCTOZONE-HC.....	169	qc clotrimazole.....	85
posaconazole.....	43	progesterone.....	73	qc daily multivit/multimineral.....	153
potassium chloride.....	126, 127	PROGRAF.....	31	qc daily multivitamins/iron.....	153
potassium chloride crys er.....	127	PROLASTIN-C.....	102	qc diarrhea relief.....	76
potassium chloride er.....	127	PROLIA.....	73	qc enema.....	83
potassium chloride in nacl.....	126	promethazine hcl.....	77	qc enteric aspirin.....	39
potassium citrate er.....	85	promethazine vcl/codeine.....	108	qc epsom salt.....	83
potassium cl in dextrose 5%.....	126	promethazine-codeine.....	108	qc ferrous sulfate.....	89
povidone-iodine.....	169	promethazine-dm.....	108	qc fiber laxative.....	83
pramipexole dihydrochloride.....	114	PRONUTRIENTS CALCIUM+D3.....	132	qc gentle laxative.....	83
prasugrel hcl.....	90	propafenone hcl.....	52	qc ibuprofen.....	35
pravastatin sodium.....	52	propafenone hcl er.....	52	qc loratadine allergy relief.....	98
praziquantel.....	45	proparacaine hcl.....	94	qc loratadine-d.....	108
prazosin hcl.....	51	propranolol hcl.....	53	qc mens daily multivitamin.....	153
prednisolone.....	72	propranolol hcl er.....	53	qc miconazole 7.....	85
prednisolone acetate.....	92	propylthiouracil.....	59	qc milk of magnesia.....	83
prednisolone sodium phosphate 72, 92		PROQUAD.....	33	qc mineral oil heavy.....	83
prednisone.....	72	PRORENAL + D.....	153	qc mucus relief.....	108
PREDNISONONE INTENSOL.....	72	PRORENAL + D W/ OMEGA-3.....	153	qc mucus relief er.....	108
preferred plus insulin syringe.....	67	PROSIGHT.....	153	qc multi-vite.....	153
pregabalin.....	112	PROSOL.....	134	qc multi-vite 50 & over.....	153
PREMASOL.....	134	PROTECT CARDIO AF.....	153	qc nasal decongestant pe.....	108
prenatal.....	127, 152	PROTECT PLUS SO.....	153	qc natura-lax.....	83
prenatal 19.....	152	PROTEGRA.....	153	qc nicotine transdermal system.....	124
prenatal one daily.....	152	protriptyline hcl.....	116	qc non-aspirin extra strength.....	39
prenatal vitamin and mineral.....	152	pseudoeph-bromphen-dm.....	108	qc pain relief.....	40
prenatal vitamins.....	152	pseudoephedrine hcl.....	108	qc pain relief childrens.....	39
prenatal/iron.....	152	pseudoephedrine hcl er.....	108	qc pain relief extra strength.....	39
PRESERVISION AREDS.....	152, 153	psyllium fiber.....	83	qc petroleum jelly.....	58
PRESERVISION AREDS 2.....	152	PULMOZYME.....	102	qc povidone iodine.....	169
		pure calcium carbonate.....	132	qc psyllium fiber.....	83

<i>qc stomach relief</i>	76	<i>ra vitamin b12</i>	154	RETEVMO.....	22
<i>qc stool softener</i>	83	<i>ra vitamin b-12</i>	154	REVUFORJ.....	22
<i>qc stool softener pls laxative</i>	83	<i>ra vitamin b-12 tr</i>	154	REXULTI.....	119
<i>qc suphedrine maximum strength</i> ..	108	<i>ra vitamin b-6</i>	154	REYATAZ.....	41
<i>qc therin-m</i>	153	<i>ra vitamin c</i>	154	REZLIDHIA.....	22
<i>qc tolnaftate</i>	164	<i>ra vitamin c cr</i>	154	REZUROCK.....	31
<i>qc triple antibiotic max st</i>	163	<i>ra vitamin c/rose hips</i>	154	RHOPRESSA.....	91
<i>qc tussin dm cough/congestion</i>	108	<i>ra vitamin d-3</i>	154	<i>ribavirin</i>	47
<i>qc tussin expectorant adult</i>	108	<i>ra vitamins complete childrens</i>	154	<i>rifabutin</i>	42
<i>qc urinary pain relief</i>	45	<i>ra zinc</i>	132	<i>rifampin</i>	42
<i>qc vapor inhaler</i>	108	RABAVERT.....	33	<i>riluzole</i>	121
<i>qc vegetable laxative</i>	83	<i>rabeprazole sodium</i>	79	<i>rimantadine hcl</i>	47
<i>qc vitamin d3</i>	153	RADIANCE PLATINUM VITAMIN		RINVOQ.....	29
<i>qc womens daily multivitamin</i>	153	D3.....	154	RINVOQ LQ.....	29
QINLOCK.....	22	RALDESY.....	117	RISABAL-PH.....	169
Q-SORB CO Q-10.....	125	<i>raloxifene hcl</i>	71	<i>risedronate sodium</i>	73
QSYMIA.....	73	<i>ramipril</i>	57	<i>risperidone</i>	120
QUADRACEL.....	33	<i>ranolazine er</i>	56	<i>risperidone microspheres er</i> ..	119, 120
<i>quetiapine fumarate</i>	119	<i>rasagiline mesylate</i>	114	RITEFLO.....	102
<i>quetiapine fumarate er</i>	119	REALITY LATEX CONDOMS.....	64	<i>ritonavir</i>	41
QUFLORA FE.....	153	RECLIPSEN.....	64	<i>rivaroxaban</i>	86
QUFLORA FE PEDIATRIC.....	153	RECOMBIVAX HB.....	33	<i>rivastigmine</i>	115
QUFLORA PEDIATRIC.....	153	<i>reeses pinworm medicine</i>	45	<i>rivastigmine tartrate</i>	115
QUICKVUE AT-HOME COVID-19		REFRESH.....	94	RIVELSA.....	64
TEST.....	45	REFRESH CELLUVISC.....	94	<i>rizatriptan benzoate</i>	122
<i>quin b strong</i>	153	REFRESH DIGITAL.....	94	<i>robafen cf multi-symptom cold</i>	108
<i>quinapril hcl</i>	57	REFRESH DIGITAL PF.....	94	ROBAFEN DM.....	108
<i>quinidine sulfate</i>	52	REFRESH LIQUIGEL.....	94	ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH..	108
<i>quinine sulfate</i>	46	REFRESH OPTIVE.....	94	ROCKLATAN.....	91
<i>quintabs</i>	153	REFRESH OPTIVE ADVANCED.....	94	<i>roflumilast</i>	102
<i>quintabs-m</i>	153	REFRESH OPTIVE ADVANCED		ROMVIMZA.....	22
QULIPTA.....	122	PF.....	94	<i>ropinirole hcl</i>	114
<i>ra balanced b-100</i>	153	REFRESH OPTIVE MEGA-3.....	94	<i>rosuvastatin calcium</i>	52
<i>ra balanced b-50</i>	153	REFRESH OPTIVE PF.....	94	ROSYRAH.....	64
<i>ra b-complex</i>	153	REFRESH PLUS.....	94	ROTARIX.....	33
<i>ra b-complex with b-12</i>	153	REFRESH RELIEVA.....	94	ROTATEQ.....	33
<i>ra biotin</i>	153	REFRESH RELIEVA PF.....	94	ROWEEPRA.....	112
<i>ra calcium 600</i>	132	REFRESH TEARS.....	94	ROZLYTREK.....	22
<i>ra calcium 600/vitamin d-3</i>	132	REGULOID.....	83	RUBRACA.....	22
<i>ra calcium cit plus vit d-3</i>	132	REHYDRALYTE.....	128	<i>rufinamide</i>	112
<i>ra calcium citrate plus vit d</i>	132	RELENZA DISKHALER.....	47	RUKOBIA.....	41
<i>ra calcium cit-vit d-3 petites</i>	132	RELI-ON INSULIN SYRINGE.....	67	RYBELSUS.....	69
<i>ra calcium plus vitamin d</i>	132	RELISTOR.....	78	RYDAPT.....	22
RA CENTRAL-VITE.....	153	REMICADE.....	29	<i>rynex pse</i>	108
<i>ra central-vite womens mature</i>	153	RENAL.....	154	<i>sacubitril-valsartan</i>	55
<i>ra coenzyme q-10</i>	125	<i>renal vitamin</i>	154	SAJAZIR.....	87
<i>ra folic acid</i>	154	RENAPLEX.....	154	SANTYL.....	162
RA HI CAL.....	132	RENAPLEX-D.....	154	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	71
<i>ra high potency iron</i>	89	<i>rena-vite</i>	154	<i>sb 12hr nasal spray</i>	108
<i>ra iron</i>	89	<i>rena-vite rx</i>	154	<i>sb allergy</i>	98
<i>ra natural magnesium</i>	132	RENFLEXIS.....	29	<i>sb allergy relief/nasal decong</i>	108
<i>ra niacin</i>	154	<i>reno caps</i>	154	<i>sb antacid</i>	75
<i>ra no flush niacin</i>	154	<i>repaglinide</i>	69	<i>sb anti-diarrhea</i>	76
<i>ra one daily maximum</i>	154	REPATHA.....	53	<i>sb calcium + d</i>	132
<i>ra one daily mens 50+ w/vit d3</i>	154	REPATHA PUSHTRONEX		<i>sb cough control</i>	108
<i>ra one daily mens/vit d-3</i>	154	SYSTEM.....	53	<i>sb coughtab</i>	108
<i>ra pediatric electrolyte</i>	128	REPATHA SURECLICK.....	53	<i>sb lice killing max st</i>	166
<i>ra slow release iron</i>	89	RESTASIS.....	94	<i>sb loratadine</i>	98
<i>ra vitamin a</i>	154	RESTASIS MULTIDOSE.....	94	<i>sb milk of magnesia</i>	83
<i>ra vitamin b-1</i>	154	RESTORA RX.....	76	<i>sb oyster shell calcium</i>	132

<i>sb pediatric electrolyte</i>	128	<i>sm alcohol</i>	58	<i>sm fiber</i>	84
<i>sb povidone-iodine</i>	169	<i>sm all day allergy</i>	98	<i>sm fiber powder</i>	84
<i>sb vitamin c</i>	154	<i>sm all day allergy childrens</i>	98	<i>sm folic acid</i>	155
<i>scar care</i>	58	<i>sm all day allergy relief</i>	98	<i>sm gas relief</i>	78
SCEMBLIX.....	23	<i>sm all day allergy-d</i>	109	<i>sm gas relief infants</i>	78
<i>scopolamine</i>	77	<i>sm allergy childrens</i>	98	<i>sm gentle laxative</i>	84
SECUADO.....	120	<i>sm allergy relief</i>	98	<i>sm hair/skin/nails</i>	155
<i>selegiline hcl</i>	114	<i>sm allergy relief childrens</i>	98	<i>sm ibuprofen</i>	35
<i>selenious acid</i>	134	<i>sm animal shapes complete</i>	154	<i>sm ibuprofen ib</i>	35
<i>selenium sulfide</i>	164	<i>sm animal shapes kids first</i>	154	<i>sm ibuprofen ib childrens</i>	35
SELZENTRY.....	41	<i>sm antacid</i>	75	<i>sm infants ibuprofen</i>	35
<i>senexon-s</i>	83	<i>sm antibiotic</i>	163	<i>sm iron</i>	90
<i>senior tabs</i>	154	<i>sm anti-diarrheal</i>	76	<i>sm iron slow release</i>	90
<i>senna</i>	83	<i>sm antifungal clotrimazole</i>	164	<i>sm lice killing max strength</i>	166
<i>senna laxative</i>	83	<i>sm antifungal miconazole</i>	165	<i>sm lice treatment</i>	167
<i>senna plus</i>	83	<i>sm antifungal tolinaftate</i>	165	<i>sm loratadine</i>	98
<i>senna s</i>	83	<i>sm anti-itch extra strength</i>	169	<i>sm loratadine allergy relief</i>	98
<i>senna-lax</i>	83	<i>sm antioxidant vitamins</i>	155	<i>sm lorata-dine d</i>	109
<i>senna-plus</i>	83	<i>sm antiseptic skin cleanser</i>	169	<i>sm loratadine d 12hr</i>	109
<i>senna-s</i>	83	<i>sm arthritis pain relief</i>	40	<i>sm lubricant eye drops</i>	94
<i>senna-tabs</i>	83	<i>sm arthritis pain reliever</i>	40	<i>sm lubricating plus</i>	94
<i>senna-time</i>	83	<i>sm aspirin adult low strength</i>	40	<i>sm lubricating tears</i>	94
<i>senna-time s</i>	83	<i>sm aspirin low dose</i>	40	<i>sm magnesium oxide</i>	133
<i>sennosides-docusate sodium</i>	83	<i>sm b super vitamin complex</i>	155	<i>sm miconazole 3</i>	85
SENOKOT.....	83	<i>sm b100 complex</i>	155	<i>sm miconazole 3 applicator</i>	85
SENOKOT EXTRA STRENGTH.....	83	<i>sm b-complex</i>	155	<i>sm miconazole 7</i>	85
SENOKOT S.....	83	<i>sm b-complex/vitamin c</i>	155	<i>sm milk of magnesia</i>	84
<i>sentry</i>	154	<i>sm benzoin tincture</i>	169	<i>sm mucus relief</i>	109
<i>sentry senior</i>	154	<i>sm benzoin tincture nfxi</i>	169	<i>sm multiple vitamins essential</i>	155
SEREVENT DISKUS.....	99	<i>sm biotin</i>	155	<i>sm multiple vitamins/iron</i>	155
<i>sertraline hcl</i>	117	<i>sm calamine</i>	169	<i>sm nasal decongestant</i>	109
<i>se-tan plus</i>	90	<i>sm calamine phenolated</i>	169	<i>sm nasal decongestant pe</i>	109
SETLAKIN.....	64	<i>sm calcium 500/vitamin d3</i>	133	<i>sm nasal spray</i>	109
SHAROBEL.....	64	<i>sm calcium 600/vitamin d</i>	133	<i>sm nasal spray 12 hour</i>	109
SHINGRIX.....	33	<i>sm calcium 600+d3</i>	133	<i>sm nasal spray sinus</i>	109
SIDEROL.....	154	<i>sm calcium antacid</i>	75	<i>sm niacin cr</i>	155
SIGNIFOR.....	71	<i>sm calcium citrate+/vit d3</i>	133	<i>sm nicotine</i>	124
SIKLOS.....	87	<i>sm calcium citrate+d3 petite</i>	133	<i>sm nicotine polacrilex</i>	124
<i>sildenafil citrate</i>	56	<i>sm calcium citrate+vit d3 max</i>	133	<i>sm one daily mens</i>	155
<i>silver sulfadiazine</i>	163	<i>sm calcium/vitamin d</i>	133	<i>sm one daily womens</i>	155
SIMBRINZA.....	91	<i>sm calcium/vitamin d3</i>	133	<i>sm opti-vitamins</i>	155
<i>simethicone</i>	78	<i>sm calcium-vitamin d</i>	133	<i>sm oyster shell calcium/vit d</i>	133
<i>simethicone drops infants</i>	78	<i>sm chewable vitamin c</i>	155	<i>sm oyster shell calcium/vit d3</i>	133
<i>simethicone ultra strength</i>	78	<i>sm childrens ibuprofen</i>	35	<i>sm pain & fever childrens</i>	40
SIMLIYA.....	64	<i>sm childrens loratadine</i>	98	<i>sm pain & fever infants</i>	40
SIMPESSE.....	64	SM CLEARLAX.....	83	<i>sm pain reliever</i>	40
<i>simvastatin</i>	52	<i>sm clotrimazole vaginal</i>	85	<i>sm pain reliever childrens</i>	40
<i>sinus nasal spray</i>	108	<i>sm co q-10</i>	125	<i>sm pain reliever ex st</i>	40
<i>sinus relief extra strength</i>	108	<i>sm coenzyme q-10</i>	125	<i>sm pediatric electrolyte</i>	128
<i>sirolimus</i>	31	<i>sm complete</i>	155	<i>sm povidone-iodine</i>	169
SIRTURO.....	42	<i>sm complete 50+</i>	155	<i>sm senna laxative</i>	84
SKYRIZI.....	29	<i>sm complete 50+ ultimate mens</i>	155	<i>sm senna-s</i>	84
SKYRIZI PEN.....	29	<i>sm complete 50+ ultimate women</i>	155	<i>sm slow release dried iron</i>	90
SLO-NIACIN.....	154	<i>sm complete advanced formula</i>	155	<i>sm slow release iron</i>	90
SLOW FE.....	90	<i>sm complete senior formula</i>	155	<i>sm stomach relief</i>	76
<i>slow iron</i>	90	<i>sm dry eye relief</i>	94	<i>sm stool softener</i>	84
<i>slow release iron</i>	90	<i>sm ear drops</i>	170	<i>sm stool softener/laxative</i>	84
SLOW-MAG.....	132	<i>sm enema</i>	83	<i>sm super b complex/c</i>	155
<i>sm 3-day vaginal</i>	85	<i>sm epsom salt</i>	84	<i>sm triple antibiotic</i>	163
<i>sm 8 hour pain relief</i>	40	<i>sm fexofenadine hcl</i>	98	<i>sm triple antibiotic max st</i>	163

<i>sm triple antibiotic original</i>	163	<i>stool softener</i>	84	SYNJARDY XR.....	69
<i>sm tussin cf</i>	109	<i>stool softener laxative</i>	84	SYNTHROID.....	59
<i>sm tussin cough/chest congest</i>	109	<i>stool softener plus laxative</i>	84	SYRSPEND SF.....	58
<i>sm tussin dm</i>	109	<i>stool softener/laxative</i>	84	SYSTANE.....	95
<i>sm tussin dm max</i>	109	<i>streptomycin sulfate</i>	45	SYSTANE BALANCE.....	94
<i>sm tussin mucus+chest congest</i>	109	<i>stress formula</i>	156	SYSTANE COMPLETE.....	94
<i>sm vit c/rose hips</i>	155	<i>stress formula (folic acid)</i>	156	SYSTANE HYDRATION PF.....	95
<i>sm vitamin b complex/vitamin c</i>	155	<i>stress formulaliron</i>	156	SYSTANE ICAPS AREDS2.....	156
<i>sm vitamin b1</i>	155	STRESSTABS ADVANCED.....	156	SYSTANE PRESERVATIVE FREE.....	95
<i>sm vitamin b-12</i>	155	STRESSTABS ENERGY.....	156	SYSTANE ULTRA.....	95
<i>sm vitamin b12 tr</i>	155	STRIBILD.....	42	SYSTANE ULTRA PF.....	95
<i>sm vitamin b6</i>	155	STROVITE ONE.....	156	TAB-A-VITE.....	156
<i>sm vitamin b-6</i>	155	STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN.....	169	TAB-A-VITE/BETA CAROTENE....	156
<i>sm vitamin c</i>	155	STYE.....	94	TAB-A-VITE/IRON.....	156
<i>sm vitamin c cr</i>	155	SUBVENITE.....	112	TAB-A-VITE/IRON/BETA	
<i>sm vitamin c/rose hips</i>	155	<i>sucralfate</i>	79	CAROTENE.....	156
<i>sm vitamin d</i>	155	SUDOGEST.....	109	TABLOID.....	26
<i>sm vitamin d3</i>	155	<i>sudogest 12 hour</i>	109	TABRECTA.....	23
<i>sm vitamin e</i>	155	SUDOGEST MAXIMUM		<i>tacrolimus</i>	31, 169
<i>sm zinc gluconate</i>	133	STRENGTH.....	109	<i>tadalafil</i>	86
<i>sodium bicarbonate</i>	75	<i>sulfacetamide sodium</i>	92	<i>tadalafil (pah)</i>	57
<i>sodium chloride</i>	109, 126, 162	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	162	TAFINLAR.....	23
<i>sodium chloride (hypertonic)</i>	94	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	91	TAGRISSE.....	23
<i>sodium fluoride</i>	127, 133	<i>sulfadiazine</i>	45	TALZENNA.....	23
<i>sodium oxybate</i>	122	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	45	<i>tamoxifen citrate</i>	16
<i>sodium phenylbutyrate</i>	71	SULFAMYLON.....	163	<i>tamsulosin hcl</i>	86
<i>sodium phosphates</i>	133	<i>sulfasalazine</i>	79	TANDEM.....	90
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	59	<i>sulindac</i>	35	TANDEM PLUS.....	90
<i>solifenacin succinate</i>	84	<i>sumatriptan</i>	122	TARINA 24 FE.....	64
SOLQUA.....	67	<i>sumatriptan succinate</i>	122	TARINA FE 1/20 EQ.....	64
<i>solo</i>	156	<i>sumatriptan succinate refill</i>	122	TASIGNA.....	23
SOLTAMOX.....	16	<i>sunitinib malate</i>	23	<i>tasimelteon</i>	121
SOLU-CORTEF.....	72	SUNLENCA.....	41	TAVNEOS.....	87
SOMATULINE DEPOT.....	71	<i>super antioxidant</i>	156	<i>tazarotene</i>	165
SOMAVERT.....	71	<i>super aytinal</i>	156	TAZICEF.....	48
SOOTHE XP.....	94	<i>super aytinal 50 plus</i>	156	TAZORAC.....	165
SOOTHE XP XTRA PROTECTION.....	94	<i>super b complex/fal/vit c</i>	156	TAZVERIK.....	23
<i>sorafenib tosylate</i>	23	<i>super b complex/vitamin c</i>	156	TECENTRIQ.....	23
<i>sotalol hcl</i>	52	<i>super b-complex + vitamin c</i>	156	TECENTRIQ HYBREZA.....	23
<i>sotalol hcl (af)</i>	52	<i>super b-complex/vit c/fa</i>	156	<i>teeny tummy gas relief drops</i>	79
SOTYKTU.....	29	<i>super biotin</i>	156	TEFLARO.....	48
<i>span c</i>	156	<i>super calcium</i>	133	<i>telmisartan</i>	51
SPECTRAVITE.....	156	<i>super calcium 600 + d 400</i>	133	<i>telmisartan-amlodipine</i>	55
SPEEDY SWAB COVID-19		<i>super calcium 600 + d3</i>	133	<i>telmisartan-hctz</i>	55
ANTIGEN.....	45	<i>super daily d3</i>	156	<i>temazepam</i>	121
<i>spironolactone</i>	51	<i>super multiple</i>	156	TENIVAC.....	33
<i>spironolactone-hctz</i>	56	SUPER QUINTS B-50.....	156	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	41
SPRINTEC 28.....	64	<i>super thera vite m</i>	156	TEPMETKO.....	23
SPRITAM.....	112, 123	<i>super vita-mins</i>	156	<i>terazosin hcl</i>	51
SPS (SODIUM POLYSTYRENE		<i>suphedrine 12hour</i>	109	<i>terbinafine hcl</i>	43, 165
SULF).....	59	<i>support</i>	156	<i>terbutaline sulfate</i>	99
SRONYX.....	64	SUPPORT-500.....	156	<i>terconazole</i>	85
SSD.....	163	<i>sv iron</i>	90	<i>teriparatide</i>	73
STELARA.....	29	<i>sv vitamin b-12 er</i>	156	<i>testosterone</i>	60
<i>sterile water for irrigation</i>	162	SYEDA.....	64	<i>testosterone cypionate</i>	60
<i>stimulant laxative</i>	84	SYMDEKO.....	102	<i>testosterone enanthate</i>	60
STIVARGA.....	23	SYMPAZAN.....	112	<i>tetrabenazine</i>	121
<i>stomach relief</i>	76	SYMTUZA.....	42	<i>tetracycline hcl</i>	51
<i>stomach relief extra strength</i>	76	SYNAREL.....	71	THALOMID.....	27
<i>stomach relief ultra</i>	76	SYNJARDY.....	69	THE MAGIC BULLET.....	84

<i>theophylline</i>	102	TPN ELECTROLYTES.....	126	<i>true ferrous sulfate</i>	90
<i>theophylline er</i>	102	TRADJENTA.....	69	<i>true folic acid</i>	157
THERA.....	156	TRALEMENT.....	134	<i>true magnesium oxide</i>	133
<i>thera vital m</i>	156	<i>tramadol hcl</i>	36	<i>true multivitamin</i>	157
<i>therabasic-m</i>	156	<i>tramadol-acetaminophen</i>	36	<i>true vitamin b12</i>	157
THERA-D 2000.....	156	<i>trandolapril</i>	57	<i>true vitamin b6</i>	157
THERA-D 4000.....	156	<i>tranexamic acid</i>	87	<i>true vitamin c</i>	157
THERA-D RAPID REPLETION.....	157	<i>tranylcypromine sulfate</i>	117	<i>true vitamin d3</i>	157
THERAGRAN-M.....	157	TRAVASOL.....	134	<i>true vitamin e</i>	157
THERAGRAN-M ADVANCED.....	157	TRAZIMERA.....	23	<i>truelyte</i>	128
THERAGRAN-M ADVANCED 50 PLUS.....	157	<i>trazodone hcl</i>	117	TRULICITY.....	69
THERAGRAN-M PREMIER.....	157	TRELEGY ELLIPTA.....	99	TRUMENBA.....	33
THERAGRAN-M PREMIER 50 PLUS.....	157	TREMFYA.....	29	TRUQAP.....	23
THERAMILL FORTE.....	157	TREMFYA CROHNS INDUCTION..	29	TRUSTEX	
<i>therapeutic formula/hematinics</i>	157	TREMFYA ONE-PRESS.....	29	LUB/RIBBED/STUDDED.....	65
<i>therapeutic moisturizing</i>	169	TREMFYA PEN.....	29	TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX	
<i>therapeutic-m</i>	157	<i>treprostinil</i>	57	ST.....	65
<i>thera-tabs</i>	157	TRESIBA.....	67	TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL...	65
<i>thera-tabs m</i>	157	TRESIBA FLEXTOUCH.....	67	TRUSTEX LUBRICATED.....	65
THERATEARS.....	95	<i>tretinoin</i>	26, 162	TRUSTEX LUBRICATED EX	
THERATRUM COMPLETE.....	157	<i>triamcinolone acetonide</i>	162, 166	LARGE.....	65
THERATRUM COMPLETE 50 PLUS.....	157	<i>triamterene-hctz</i>	56	TRUSTEX LUBRICATED EXTRA	
THEREMS.....	157	<i>tri-buffered aspirin</i>	40	ST.....	65
<i>thiamine hcl</i>	157	TRICON.....	90	TRUSTEX	
<i>thiamine mononitrate</i>	157	TRIDACAINE II.....	163	LUBRICATED/SPERMICIDE.....	65
<i>thioridazine hcl</i>	120	TRIDERM.....	166	TRUSTEX NON-LUBRICATED.....	65
<i>thiothixene</i>	120	<i>trientine hcl</i>	59	TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE..	65
TIADYL T ER.....	54	TRI-ESTARYLLA.....	65	TRUSTEX RIA LUBRICATED.....	65
<i>tiagabine hcl</i>	112	<i>trifluoperazine hcl</i>	120	TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED	65
TIBSOVO.....	23	<i>trifluridine</i>	92	TRUSTEX-NONOXYNOL-	
<i>ticagrelor</i>	90	<i>trigels-f forte</i>	90	9/RIB/STUD.....	65
TICOVAC.....	33	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	114	TRUXIMA.....	24
<i>tigecycline</i>	51	TRIJARDY XR.....	69	TUKYSA.....	24
TILIA FE.....	65	TRIKAFTA.....	102	TUMS.....	75
<i>timolol maleate</i>	53, 91	TRI-LEGEST FE.....	65	TURALIO.....	24
<i>tinidazole</i>	45	TRI-LINYAH.....	65	TURQOZ.....	65
TIVICAY.....	41	TRI-LO-ESTARYLLA.....	65	TUSNEL.....	109
TIVICAY PD.....	41	TRI-LO-MARZIA.....	65	TUSNEL C.....	109
<i>tizanidine hcl</i>	114	TRI-LO-MILI.....	65	<i>tusnel diabetic</i>	109
<i>tm-daily vite</i>	157	TRI-LO-SPRINTEC.....	65	TUSNEL DM.....	109
<i>tm-vite rx</i>	157	<i>trimethoprim</i>	46	TUSNEL DM PEDIATRIC.....	109
TOBI PODHALER.....	46	TRI-MILI.....	65	TUSNEL PEDIATRIC.....	109
TOBRADEX.....	91	<i>trimipramine maleate</i>	117	TUSNEL-DM PEDIATRIC.....	109
<i>tobramycin</i>	46, 92	TRINTELLIX.....	117	TUSNEL-EX.....	109
<i>tobramycin sulfate</i>	46	TRI-NYMYO.....	65	<i>tussin cf</i>	109
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	91	<i>triphrocaps</i>	157	<i>tussin cough</i>	109
<i>tolnaftate</i>	165	<i>triple antibiotic</i>	163	<i>tussin dm</i>	110
<i>tolnaftate antifungal</i>	165	<i>triple antibiotic plus</i>	163	<i>tussin dm cough + chest</i>	110
<i>tolterodine tartrate</i>	84	<i>triple antibiotic+pain relief</i>	163	<i>tussin mucus & chest congest</i>	110
<i>tolterodine tartrate er</i>	84	TRIPLE PASTE AF.....	165	<i>tussin mucus+chest congestion</i>	110
<i>topiramate</i>	112	TRI-SPRINTEC.....	65	TWINRIX.....	33
<i>toremifene citrate</i>	16	TRIUMEQ.....	42	TYBOST.....	41
TORPENZ.....	23	<i>triumeq pd</i>	42	TYDEMY.....	65
<i>torsemide</i>	56	<i>tri-vite/fluoride</i>	157	TYENNE.....	29
<i>total allergy</i>	98	TRI-VYLIBRA.....	65	TYPHIM VI.....	34
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	67	TRI-VYLIBRA LO.....	65	U-BASE.....	58
TOUJEO SOLOSTAR.....	67	TROGARZO.....	41	UBRELVY.....	122
		TROPHAMINE.....	134	UDAMIN SP.....	157
		<i>tropical liquid nutrition</i>	157	ULTRA BONEUP.....	157
		<i>trospium chloride</i>	84	<i>ultra calcium + vitamin d3</i>	133

ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN			
KIDS.....	157	VERSACLOZ.....	120
<i>ultra freeda</i>	157	<i>versatile cream base</i>	58
<i>ultra freedaliron</i>	157	VERSIGEL.....	58
ULTRA FRESH.....	95	VERZENIO.....	24
<i>ultra lubricating eye drops</i>	95	VESTURA.....	65
<i>ultra lubricating eye drops pf</i>	95	VIC-FORTE.....	158
ULTRACHOICE ADV FORMULA		VIENVA.....	65
MATURE.....	158	<i>vigabatrin</i>	113
ULTRACHOICE ADVANCED		VIGADRONE.....	113
FORMULA.....	158	VIGAFYDE.....	113
UNITHROID.....	59	VIGPODER.....	113
UPSPRING BABY VIT D.....	158	<i>vilazodone hcl</i>	117
<i>ursodiol</i>	79	VIMKUNYA.....	34
<i>valacyclovir hcl</i>	47	<i>vincristine sulfate</i>	27
VALCHLOR.....	169	<i>vinorelbine tartrate</i>	27
<i>valganciclovir hcl</i>	47	<i>viorele</i>	65
<i>valproate sodium</i>	123	VIRACEPT.....	41
<i>valproic acid</i>	112	VIREAD.....	41
<i>valsartan</i>	51	<i>virt-caps</i>	158
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	55	<i>vision formulallutein</i>	158
VALTOCO 10 MG DOSE.....	112	<i>vision health</i>	158
VALTOCO 15 MG DOSE.....	112	<i>vision vitamins</i>	158
VALTOCO 20 MG DOSE.....	112	VISTA ADVANCED AREDS2	
VALTOCO 5 MG DOSE.....	112	FORMULA.....	158
VALTYA 1/50.....	65	VISTA ADVANCED DRY EYE	
<i>value plus glucose</i>	59	FORMULA.....	158
VANACOF DM.....	110	<i>vit e-vit c-beta carotene</i>	158
VANATAB DM.....	110	<i>vita c/bioflavonoids/rose hips</i>	158
<i>vancomycin hcl</i>	46	<i>vita hair</i>	158
<i>vancomycin hcl in nacl</i>	46	<i>vitabasic complete</i>	158
VANFLYTA.....	24	<i>vitabasic senior</i>	158
VANIBASE.....	58	<i>vitabex plus</i>	158
VANICREAM.....	169	<i>vitachew adult multi vitamin</i>	158
<i>vanishing cream botanical base</i>	58	<i>vitachew multiple vitamin</i>	158
VAQTA.....	34	<i>vitachew vit c citrus burst</i>	158
<i>varenicline tartrate</i>	124	VITAJoy DAILY C GUMMIES.....	158
<i>varenicline tartrate (starter)</i>	124	VITAJoy MULTI GUMMIES	
VARIVAX.....	34	ADULT.....	158
VASCEPA.....	53	VITAL-D RX.....	158
VAXCHORA.....	34	<i>vitalee</i>	158
<i>v-c forte</i>	158	VITALETS CHILDRENS.....	158
<i>vegetable lax+stool softener</i>	84	<i>vitamin a</i>	158
VELIVET.....	65	<i>vitamin b + c complex</i>	158
VELSIPITY.....	29	<i>vitamin b 12</i>	158
VELVACHOL.....	169	<i>vitamin b complex</i>	158
VENCLEXTA.....	24	<i>vitamin b1</i>	159
VENCLEXTA STARTING PACK.....	24	<i>vitamin b-1</i>	159
VENEXA.....	158	<i>vitamin b12</i>	159
VENEXA FE.....	158	<i>vitamin b-12</i>	159
<i>venlafaxine hcl</i>	117	<i>vitamin b-12 er</i>	159
<i>venlafaxine hcl er</i>	117	<i>vitamin b12 tr</i>	159
VENOFER.....	90	<i>vitamin b12-folic acid</i>	159
VENTOLIN HFA.....	99	<i>vitamin b6</i>	159
VENTRIXYL.....	158	<i>vitamin b-6</i>	159
VENTRIXYL FE.....	158	<i>vitamin c</i>	159
VEOZAH.....	71	<i>vitamin c drops</i>	159
<i>verapamil hcl</i>	54	<i>vitamin c er</i>	159
<i>verapamil hcl er</i>	54	<i>vitamin c gummies</i>	159
VERQUVO.....	56	<i>vitamin c plus wild rose hips</i>	159
		<i>vitamin c/rose hips</i>	159
		<i>vitamin c/rose hips tr</i>	159
		<i>vitamin c-rose hips</i>	159
		<i>vitamin c-rose hips er</i>	159
		<i>vitamin c-rose hips tr</i>	159
		<i>vitamin d</i>	159
		<i>vitamin d (cholecalciferol)</i>	159
		<i>vitamin d (ergocalciferol)</i>	159
		<i>vitamin d high potency</i>	159
		<i>vitamin d infant</i>	159
		VITAMIN D-1000 MAX ST.....	160
		<i>vitamin d3</i>	160
		<i>vitamin d-3</i>	160
		<i>vitamin d3 complete</i>	160
		VITAMIN D3 IMMUNE HEALTH....	160
		<i>vitamin d3 maximum strength</i>	160
		<i>vitamin d3 super strength</i>	160
		<i>vitamin d3 ultra strength</i>	160
		<i>vitamin e</i>	160
		<i>vitamin e blend</i>	160
		<i>vitamin e high potency</i>	160
		<i>vitamin e water soluble</i>	160
		<i>vitamin k1</i>	160
		<i>vitamins acd-fluoride</i>	160
		<i>vitamins a-d-e/selenium</i>	160
		VITASANA.....	160
		<i>vitatrum</i>	160
		VITATRUM COMPLETE.....	160
		VITRAKVI.....	24
		VITRAMYN.....	160
		VITRANOL.....	160
		VITRANOL FE.....	160
		VITREXATE.....	160
		VITREXATE FE.....	160
		VITREXYL.....	160
		VITREXYL + IRON.....	160
		VITRON-C.....	90
		<i>vitrum 50+ senior multi</i>	160
		VITRUM SENIOR.....	160
		<i>vivimusta</i>	15
		VIVITROL.....	125
		VIVOTIF.....	34
		VIZIMPRO.....	24
		VONJO.....	24
		VORANIGO.....	24
		<i>voriconazole</i>	43
		VORTEX HOLD	
		CHMBR/MASK/CHILD.....	102
		VORTEX HOLD	
		CHMBR/MASK/TODDLER.....	102
		VORTEX VALVED HOLDING	
		CHAMBER.....	102
		VOSEVI.....	47
		VOWST.....	79
		VRAYLAR.....	120
		VYFEMLA.....	66
		VYLIBRA.....	66
		VYZULTA.....	91
		WAL-DRYL ALLERGY.....	98
		<i>warfarin sodium</i>	86
		<i>wee care</i>	90

WEEKLY-D.....	161	YF-VAX.....	34
WELIREG.....	26	<i>yl coenzyme q10</i>	125
WERA.....	66	<i>yl folic acid</i>	161
<i>wescaps</i>	161	<i>yl vitamin b-6</i>	161
<i>westab max</i>	161	<i>yl vitamin c</i>	161
<i>westab one</i>	161	<i>yl vitamin c-rose hips</i>	161
<i>westab plus</i>	127	YONSA.....	16
<i>white petroleum jelly</i>	58	YOUR LIFE MULTI ADULT	
WIXELA INHUB.....	100	GUMMIES.....	161
<i>womens 50+ advanced</i>	161	YUMVS MULTI ZERO.....	161
<i>womens 50+ multi vitamin</i>	161	YUMVS VITAMIN C ZERO.....	161
<i>womens daily form/fal/cal/fe</i>	161	YUMVS ZERO DIABETIC	
<i>womens daily formula</i>	161	MULTIVITAM.....	161
<i>womens multi</i>	161	YUMVSKIDS MULTI ZERO.....	161
<i>womens multi gummies</i>	161	YUTREPIA.....	57
<i>womens multivitamin</i>	161	YUVAFEM.....	72
<i>womens multivitamin + collagen</i>	161	ZAFEMY.....	66
<i>wound care</i>	58	<i>zafirlukast</i>	103
WYMZYA FE.....	66	<i>zaleplon</i>	122
WYOST.....	73	ZARXIO.....	87
XALKORI.....	24	ZEGALOGUE.....	59
XARAH FE.....	66	ZEJULA.....	25
XARELTO.....	86	ZELBORAF.....	25
XARELTO STARTER PACK.....	86	ZEMAIRA.....	102
XATMEP.....	30	ZENATANE.....	162
XCEL 100.....	58	ZENPEP.....	79
<i>xcellent a 3000</i>	161	ZERViate.....	90
<i>xcellent a 7500</i>	161	<i>zidovudine</i>	41
XCOPRI.....	113	<i>zinc</i>	133
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)..	113	ZINC 15.....	133
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)..	113	<i>zinc chloride</i>	134
XDEMVI.....	92	<i>zinc gluconate</i>	133
XELJANZ.....	30	<i>zinc oxide</i>	169
XELJANZ XR.....	30	<i>zinc sulfate</i>	133
XELRIA FE.....	66	<i>ziprasidone hcl</i>	120
XENICAL.....	73	<i>ziprasidone mesylate</i>	120
XERAC AC.....	169	ZIRABEV.....	25
XERMELO.....	79	ZIRGAN.....	92
XGEVA.....	73	<i>zoledronic acid</i>	73, 74
XHANCE.....	103	ZOLINZA.....	25
XIFAXAN.....	79	<i>zolpidem tartrate</i>	122
XIGDUO XR.....	69	ZONISADE.....	113
XIIDRA.....	95	<i>zonisamide</i>	113
XOFLUZA (40 MG DOSE).....	47	ZOO FRIENDS/EXTRA C.....	161
XOFLUZA (80 MG DOSE).....	47	ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF	
XOLAIR.....	102		170
XOSPATA.....	24	ZOVIA 1/35 (28).....	66
XPOVIO (100 MG ONCE		ZTALMY.....	113
WEEKLY).....	24	ZUMANDIMINE.....	66
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY)..	24	ZURZUVAE.....	117
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 25		ZYDELIG.....	25
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)..	25	ZYKADIA.....	25
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 25		ZYLET.....	91
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)..	25	ZYPREXA RELPREVV.....	120
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 25			
XTANDI.....	16		
XULANE.....	66		
XULTOPHY.....	67		
YELETS TEENAGE FORMULA....	161		
YESINTEK.....	30		

Neighborhood INTEGRITY | (Plan de Medicare-Medicaid)
Formulario de 2025: Lista de Medicamentos Cubiertos

Para obtener más información reciente o realizar otras preguntas, contáctenos al 1-844-812-6896 y TTY 711, de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m., o visite www.nhpri.org/INTEGRITY. No hemos realizado cambios desde el 23/9/2025.

Si tiene preguntas, llame a Neighborhood INTEGRITY al 1-844-812-6896 y TTY 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.; y los sábados de 8 a. m. a 12 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Notice of Non-Discrimination

Neighborhood Health Plan of Rhode Island (Neighborhood) does not discriminate or treat people differently because of race, color, national origin (including people who do not speak English as their primary language), age, disability, religion, or sex (such as sexual orientation, sexual stereotypes, gender identity, pregnancy or related conditions).

We're here for you!

Neighborhood offers FREE assistance such as:

- » aids and services for people with disabilities
- » qualified interpreters, translation services, and sign language interpreters
- » written information in large print, braille, electronic and audio format

If you need any of these services, call the Member Services phone number on the back of your Neighborhood ID card. If you are not a Neighborhood member, please call us at 1-800-963-1001 (TTY 711).

Discrimination Complaints

If you feel like Neighborhood has failed to provide these services or has discriminated based on race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a complaint, also known as a grievance. You can file a grievance in person, by phone, mail, fax or email. Need help? Call your Neighborhood Civil Rights Coordinator at the phone number below.

PHONE: 1-401-427-7646 (TTY 711)

**MAIL OR
IN PERSON:** Neighborhood Health Plan of Rhode Island
Attn: Civil Rights Coordinator
910 Douglas Pike
Smithfield, RI 02917

FAX: 1-401-709-7005

EMAIL: OCRCoordinator@nhpri.org

ONLINE: <https://www.nhpri.org/non-discrimination-language-assistance>

You can also file a complaint with the **U.S. Department of Health and Human Services:**

PHONE: Call 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697)

BY MAIL: Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

ONLINE: <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

For more information or to view this notice online, please visit the Neighborhood website at www.nhpri.org.



Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-963-1001 (TTY 711) or speak to your provider.

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستكون خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا. تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات المساعدة المناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات بديلة لأصحاب الإعاقات مجانًا. اتصل على 1-800-963-1001 (هاتف الصم وضعاف السمع 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك.

注意：若您使用粵語，我們將為您提供免費的語言協助服務。此外，我們也提供適當的輔助設備與服務，為您提供免費且易於閱讀的資訊。致電 1-800-963-1001 (TTY 711) 或與您的供應商商討。

请注意：如果您说普通话，我们可以为您提供免费的语言援助服务。还会以通俗易懂的形式，免费提供相应的辅助性帮助和服务。请致电 1-800-963-1001 (TTY 711) 或直接联系您的供应商。

À NOTER : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et des services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-963-1001 (ATS 711) ou parlez à votre fournisseur.

ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, sèvis asistans lang gratis disponib pou ou. Èd ak sèvis oksilyè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib tou gratis. Rele 1-800-963-1001 (TTY 711) oswa pale ak founisè w la.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, können Sie kostenlose Sprachassistenzen nutzen. Geeignete unterstützende Hilfen und Services, die Informationen in barrierefreien Formaten bereitstellen, sind ebenfalls kostenfrei. Rufen Sie 1-800-963-1001 (TTY 711) an oder kontaktieren Sie Ihren Anbieter.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायता और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-963-1001 (TTY 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

ATTENZIONE: Se parlate italiano, avete a disposizione dei servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sempre gratuitamente, sono disponibili anche supporti e servizi ausiliari appropriati per fornirvi informazioni in formati accessibili. Potete chiamare il numero 1-800-963-1001 (TTY 711) o parlare con il vostro fornitore.

注意：日本語を話せる場合には、無料の言語サービスをご利用いただけます。利用できる形式で情報を提供するための適切な補助器具・サービスも無料でご利用いただけます。1-800-963-1001（テキスト電話（TTY）711）にお電話でお問い合わせになるか、提供者にご相談ください。

ការយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ

សេវាជំនួយភាសាភក្តិភាសាខ្មែរមានផ្តល់ជូនដល់អ្នក។ ក៏មានការផ្តល់ការគាំទ្រ

និងសេវាកម្មជំនួយសមស្របដោយឥតគិតថ្លៃក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានជាទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបានផងដែរ។ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-963-1001 (TTY 711) ឬពិគ្រោះយោបល់ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

참조: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이해 가능한 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 도구 및 서비스도 무료 이용하실 수 있습니다. 1-800-963-1001(TTY 711)로 전화하시거나 서비스 제공업체에 문의하세요.

UWAGA: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnych usług językowych. Dostępne są również bezpłatne pomoce i usługi, które zapewniają informacje w zrozumiałym formacie. Zadzwoń pod numer 1-800-963-1001 (TTY 711) lub skonsultuj się ze swoim świadczeniodawcą.

ATENÇÃO: Se fala português, tem à sua disposição serviços de assistência linguística gratuitos. Estão também disponíveis, a título gratuito, ajudas e serviços auxiliares adequados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para 1-800-963-1001 (TDD 711) ou fale com o seu prestador

ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, то вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Также бесплатно предоставляются соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах. Позвоните по телефону 1-800-963-1001 (телетайп 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

ATENCIÓN: Si habla español, se ofrecen servicios gratuitos de asistencia con el idioma. También se ofrecen ayudas y servicios auxiliares apropiados para brindar información en formatos accesibles sin cargo alguno. Llame al 1-800-963-1001 (TTY 711) o consulte con su proveedor.

PANSININ: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng tulong serbisyo sa lengguwahe. Ang mga naaangkop na dagdag na mga pantulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na porma ay magagamit din nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-963-1001 (TTY 711) o makipag-usap sa iyong tagapagbigay.

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Các biện pháp hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Hãy gọi số 1-800-963-1001 (TTY 711) hoặc nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.