



Neighborhood **INTEGRITY** for Duals (HMO D-SNP)

2026 Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos o Formulario)

POR FAVOR LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

ID del formulario aprobada: 00026453 Versión 6

Esta Lista de medicamentos se actualizó el 10/06/2025. Para obtener información más nueva o si tiene otras preguntas, contáctenos al 1-844-812-6896 (usuarios de TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales) o visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Última actualización: 10/06/2025

H7635_0825PHMFRM2026LOCD_C

Introducción

Este documento se llama *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocida como *Lista de medicamentos*). Le indica qué medicamentos, medicamentos de venta libre (OTC) y artículos y productos no farmacológicos están cubiertos por Neighborhood INTEGRITY for Duals. La *Lista de medicamentos* también le indica si existe alguna norma o restricción particular para algún medicamento cubierto por nuestro plan. En el último capítulo del *Manual del miembro* encontrará los términos clave con sus definiciones.

Tabla de contenido

A. Descargos de responsabilidad	4
B. Preguntas frecuentes	5
B1. ¿Qué medicamentos se incluyen en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> ? (Llamamos a la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> la <i>Lista de medicamentos</i> para abreviar).....	5
B2. ¿Cambia alguna vez la <i>Lista de medicamentos</i> ?	6
B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la <i>Lista de medicamentos</i> ?	7
B4. ¿Existe alguna restricción o límite en la cobertura de medicamentos o alguna medida que deba tomar para obtener determinados medicamentos?	8
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si hay que hacer algo para obtenerlo?	9
B6. ¿Qué sucede si Neighborhood INTEGRITY for Duals cambia sus normas sobre cómo cubre algunos medicamentos (por ejemplo, restricciones de autorización previa, límites de cantidad o terapia escalonada)?.....	9
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> ?	10
B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero tomar no aparece en la <i>Lista de medicamentos</i> ?	10

Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (usuarios de TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Si desea más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.



B9. ¿Qué sucede si soy un nuevo miembro de Neighborhood INTEGRITY for Duals y no puedo encontrar mi medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> o tengo inconvenientes para obtenerlo?	11
B10. ¿Puedo pedir una excepción para cubrir mi medicamento?	12
B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?	12
B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?	12
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	13
B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?	13
B15. ¿Qué son los medicamentos OTC?	13
B16. ¿Neighborhood INTEGRITY for Duals cubre productos OTC no farmacológicos?	14
B17. ¿Neighborhood INTEGRITY for Duals cubre suministros de recetas médicas a largo plazo?	14
B18. ¿Puedo recibir recetas en mi domicilio por parte de mi farmacia local?	14
B19. ¿Cuál es mi copago?	14
C. Descripción general de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	15
C1. Lista de medicamentos por afección médica	16
D. Índice de medicamentos cubiertos	247

Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (usuarios de TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Si desea más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.



A. Descargos de responsabilidad

Esta es una lista de medicamentos que los miembros pueden obtener en Neighborhood INTEGRITY for Duals.

- ❖ INTEGRITY for Duals (HMO D-SNP) de Neighborhood Health Plan of Rhode Island es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y el programa Medicaid de Rhode Island. La inscripción en el plan INTEGRITY for Duals de Neighborhood Health Plan of Rhode Island depende de la renovación del contrato.
- ❖ Siempre puede consultar la *Lista de medicamentos cubiertos* de Neighborhood INTEGRITY for Duals actualizada en línea en www.nhpri.org/INTEGRITYDuals o llamando a Servicios para Miembros a los números que se indican al final de esta página. Esta llamada es gratuita.
- ❖ Puede recibir este documento en otros formatos, como letra grande, braille o audio, de forma gratuita. Llame a Servicios para Miembros a los números que se indican al final de esta página. Esta llamada es gratuita.
- ❖ Este documento está disponible sin costo en español y portugués.
- ❖ Si desea recibir este documento y futuros materiales en su idioma preferido o en un formato alternativo, comuníquese con Servicios para Miembros. Esta solicitud se denomina "solicitud permanente". Su preferencia quedará registrada en el expediente de miembro para que reciba siempre los materiales en el idioma o formato elegido. Puede modificar o cancelar la solicitud permanente en cualquier momento si llama a Servicios para Miembros.

Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (usuarios de TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Si desea más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.



Última actualización: **10/06/2025**

B. Preguntas frecuentes

Encuentre aquí las respuestas a las preguntas que tenga sobre esta *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)*. Puede leer todas las preguntas frecuentes para obtener más información o buscar una pregunta y respuesta específicas.

B1. ¿Qué medicamentos se incluyen en la *Lista de medicamentos cubiertos*? (Llamamos a la *Lista de medicamentos cubiertos* la *Lista de medicamentos para abreviar*).

Los medicamentos en la *Lista de medicamentos* que comienza en la **Sección C1** son los medicamentos cubiertos por Neighborhood INTEGRITY for Duals. Los medicamentos están disponibles en farmacias de nuestra red. Una farmacia pertenece a nuestra red si tenemos un acuerdo con ella para que trabaje con nosotros y le preste servicios. Nos referimos a estas farmacias como “farmacias de la red”.

- Neighborhood INTEGRITY for Duals cubrirá todos los medicamentos médicamente necesarios en la *Lista de medicamentos* en los siguientes casos:
 - su médico u otro profesional que le receta medicamentos indica que lo necesita para mejorar o mantenerse saludable,
 - nuestro plan está de acuerdo con que el medicamento es médicamente necesario para usted **y**
 - surte la receta en una farmacia de la red de Neighborhood INTEGRITY for Duals.
- En algunos casos, tiene que realizar alguna acción antes de que pueda recibir un medicamento. Consulte la pregunta B4 para obtener más información.

Si cubrimos un medicamento solo para algunas afecciones médicas, lo indicamos claramente en la *Lista de medicamentos*, junto con las afecciones médicas específicas que están cubiertas.

También puede encontrar una lista de medicamentos que cubrimos actualizada en nuestro sitio web en www.nhpri.org/INTEGRITYDuals o puede llamar a Servicios para Miembros a los números que se indican al final de esta página.

Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (usuarios de TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Si desea más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.



Última actualización: **10/06/2025**

B2. ¿Cambia alguna vez la *Lista de medicamentos*?

Sí, y Neighborhood INTEGRITY for Duals debe seguir las normas de Medicare y Medicaid de Rhode Island al realizar cambios. Podemos añadir o quitar medicamentos de la *Lista de medicamentos* durante el año.

También podemos cambiar nuestras normas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podríamos hacer lo siguiente:

- Decidir solicitar o no solicitar autorización previa para un medicamento. (La autorización previa es un permiso de nuestro plan antes de que pueda obtener un medicamento).
- Añadir o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (lo que se denomina límites de cantidad).
- Añadir o cambiar las restricciones de terapia escalonada de un medicamento. (La terapia escalonada significa que debe probar un medicamento primero antes de que cubramos otro medicamento).

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

Si toma un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, generalmente no lo retiramos ni cambiamos su cobertura **durante el resto del año** a menos que:

- aparezca un nuevo medicamento más económico en el mercado que funcione tan bien como uno de la *Lista de medicamentos* actual o
- nos enteramos de que un medicamento no es seguro o
- se retira un medicamento del mercado.

Las preguntas B3 y B6 a continuación contienen más información sobre qué sucede si la *Lista de medicamentos* cambia.

- Siempre puede consultar la *Lista de medicamentos* de Neighborhood INTEGRITY for Duals actualizada en línea, en www.nhpri.org/INTEGRITYDuals. Las actualizaciones de la *Lista de medicamentos* se publican mensualmente en el sitio web.
- También puede llamar a Servicios para Miembros a los números que se indican al final de esta página para consultar la *Lista de medicamentos* vigente.

Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (usuarios de TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Si desea más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.



Última actualización: **10/06/2025**

B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la *Lista de medicamentos*?

Algunos cambios en la *lista de medicamentos* se producirán **de forma inmediata**. Por ejemplo:

- **Reemplazos de versiones nuevas de determinados medicamentos.** Retiraremos los medicamentos de la *Lista de medicamentos* de forma inmediata si los reemplazamos por determinadas versiones nuevas de ese medicamento, pero el costo del medicamento nuevo aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en uno inferior con las mismas o menos restricciones. Cuando añadimos una versión nueva de un medicamento, también podemos decidir conservar el medicamento de marca o el producto biológico original en la lista, pero cambiamos las normas o los límites de su cobertura.
 - Es posible que no le avisemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos la información sobre el cambio específico una vez que lo realicemos.
 - Podemos realizar estos cambios solo si el medicamento que añadimos:
 - es una nueva versión genérica de un medicamento de marca o
 - es una determinada versión biosimilar nueva de los productos biológicos originales de la *Lista de medicamentos* (por ejemplo, la incorporación de un biosimilar intercambiable que puede reemplazarse por un producto biológico original sin una receta nueva).
 - Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la **Sección B14**.
 - Usted o su proveedor puede solicitar una excepción a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede dar para solicitar una excepción. Consulte las preguntas B10-B12 para obtener más información sobre excepciones.
- **Retiros de medicamentos inseguros y otros medicamentos que se retiran del mercado.** A veces, se descubre que un medicamento es inseguro o se retira del mercado por otro motivo. Si esto sucede, lo quitaremos de la *Lista de medicamentos* de forma inmediata. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de que realicemos el cambio. En el aviso, le aconsejaremos cómo hacer seguimiento con su proveedor y farmacéutico.

Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (usuarios de TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Si desea más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.



Podemos realizar otros cambios que repercuten en los medicamentos que toma. Le informaremos anticipadamente sobre estos otros cambios en la *Lista de medicamentos*. Estos cambios pueden producirse si:

- La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) proporciona nuevas pautas o hay nuevas directrices clínicas sobre un medicamento.
- Retiramos un medicamento de marca de la *Lista de medicamentos* cuando añadimos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado, o
- retiramos un producto biológico original cuando añadimos un biosimilar, o
- cambiamos las normas o los límites de cobertura del medicamento de marca.

Si se producen estos cambios, haremos lo siguiente:

- le informaremos con al menos 30 días de anticipación que realizamos un cambio en la *Lista de medicamentos* o
- le informaremos y facilitaremos un suministro para 30 días del medicamento después de que solicite un resurtido.

De esta manera, tendrá tiempo para hablar con su médico u otro profesional que le recete medicamentos. Pueden ayudarlo a decidir:

- si existe un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que pueda tomar como reemplazo, o
- si debiera pedir una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre excepciones, consulte las preguntas B10-B12.

B4. ¿Existe alguna restricción o límite en la cobertura de medicamentos o alguna medida que deba tomar para obtener determinados medicamentos?

Sí, algunos medicamentos tienen normas de cobertura o límites en cuanto a la cantidad que puede obtener. En algunos casos, usted o su médico u otro profesional que le recete medicamentos deben realizar alguna acción antes de que pueda recibir el medicamento. Por ejemplo:

- **Autorización previa:** Para algunos medicamentos, usted o su médico u otro profesional que le recete medicamentos deben obtener autorización de Neighborhood INTEGRITY for Duals antes de surtir la receta. Una autorización previa

Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (usuarios de TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Si desea más información,** visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.



Última actualización: **10/06/2025**

no es lo mismo que una derivación. Puede que nuestro plan no cubra el medicamento si no obtiene una autorización previa.

- **Límites de cantidad:** A veces, Neighborhood INTEGRITY for Duals limita la cantidad que puede obtener de este medicamento.
- **Terapia escalonada:** A veces, Neighborhood INTEGRITY for Duals le exige que realice la terapia escalonada. Esto quiere decir que tendrá que probar los medicamentos en un determinado orden para su afección médica. Posiblemente tenga que probar un medicamento primero antes de que cubramos otro medicamento. Si el profesional que le receta medicamentos cree que el primer medicamento no le funciona, cubriremos el segundo.
- **Cobertura según la indicación médica:** Si Neighborhood INTEGRITY for Duals cubre un medicamento solo para algunas afecciones médicas, lo indicamos claramente en la Lista de medicamentos junto con las afecciones médicas específicas que están cubiertas.

Puede conocer si su medicamento tiene algún otro requisito o límite adicional en las tablas de la **Sección C1**. También puede obtener más información en nuestro sitio web, en www.nhpri.org/INTEGRITYDuals. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia escalonada. También puede solicitar que le enviemos una copia.

Puede solicitar una excepción a estos límites. De esta manera, tendrá tiempo para hablar con su médico u otro profesional que le recete medicamentos. Puede ayudarlo a decidir si existe un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que pueda tomar como reemplazo o si pedir una excepción. Consulte las preguntas B10-B12 para obtener más información sobre excepciones.

B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene límites o si hay que hacer algo para obtenerlo?

La tabla en la sección titulada “Lista de medicamentos por afección médica” tiene una columna llamada “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”.

B6. ¿Qué sucede si Neighborhood INTEGRITY for Duals cambia sus normas sobre cómo cubre algunos medicamentos (por ejemplo, restricciones de autorización previa, límites de cantidad o terapia escalonada)?

En algunos casos, le informaremos anticipadamente si añadimos o cambiamos las restricciones de autorización previa, límites de cantidad o terapia escalonada para un medicamento. Consulte la

Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (usuarios de TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Si desea más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.



pregunta B3 para obtener más información sobre este aviso anticipado y las situaciones en las que posiblemente no podamos informarle de antemano los cambios a nuestras normas sobre los medicamentos en la *Lista de medicamentos*.

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

Hay dos maneras de encontrar un medicamento:

- puede buscar por orden alfabético, o
- puede buscar por afección médica.

Para buscar **por orden alfabético**, busque el medicamento en la sección “Índice de medicamentos cubiertos”. Puede encontrarlo en la Sección D. El índice de medicamentos cubiertos es una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en la *Lista de medicamentos*. En el índice se enumeran medicamentos de marca y medicamentos genéricos, así como también medicamentos de venta libre (OTC).

Para buscar por afección médica, busque la **Sección C1** llamada “Lista de medicamentos por afección médica”. Los medicamentos en esta sección se agrupan en categorías dependiendo del tipo de afecciones médicas que suelen tratar. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría **Cardiovascular**. Allí encontrará los medicamentos que tratan afecciones cardíacas.

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

Si no encuentra su medicamento en la *Lista de medicamentos*, llame a Servicios para Miembros a los números que se indican al final de esta página y pregunte por él. Si se le informa que Neighborhood INTEGRITY for Duals no cubrirá el medicamento, puede realizar una de estas acciones:

- Solicite a Servicios para Miembros una lista de medicamentos como el que quiere tomar. Luego, muestre la lista a su médico u otro profesional que le recete medicamentos. Pueden recetarle un medicamento de la *Lista de medicamentos* que sea como el que quiere tomar. **O bien**
- Solicite a Neighborhood INTEGRITY for Duals que haga una excepción para cubrir su medicamento. Consulte las preguntas B10-B12 para obtener más información sobre excepciones.

Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (usuarios de TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Si desea más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.



B9. ¿Qué sucede si soy un nuevo miembro de Neighborhood INTEGRITY for Duals y no puedo encontrar mi medicamento en la *Lista de medicamentos* o tengo inconvenientes para obtenerlo?

Podemos ayudarlo. Podemos cubrir un suministro temporal para 30 días de su medicamento durante los primeros 90 días como miembro de nuestro plan. De esta manera, tendrá tiempo para hablar con su médico u otro profesional que le recete medicamentos. Puede ayudarlo a decidir si existe un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que pueda tomar como reemplazo o si pedir una excepción.

Si su receta está indicada para menos días, permitiremos varios resurtidos hasta proporcionarle un máximo de 30 días de medicamentos.

Cubriremos un suministro para 30 días de su medicamento en los siguientes casos:

- toma un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*,
- las normas de nuestro plan no le permiten obtener la cantidad indicada por el profesional que le receta el medicamento,
- el medicamento requiere autorización previa de nuestro plan o
- está tomando un medicamento que forma parte de una restricción de terapia escalonada.

Si está tomando un medicamento que nuestro plan no considera que sea uno de la Parte D, tiene derecho a recibir un suministro para 72 horas del medicamento por única vez.

Si vive en un hogar de ancianos u otro centro de cuidados a largo plazo y necesita un medicamento que no está en la *Lista de medicamentos*, o si no puede obtener fácilmente el medicamento que necesita, podemos ayudarlo. Si ha estado en el plan durante más de 90 días, vive en un centro de cuidados a largo plazo y necesita un suministro de inmediato:

- Cubriremos un suministro para 31 días del medicamento que necesita (a menos que su receta indique menos días), independientemente de si es un miembro nuevo de Neighborhood INTEGRITY for Duals o no .
- Esto se suma al suministro temporal durante sus primeros 90 días como miembro de nuestro plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (usuarios de TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Si desea más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.



Las transiciones entre niveles de atención están permitidas si se ha ido de un centro de cuidados a largo plazo en los últimos 30 días. Cubriremos un suministro acumulado para 30 días del medicamento que necesita independientemente de si es un miembro nuevo de Neighborhood INTEGRITY for Duals o no lo es.

Las transiciones entre niveles de atención también están permitidas si ha ingresado a un centro de cuidados a largo plazo en los últimos 30 días. Cubriremos un suministro para 31 días del medicamento que necesita (se aplican límites de surtido para determinados medicamentos de marca), independientemente de si es un miembro nuevo de Neighborhood INTEGRITY for Duals o no.

B10. ¿Puedo pedir una excepción para cubrir mi medicamento?

Sí. Puede pedir a Neighborhood INTEGRITY for Duals que haga una excepción para cubrir un medicamento que no está en la *Lista de medicamentos*.

También puede pedirnos que cambiemos las normas para su medicamento.

- Por ejemplo, nuestro plan puede limitar la cantidad de un medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite, puede pedirnos que cambiemos el límite y cubramos una mayor cantidad.
- Otros ejemplos: Puede pedirnos que eliminemos las restricciones de terapia escalonada o los requisitos de autorización previa.

B11. ¿Cómo puedo pedir una excepción?

Para pedir una excepción, llame a Servicios para Miembros. Un representante de Servicios para Miembros trabajará con usted y el profesional que le recete el medicamento para que pueda pedir una excepción. También puede leer la **Sección G** del **Capítulo 9** en el *Manual del miembro* para obtener más información sobre excepciones.

B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?

Después de que recibimos la declaración del profesional que le receta el medicamento en la que respalda su solicitud de excepción, le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas. El profesional debe enviar la declaración por fax al 1-855-829-2875.

Si usted o el profesional cree que su salud puede verse perjudicada si espera 72 horas por una decisión, puede pedir una excepción acelerada. Se trata de una decisión más rápida. Si el profesional respalda su solicitud, le daremos una decisión dentro de las 24 horas de recibir la declaración de respaldo del profesional.

Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (usuarios de TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Si desea más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.



B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos están compuestos por los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Generalmente, cuestan menos que un medicamento de marca y suelen funcionar igual de bien. A menudo, no tienen nombres conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA). Existen medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca en la farmacia sin una receta nueva, dependiendo de las leyes estatales.

Neighborhood INTEGRITY for Duals cubre tanto medicamentos genéricos como de marca.

B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?

Cuando nos referimos a medicamentos, podría tratarse de un fármaco o un producto biológico. Los productos biológicos son fármacos más complejos que los habituales. Dado que los productos biológicos son más complejos que los fármacos habituales, en lugar de tener una forma genérica, tienen formas que se llaman biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan tan bien como 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 sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por los medicamentos de marca.

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

B15. ¿Qué son los medicamentos OTC?

OTC es la sigla de “over the-counter (de venta libre)”. Neighborhood INTEGRITY for Duals cubre algunos medicamentos OTC cuando los receta un proveedor.

Puede leer la *Lista de medicamentos* de Neighborhood INTEGRITY for Duals para conocer qué medicamentos OTC están cubiertos en la farmacia con una receta del proveedor.

También puede obtener algunos medicamentos OTC como parte de sus beneficios suplementarios sin una receta del proveedor. Consulte el Capítulo 4 del Manual del miembro sobre cómo utilizar este beneficio suplementario para medicamentos OTC.

Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (usuarios de TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Si desea más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.



B16. ¿Neighborhood INTEGRITY for Duals cubre productos OTC no farmacológicos?

Nuestro plan cubre algunos productos OTC no farmacológicos cuando los receta un proveedor. Entre los ejemplos de productos OTC no farmacológicos, se incluyen los siguientes: Algunos suministros para análisis de orina o sangre, algunos agentes saborizantes o colorantes que se pueden agregar a medicamentos líquidos y algunas bases de crema que se usan para preparar compuestos.

Puede leer la *Lista de medicamentos* de Neighborhood INTEGRITY for Duals para conocer qué productos OTC no farmacológicos están cubiertos en la farmacia con una receta del proveedor.

También puede obtener algunos productos OTC no farmacológicos como parte de sus beneficios suplementarios sin una receta del proveedor. Consulte el **Capítulo 4** del Manual del miembro sobre cómo utilizar este beneficio suplementario para medicamentos OTC.

B17. ¿Neighborhood INTEGRITY for Duals cubre suministros de recetas médicas a largo plazo?

- **Programas de venta por correo.** Ofrecemos un programa de venta por correo que le permite recibir un suministro de medicamentos para hasta 90 días directamente en su domicilio. Un suministro para 90 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.
- **Programas de farmacia minorista para 90 días.** Algunas farmacias minoristas también pueden ofrecer un suministro para 90 días de medicamentos cubiertos. Un suministro para 90 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.
- Los medicamentos del nivel 5 de la *Lista de medicamentos* solo pueden surtirse para un máximo de 30 días cada vez.

B18. ¿Puedo recibir recetas en mi domicilio por parte de mi farmacia local?

Algunas farmacias locales posiblemente puedan enviar recetas a domicilio. Puede llamar a su farmacia para saber si ofrecen entrega a domicilio.

B19. ¿Cuál es mi copago?

Los miembros de Neighborhood INTEGRITY for Duals pueden tener copagos para medicamentos recetados en los niveles 3 a 5 siempre que el miembro siga las normas del plan. Consulte las preguntas B15 y B16 para obtener más información sobre los medicamentos OTC y los productos no farmacológicos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (usuarios de TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Si desea más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.



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

- Los medicamentos genéricos preferidos del nivel 1 tienen un copago de \$ 0. Este nivel también incluye medicamentos no cubiertos por Medicare, medicamentos OTC y productos OTC no farmacológicos que cubre Medicaid de Rhode Island.
- Los medicamentos genéricos del nivel 2 tienen un copago de \$ 0.
- Los medicamentos de marca preferida del nivel 3 tienen copagos de \$ 0, \$ 1.60/\$5.10 o \$ 4.90/\$ 12.65, dependiendo del nivel de **ayuda adicional** que recibe y si el medicamento es genérico o de marca.
- Los medicamentos no preferidos del nivel 4 tienen copagos de \$ 0, \$ 1.60/\$5.10 o \$ 4.90/\$ 12.65, dependiendo del nivel de **ayuda adicional** que recibe y si el medicamento es genérico o de marca.
- Los medicamentos de especialidad del nivel 5 tienen copagos de \$ 0, \$ 1.60/\$ 5.10 o \$ 4.90/\$ 12.65, dependiendo del nivel de **ayuda adicional** que recibe y si el medicamento es genérico o de marca. Estos medicamentos solo pueden surtir para un máximo de 30 días por vez.

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

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros a los números que se indican al final de esta página.

C. Descripción general de la *Lista de medicamentos cubiertos*

La *Lista de medicamentos cubiertos* le brinda información sobre los medicamentos cubiertos por Neighborhood INTEGRITY for Duals. Si tiene inconvenientes para encontrar un medicamento en la lista, diríjase al índice de medicamentos cubiertos que comienza en la **Sección D**. En el índice se enumeran en orden alfabético todos los medicamentos cubiertos por nuestro plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (usuarios de TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Si desea más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.



Última actualización: **10/06/2025**

Nota: El símbolo **DP** al lado de un medicamento significa que este no es un “medicamento de la Parte D”. Estos medicamentos tienen diferentes normas de apelación.

- Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y que la cambiemos si cree que cometimos un error.
- Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted desea no está cubierto o ha dejado de estarlo por Medicare o Medicaid de Rhode Island.
- Si usted o el profesional que le receta el medicamento no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar. Si alguna vez tiene una pregunta, llame a Servicios para Miembros a los números que se indican al final de esta página.
- También puede leer el **Capítulo 9** del *Manual del miembro* para obtener información sobre cómo apelar una decisión.

C1. Lista de medicamentos por afección médica

Los medicamentos en esta sección se agrupan en categorías dependiendo del tipo de afecciones médicas que suelen tratar. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría **Cardiovascular**. Allí encontrará los medicamentos que tratan afecciones cardíacas.

Estos son los significados de los códigos utilizados en la columna “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”:

PA = Autorización previa: debe tener la aprobación de nuestro plan antes de que pueda obtener este medicamento.

ST = Terapia escalonada: debe probar otro medicamento antes de que pueda obtener este.

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

DP = Este no es un medicamento de la Parte D.

B/D= Este medicamento puede estar cubierto por la Parte B o la Parte D de Medicare. Dependiendo de las circunstancias, es posible que se requiera autorización previa. Es posible que se deba presentar información que describa por qué y dónde (en qué entorno) utiliza este medicamento.

La primera columna de la tabla indica el nombre del medicamento. Los medicamentos genéricos se indican en cursiva minúscula (por ejemplo, *levotiroxina*), los medicamentos de marca se indican en

Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (usuarios de TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Si desea más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.



Última actualización: **10/06/2025**

mayúscula (por ejemplo, SINTROIDE) y los medicamentos OTC y productos no farmacológicos se indican en minúscula (por ejemplo, acetaminofén). La información de la columna “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso” le indica si Neighborhood INTEGRITY for Duals tiene alguna norma para la cobertura de su medicamento.

Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (usuarios de TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Si desea más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.



Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS		
Agentes Alquilantes		
<i>bendamustine hcl intravenous solution 100 mg/4ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
<i>carboplatin intravenous solution 150 mg/15ml, 450 mg/45ml, 50 mg/5ml, 600 mg/60ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
<i>cisplatin intravenous solution 100 mg/100ml, 200 mg/200ml, 50 mg/50ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
<i>cyclophosphamide injection solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>cyclophosphamide injection solution reconstituted 2 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
<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-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
FRINDOVYX INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/2ML, 2 GM/4ML, 500 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20ml, 200 mg/40ml, 50 mg/10ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>oxaliplatin intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
<i>vivimusta intravenous solution 100 mg/4ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
Agentes Antineoplásicos Hormonales		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>abiraterone acetate oral tablet 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
ABIRTEGA ORAL TABLET 250 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG/VIAL	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>fulvestrant intramuscular solution prefilled syringe 250 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>megestrol acetate tablet 20 mg oral</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>megestrol acetate tablet 40 mg oral</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
YONSA ORAL TABLET 125 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
Agentes Moleculares Dirigidos		
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 240 cápsulas cada 30 días
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 240 cápsulas cada 30 días
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK ORAL THERAPY PACK 0.8 & 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 paquete cada 30 días
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 84 tabletas cada 28 días
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 56 tabletas cada 28 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 28 tabletas cada 28 días
<i>bortezomib injection solution reconstituted 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>bortezomib injection solution reconstituted 3.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 300 cápsulas cada 30 días
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 cápsulas cada 30 días
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 56 cápsulas cada 28 días
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 112 cápsulas cada 28 días
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 84 cápsulas cada 28 días
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 56 cápsulas cada 28 días
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 63 tabletas cada 28 días
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 112 tabletas cada 28 días
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>everolimus oral tablet soluble 3 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 21 cápsulas cada 28 días
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 84 cápsulas cada 28 días
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 21 cápsulas cada 28 días
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 168 cápsulas cada 28 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 84 cápsulas cada 28 días
GOMEKLI ORAL TABLET SOLUBLE 1 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 168 tabletas cada 28 días
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600-10000 MG-UNT/5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
HERCEPTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
HERNEXEOS ORAL TABLET 60 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
HERZUMA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 21 cápsulas cada 28 días
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 21 tabletas cada 28 días
IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 cápsulas cada 30 días
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 216 ml cada 27 días
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>imkeldi oral solution 80 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 280 ml cada 28 días
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 56 tabletas cada 28 días
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 28 tabletas cada 28 días
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
KADCYLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 160 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
KANJINTI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 21 tabletas cada 28 días
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 42 tabletas cada 28 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 63 tabletas cada 28 días
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 70 tabletas cada 28 días
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 91 tabletas cada 28 días
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 240 cápsulas cada 30 días
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 cápsulas cada 30 días
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 cápsulas cada 30 días
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 cápsulas cada 30 días
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 240 tabletas cada 30 días
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 84 tabletas cada 28 días
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 112 tabletas cada 28 días
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 140 tabletas cada 28 días
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1260 ml cada 30 días
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
MONJUVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 112 cápsulas cada 28 días
<i>nilotinib hcl oral capsule 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 3 cápsulas cada 28 días
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 56 tabletas cada 28 días
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 25 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 96 ml cada 28 días
OJEMDA ORAL TABLET 100 MG, 100 MG (16 PACK), 100 MG (24 PACK)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 24 tabletas cada 28 días
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>pazopanib hcl oral tablet 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 28 tabletas cada 28 días
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 60-60-2000 MG-MG-U/ML, 80-40-2000 MG-MG-U/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 28 tabletas cada 28 días
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 56 tabletas cada 28 días
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 56 tabletas cada 28 días
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
RETEVMO ORAL TABLET 80 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 240 tabletas cada 30 días
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 8 cápsulas cada 28 días
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 cápsulas cada 30 días
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 cápsulas cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ROZLYTREK ORAL PACKET 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 336 paquetes cada 28 días
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 224 cápsulas cada 28 días
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 300 tabletas cada 30 días
sorafenib tosylate oral tablet 200 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 84 tabletas cada 28 días
sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 112 tabletas cada 28 días
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 840 tabletas cada 28 días
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 cápsulas cada 30 días
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 240 tabletas cada 30 días
TECENTRIQ HYBREZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1875-30000 MG-UT/15ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 frasco cada 21 días
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1200 MG/20ML, 840 MG/14ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
TORPENZ ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 64 tabletas cada 28 días
TRUQAP ORAL TABLET THERAPY PACK 160 MG, 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 4 paquetes cada 28 días
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 56 tabletas cada 28 días
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 112 tabletas cada 28 días
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 112 tabletas cada 28 días
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 42 tabletas cada 28 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 56 tabletas cada 28 días
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 cápsulas cada 30 días
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 300 ml cada 30 días
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
VORANIGO ORAL TABLET 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 cápsulas cada 30 días
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG, 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 8 tabletas cada 28 días
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 16 tabletas cada 28 días
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 4 tabletas cada 28 días
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 8 tabletas cada 28 días
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 4 tabletas cada 28 días
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 24 tabletas cada 28 días
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 8 tabletas cada 28 días
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 32 tabletas cada 28 días
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 240 tabletas cada 30 días
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 84 tabletas cada 28 días
Antimetabolitos		
<i>azacitidine injection suspension reconstituted 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
<i>cytarabine injection solution 20 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gm/20ml, 2.5 gm/50ml, 5 gm/100ml, 500 mg/10ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gemcitabine hcl intravenous solution 1 gm/26.3ml, 2 gm/52.6ml, 200 mg/5.26ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>gemcitabine hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 5 tabletas cada 28 días
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 100 tabletas cada 28 días
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 80 tabletas cada 28 días
<i>mercaptopurine oral suspension 2000 mg/100ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 1 gm/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 14 tabletas cada 28 días
<i>pemetrexed disodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
Diversos		
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 2 jeringas cada 28 días
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 300 cápsulas cada 30 días
<i>doxorubicin hcl intravenous solution 2 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>irinotecan hcl intravenous solution 100 mg/5ml, 300 mg/15ml, 40 mg/2ml, 500 mg/25ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 240 tabletas cada 30 días
<i>leucovorin calcium injection solution 500 mg/50ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>leucovorin calcium injection solution reconstituted 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>mesna oral tablet 400 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
MODEYSO ORAL CAPSULE 125 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 20 cápsulas cada 28 días
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Inhibidores Mitóticos		
<i>docetaxel intravenous concentrate 160 mg/8ml, 80 mg/4ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
<i>docetaxel intravenous concentrate 20 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16ml, 20 mg/2ml, 80 mg/8ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
DOCIVYX INTRAVENOUS SOLUTION 160 MG/16ML, 20 MG/2ML, 80 MG/8ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
<i>etoposide intravenous solution 1 gm/50ml, 100 mg/5ml, 500 mg/25ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
<i>paclitaxel intravenous concentrate 100 mg/16.7ml, 150 mg/25ml, 30 mg/5ml, 300 mg/50ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>paclitaxel protein-bound part intravenous suspension reconstituted 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
<i>vincristine sulfate intravenous solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>vinorelbine tartrate intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
Inmunomoduladores		
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 28 cápsulas cada 28 días
<i>lenalidomide oral capsule 20 mg, 25 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 21 cápsulas cada 28 días
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 21 cápsulas cada 28 días
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 112 cápsulas cada 28 días
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 84 cápsulas cada 28 días
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
Agentes Autoinmunes		
BIMZELX SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 160 MG/ML, 320 MG/2ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 2 plumas cada 28 días
BIMZELX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 160 MG/ML, 320 MG/2ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 2 jeringas cada 28 días
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 4 plumas cada 28 días
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 4 jeringas cada 28 días
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 8 recambios cada 28 días
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 16 frascos cada 28 días
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 16 jeringas cada 28 días
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 8 jeringas cada 28 días
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 8 plumas cada 28 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 6 autoinyectores cada 28 días
HADLIMA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 6 jeringas cada 28 días
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 6 plumas cada 28 días
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 4 plumas cada 28 días
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 2 jeringas cada 28 días
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 4 jeringas cada 28 días
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 6 jeringas cada 28 días
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 3 plumas cada 28 días
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 3 plumas cada 28 días
<i>infliximab intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
KINERET SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 28 jeringas cada 28 días
PYZCHIVA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
PYZCHIVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 1 frasco cada 28 días
PYZCHIVA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 45 MG/0.5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 1 pluma cada 28 días
PYZCHIVA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 90 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 pluma cada 28 días
PYZCHIVA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 1 jeringa cada 28 días
PYZCHIVA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 jeringa cada 28 días
REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
RENFLEXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 360 ml cada 30 días
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 45 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 168 tabletas cada año

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 600 MG/10ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 6 plumas cada 365 días
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 180 MG/1.2ML, 360 MG/2.4ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 recambio cada 56 días
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 6 jeringas cada 365 días
SOTYKTU ORAL TABLET 6 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 frasco cada 28 días
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 jeringa cada 28 días
TREMFYA CROHNS INDUCTION SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 2 plumas cada 28 días
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 pluma cada 28 días
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 2 plumas cada 28 días
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 jeringa cada 28 días
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/2ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 2 jeringas cada 28 días
TYENNE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10ML, 400 MG/20ML, 80 MG/4ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 162 MG/0.9ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 4 plumas cada 28 días
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 4 jeringas cada 28 días
<i>ustekinumab intravenous solution 130 mg/26ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>ustekinumab subcutaneous solution 45 mg/0.5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 frasco cada 28 días
<i>ustekinumab subcutaneous solution prefilled syringe 45 mg/0.5ml, 90 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 jeringa cada 28 días
VELSIPITY ORAL TABLET 2 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 480 ml cada 24 días
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 1 frasco cada 28 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 1 jeringa cada 28 días
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 jeringa cada 28 días
Fármacos Antirreumáticos Modificadores De La Enfermedad (Farme)		
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
Inmunoglobulinas		
ALYGLO INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
GAMASTAN INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	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-\$12.65 (Nivel 5)	PA
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
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-\$12.65 (Nivel 5)	PA
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
Inmunomoduladores		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
Inmunosupresores		
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.5 MG, 1 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
BENLYSTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG, 400 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 8 plumas cada 28 días
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 8 jeringas cada 28 días
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>everolimus oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
Vacunas		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	PA
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)	PA

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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)	
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
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$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)	PA
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nivel 1)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	
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)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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		
ADDAPRIN ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ADVIL JUNIOR STRENGTH ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ADVIL ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
CHILDRENS ADVIL ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>childrens ibuprofen 100 oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml, 200 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CHILDRENS MEDI-PROFEN ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
CHILDRENS MOTRIN ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs ibuprofen childrens oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>eq ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq ibuprofen junior oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>ft ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft ibuprofen ib childrens oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft pain relief oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp ibuprofen childrens oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense ibuprofen childrens oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
HYVEE IBUPROFEN CHILDRENS ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
IBU ORAL TABLET 400 MG, 600 MG, 800 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>ibuprofen 100 junior strength oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml, 200 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ibuprofen junior strength oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ibuprofen oral suspension 200 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ibuprofen suspension 100 mg/5ml oral (otc)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ibuprofen suspension 100 mg/5ml oral (rx)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
INFANTS ADVIL ORAL SUSPENSION 50 MG/1.25ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>infants ibuprofen oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kls ibuprofen ib oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kls ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MEDI-FIRST IBUPROFEN ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
MEDI-PROFEN ORAL SUSPENSION 40 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
MEDI-PROFEN ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>meijer ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MOTRIN CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
MOTRIN IB ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
MOTRIN INFANTS DROPS ORAL SUSPENSION 50 MG/1.25ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<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 2)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>qc ibuprofen ib oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra ibuprofen junior strength oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra pain relief ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb infants ibuprofen oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sm ibuprofen ib oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
WAL-PROFEN ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-TAP CHILDRENS ORAL ELIXIR 1-2.5 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
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-\$12.65 (Nivel 4)	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-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 10 parches cada 30 días
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 100 mg, 120 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
METHADONE HCL INTENSOL ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 90 ml cada 30 días
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 450 ml cada 30 días
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	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-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
Analgésicos Opioides, De Acción Rápida		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 2700 ml cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 400 tabletas cada 30 días
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 360 tabletas cada 30 días
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>butorphanol tartrate injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 180 tabletas cada 30 días
ENDOCET ORAL TABLET 2.5-325 MG, 5-325 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 360 tabletas cada 30 días
ENDOCET ORAL TABLET 7.5-325 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 240 tabletas cada 30 días
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 2700 ml cada 30 días
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 240 tabletas cada 30 días
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 150 tabletas cada 30 días
<i>hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 600 ml cada 30 días
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	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-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 900 ml cada 30 días
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 180 ml cada 30 días
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 900 ml cada 30 días
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 360 tabletas cada 30 días
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 240 tabletas cada 30 días
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 240 tabletas cada 30 días
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 240 tabletas cada 30 días
Diversos		
<i>8 hour arthritis pain oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>8 hour pain reliever oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>8 hr arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>8hr muscle aches & pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>acetaminophen 8 hour oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>acetaminophen childrens oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>acetaminophen childrens oral solution 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>acetaminophen childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>acetaminophen childrens oral tablet chewable 160 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>acetaminophen er oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>acetaminophen extra strength oral liquid 1000 mg/30ml, 500 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>acetaminophen extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>acetaminophen infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>acetaminophen oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>acetaminophen oral solution 160 mg/5ml, 325 mg/10.15ml, 650 mg/20.3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>acetaminophen oral suspension 160 mg/5ml, 325 mg/10.15ml, 650 mg/20.3ml, 80 mg/2.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>acetaminophen oral tablet 325 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>acetaminophen oral tablet chewable 160 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>acetaminophen rectal suppository 120 mg, 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ADVIL JUNIOR STRENGTH ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aminofen oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>apap childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>apap extra strength oral liquid 500 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>apap extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
APHEN ORAL TABLET 325 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>apra oral elixir 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>arthritis pain reliever oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aspirin 81 oral tablet chewable 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aspirin 81 oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aspirin adult low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aspirin adult low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aspirin buf(cacarb-mgcarb-mgo) oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aspirin childrens oral tablet chewable 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aspirin ec adult low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>aspirin ec adult low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aspirin ec low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aspirin ec low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aspirin ec oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aspirin low dose oral tablet chewable 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aspirin low strength oral tablet chewable 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aspirin oral tablet chewable 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aspirin oral tablet delayed release 325 mg, 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aspirin rectal suppository 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aspirin regimen oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BAYER ADVANCED ASPIRIN REG ST ORAL TABLET 325 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
BAYER ASPIRIN EC LOW DOSE ORAL TABLET DELAYED RELEASE 81 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET 325 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE 325 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
BAYER LOW DOSE ORAL TABLET CHEWABLE 81 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
BAYER LOW DOSE ORAL TABLET DELAYED RELEASE 81 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>betatemp childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BUFFERIN EXTRA STRENGTH ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
BUFFERIN ORAL TABLET 325 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>childrens apap oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>childrens aspirin free oral elixir 80 mg/2.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>childrens aspirin oral tablet chewable 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CHILDRENS MEDI-TABS ORAL TABLET CHEWABLE 80 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>childrens non-aspirin oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>childrens non-aspirin oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>childrens pain reliever oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>curanol oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs 8hr arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs 8hr muscle aches & pain oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cvs acetaminophen ex st oral liquid 500 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs acetaminophen ex st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs acetaminophen oral capsule 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs acetaminophen oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs aspirin adult low dose oral tablet chewable 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs aspirin adult low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs aspirin ec oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs aspirin low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs childs non-aspirin oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs fever reducing childrens rectal suppository 120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs genuine aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs infants pain relief drops oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs menstrual relief oral tablet 500-60-15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs non-aspirin childrens oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs non-aspirin extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs pain relief childrens oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ECOTRIN ARTHRTIS PAIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE 325 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ECOTRIN LOW STRENGTH ORAL TABLET DELAYED RELEASE 81 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ECOTRIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE 325 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ed-apap oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>effervescent antacid/pain rel oral tablet effervescent 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq 8hr arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq acetaminophen oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq arthritis pain oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq aspirin adult low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>eq aspirin low dose oral tablet chewable 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq pain & fever childrens oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq pain relief/rapid burst oral liquid 500 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq pain reliever ex st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq pain reliever oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq pain reliever oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq acetaminophen childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq acetaminophen ex st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq acetaminophen oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq aspirin low dose oral tablet chewable 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq menstrual relief max st oral tablet 500-60-15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FEVERALL CHILDRENS RECTAL SUPPOSITORY 120 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
FEVERALL INFANTS RECTAL SUPPOSITORY 80 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
FEVERALL JUNIOR STRENGTH RECTAL SUPPOSITORY 325 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft arthritis pain reliever oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft aspirin oral tablet chewable 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft children's pain/fever oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft enteric coated aspirin oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft pain relief adult extra st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft pain reliever adults rectal suppository 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft pain reliever children rectal suppository 120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ft pain reliever ex str adult oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft rapid release pain relief oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>genuine aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp 8 hour arthritis relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp 8 hour pain reliever oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp acetaminophen oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp acetaminophen oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp adult aspirin low strength oral tablet chewable 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp aspirin oral tablet delayed release 325 mg, 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp children's pain & fever oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp infants pain/fever oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense arthritis pain oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense aspirin oral tablet chewable 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense menstrual relief oral tablet 500-60-15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense pain & fever child oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense pain relief extra st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
HEALTHY MAMA SHAKE THAT ACHE ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>h-e-b aspirin oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>infants pain & fever oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kls acetaminophen ex st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>kls aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp aspirin oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lidocaine hcl (pf) injection solution 0.5 %, 1 %, 1.5 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
<i>lidocaine hcl injection solution 0.5 %, 1 %, 2 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
<i>liquid acetaminophen oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>liquid pain relief oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
LITTLE REMEDIES FOR FEVER ORAL LIQUID 160 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
MAPAP ACETAMINOPHEN EXTRA STR ORAL LIQUID 500 MG/15ML	\$0 (Nivel 1)	DP
MAPAP CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE 160 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mapap oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mapap oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MAX RELIEF JR CHILD PAIN/FEVER ORAL LIQUID 160 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
MAX RELIEF JR CHILD PAIN/FEVER ORAL SUSPENSION 160 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
MAX RELIEF JUNIOR ORAL LIQUID 160 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
MEDI-FIRST ASPIRIN ORAL TABLET 325 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
MEDIQUE ASPIRIN ORAL TABLET 325 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
MEDI-TABS CHILDRENS ORAL ELIXIR 80 MG/2.5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
MEDI-TABS EXTRA STRENGTH ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
MEDI-TABS JUNIOR STRENGTH ORAL TABLET CHEWABLE 160 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>meijer aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>meijer aspirin free oral tablet 325 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>meijer jr st aspirin free oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>menstrual relief max strength oral tablet 500-60-15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MIDOL COMPLETE ORAL TABLET 500-60-15 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
MIDOL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 650 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
MM ACETAMINOPHEN EX STR ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mm arthritis pain oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mm aspirin oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>m-pap oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>non-aspirin extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>non-aspirin jr strength oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>non-aspirin oral tablet 325 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>non-aspirin pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pain & fever childrens oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pain & fever kids oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pain and fever relief kids oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pain relief childrens oral elixir 160 mg/5ml, 240 mg/7.5ml, 325 mg/10.15ml, 40 mg/1.25ml, 480 mg/15ml, 650 mg/20.31ml, 80 mg/2.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pain relief childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pain relief extra strength oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pain relief oral liquid 500 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pain relief regular strength oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pain reliever extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pain reliever for adults oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pain reliever oral liquid 500 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pain reliever oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pain reliever/fever reducer rectal suppository 120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIACARE CHILDREN ORAL SUSPENSION 160 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIACARE INFANT FEVER/PAIN ORAL SUSPENSION 160 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIACARE INFANTS ORAL SUSPENSION 160 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
PHARBETOL EXTRA STRENGTH ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
PHARBETOL ORAL TABLET 325 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc 8 hour arthritis pain oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc acetaminophen 8 hours oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc acetaminophen 8hr arth pain oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc acetaminophen 8hr musc ache oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc acetaminophen infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc antacid & pain relief oral tablet effervescent 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>qc aspirin low dose oral tablet chewable 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc aspirin oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc childrens aspirin oral tablet chewable 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc enteric aspirin oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc menstrual complete max st oral tablet 500-60-15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc non-aspirin 8 hour oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc non-aspirin childrens oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc non-aspirin extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc pain relief childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc pain relief extra strength oral liquid 500 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra acetaminophen childrens oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra acetaminophen ex st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra acetaminophen oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra aspirin adult low dose oral tablet chewable 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra aspirin adult low strength oral tablet chewable 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra aspirin childrens oral tablet chewable 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra aspirin ec adult low st oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg, 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra childrens fever/pain oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra fever reducer/pain reliever oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra menstrual relief oral tablet 500-60-15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra pain relief acetaminophen oral tablet 325 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra pain relief aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra pain reliever ex st oral liquid 500 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sb arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb childrens aspirin oral tablet chewable 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb low dose asa ec oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb non-aspirin extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb non-aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb non-aspirin oral tablet chewable 160 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb pain reliever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb pain reliever ex st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sm aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ST JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE 81 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ST JOSEPH LOW DOSE ORAL TABLET CHEWABLE 81 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ST JOSEPH LOW DOSE ORAL TABLET DELAYED RELEASE 81 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>tri-buffered aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
TYLENOL 8 HOUR ARTHRITIS PAIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 650 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
TYLENOL 8 HOUR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 650 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
TYLENOL CHILDRENS CHEWABLES ORAL TABLET CHEWABLE 160 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
TYLENOL CHILDRENS ORAL SUSPENSION 160 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
TYLENOL CHILDRENS PAIN + FEVER ORAL SUSPENSION 160 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
TYLENOL EXTRA STRENGTH ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
TYLENOL FOR CHILDREN + ADULTS ORAL SUSPENSION 160 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
TYLENOL INFANTS PAIN+FEVER ORAL SUSPENSION 160 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
TYLENOL ORAL CAPSULE 325 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
TYLENOL ORAL TABLET 325 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
Gota		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIINFECTIVOS		
Agentes Antirretrovirales		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 tabletas cada 30 días
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
EDURANT PED ORAL TABLET SOLUBLE 2.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 400 ml cada 30 días
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 240 tabletas cada 30 días
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 480 tabletas cada 30 días
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG, 5 X 300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
TIVICAY ORAL TABLET 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
Agentes Antituberculosos		
<i>cycloserine oral capsule 250 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
Agentes Combinados Antirretrovirales		
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet 600-200-300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 133-200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>emtricitab-rilpivir-tenofov df oral tablet 200-25-300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
KALETRA ORAL SOLUTION 400-100 MG/5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG, 800-150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>trimeq pd oral tablet soluble 60-5-30 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
Antifúngicos		
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>fluconazole oral tablet 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 cápsulas cada 30 días
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
<i>miconazole sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 93 tabletas cada 30 días
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 600 ml cada 28 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 480 tabletas cada 30 días
Antiinfectivos, Varios		
<i>advin covid-19 antigen test in vitro kit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 672 tabletas cada año
<i>amikacin sulfate injection solution 1 gm/4ml, 500 mg/2ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION 590 MG/8.4ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 300 ml cada 30 días
AZO URINARY TRACT DEFENSE ORAL TABLET 162-162.5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
BINAXNOW COVID-19 AG HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 1)	DP
CARESTART COVID-19 HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 1)	DP
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
CLEARDETECT COVID-19 AG HOME IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>clindamycin phosphate in nacl intravenous solution 300-0.9 mg/50ml-%, 600-0.9 mg/50ml-%, 900-0.9 mg/50ml-%</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
CLINITEST RAPID COVID-19 TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>covid-19 at home antigen test in vitro kit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>covid-19 at-home test in vitro kit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>covid-19 otc antigen 1-pack in vitro kit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>covid-19 otc antigen 2-pack in vitro kit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs covid-19 at home test kit in vitro kit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs pinworm treatment oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CYSTEX URINARY PAIN RELIEF ORAL TABLET 162-162.5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
DIATRUST COVID-19 HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ellume covid-19 home test in vitro kit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 12 tabletas cada año
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>fastep covid-19 antigen test in vitro kit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fosfomycin tromethamine oral packet 3 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
GENABIO COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 1)	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-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>gentamicin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>gnp antibacterial urinary pain oral tablet 162-162.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
GOTOKNOW COVID-19 ANTIGEN RAPI IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 1)	DP
IHEALTH COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
INDICAID COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 1)	DP
INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 20 tabletas cada 90 días
<i>ivermectin oral tablet 6 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 10 tabletas cada 90 días
<i>linezolid in sodium chloride intravenous solution 600-0.9 mg/300ml-%</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 1800 ml cada 30 días
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 6 tabletas cada 30 días
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>ohc covid-19 antigen self test in vitro kit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ON/GO COVID-19 ANTIGEN TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 1)	DP
ON/GO ONE COVID-19 HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pin-away oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pinworm medicine oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>polymyxin b sulfate injection solution reconstituted 500000 unit</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>qc urinary pain relief oral tablet 162-162.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>reeses pinworm medicine oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SPEEDY SWAB COVID-19 ANTIGEN IN VITRO KIT	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<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-\$12.65 (Nivel 3)	
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE 28 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>tobramycin sulfate injection solution 1.2 gm/30ml, 10 mg/ml, 2 gm/50ml, 80 mg/2ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
URO-PAIN DUAL ACTION ORAL TABLET 162-162.5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vancomycin hcl in nacl intravenous solution 1-0.9 gm/200ml-%, 500-0.9 mg/100ml-%, 750-0.9 mg/150ml-%</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 1.25 gm, 1.5 gm, 10 gm, 5 gm, 500 mg, 750 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 80 cápsulas cada 180 días
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 160 cápsulas cada 180 días
Antimalariales		
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>primaquine phosphate oral tablet 26.3 (15 base) mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
Antivirales		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	ST
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG, 200-50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 336 tabletas cada 28 días
MAVYRET ORAL PACKET 50-20 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 168 cápsulas cada año
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 84 cápsulas cada año
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 1080 ml cada año
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 X 150 MG & 10 X 100MG	\$0 (Nivel 2)	QL; 40 tabletas cada 90 días
PAXLOVID (300/100 & 150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 6 X 150 MG & 5 X 100MG	\$0 (Nivel 2)	QL; 22 tabletas cada 90 días
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 X 150 MG & 10 X 100MG	\$0 (Nivel 2)	QL; 60 tabletas cada 90 días
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 28 tabletas cada 28 días
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 6 inhaladores cada año
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 1 tableta cada 180 días
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 1 tableta cada 180 días
Cefalosporinas		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm, 3 gm, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 2 gm, 3 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>cefazolin sodium-dextrose intravenous solution 1-4 gm/50ml-%, 2-4 gm/100ml-%, 3-4 gm/150ml-%</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>cefazolin sodium-dextrose intravenous solution reconstituted 1-4 gm-%(50ml), 2-3 gm-%(50ml), 3-2 gm-%(50ml)</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>cefotetan disodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>cefepodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>cefepodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 6 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<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-\$12.65 (Nivel 3)	
TAZICEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM, 2 GM, 6 GM	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
Eritromicinas/Macrólidas		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<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-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
E.E.S. 400 ORAL TABLET 400 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>erythromycin lactobionate intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>erythromycin oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>fidaxomicin oral tablet 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
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-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 250 mg/50ml, 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<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-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
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)	
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 250-62.5 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg, 875-125 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 15 (10-5) gm, 3 (2-1) gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>naftillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>naftillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>oxacillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit, 5000000 unit</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
PFIZERPEN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 20000000 UNIT, 5000000 UNIT	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<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-\$12.65 (Nivel 4)	
Tetraciclinas		
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
NUZYRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 30 tabletas cada 14 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
CARDIOVASCULAR		
Alfabloqueantes		
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<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-\$12.65 (Nivel 3)	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	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-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>amiodarone hcl oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 tabletas cada 30 días
PACERONE ORAL TABLET 100 MG, 400 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
PACERONE ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antilipémicos, Fibratos		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
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-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>cholestyramine light oral powder 4 gm/dose</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>cholestyramine oral powder 4 gm/dose</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>colestipol hcl oral granules 5 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<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-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
PREVALITE ORAL PACKET 4 GM	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
PREVALITE ORAL POWDER 4 GM/DOSE	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 6 jeringas cada 28 días
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 6 autoinyectores cada 28 días
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Betabloqueadores		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<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-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<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 2)	
<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-\$12.65 (Nivel 4)	
<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-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>nebivolol hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
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 2)	
<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 2)	
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>diltiazem hcl intravenous solution 125 mg/25ml, 25 mg/5ml, 50 mg/10ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 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 **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
TIADYL ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>verapamil hcl intravenous solution 2.5 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<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 2)	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
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-\$12.65 (Nivel 3)	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
<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

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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-\$12.65 (Nivel 3)	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-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<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-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<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)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<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-\$12.65 (Nivel 3)	
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 450 ml cada 30 días
<i>digoxin injection solution 0.25 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 90 cápsulas cada 30 días
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 cápsulas cada 30 días
<i>epinephrine (anaphylaxis) injection solution 1 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
<i>hydralazine hcl injection solution 20 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<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-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>midodrine hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
Hipertensión Arterial Pulmonar		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
ALYQ ORAL TABLET 20 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>bosentan oral tablet soluble 32 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 360 tabletas cada 30 días
<i>tadalafil (pah) oral tablet 20 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>treprostinil injection solution 100 mg/20ml, 20 mg/20ml, 200 mg/20ml, 50 mg/20ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
UPTRAVI ORAL TABLET 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 140 tabletas cada 28 días
UPTRAVI TITRATION ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 paquete cada 30 días
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 2 X 45 MG, 2 X 60 MG, 45 MG, 60 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 2 frascos cada 21 días
YUTREPIA INHALATION CAPSULE 106 MCG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 224 cápsulas cada 28 días
YUTREPIA INHALATION CAPSULE 26.5 MCG, 53 MCG, 79.5 MCG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 140 cápsulas cada 28 días
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-\$12.65 (Nivel 3)	
<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-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
DIVERSOS		
Diversos		
<i>1st base external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>acetic acid solution 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>alcoholado eucaliptino solution 70 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ALTADERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
ARBEM H-COSMETIC EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ARBEM LIOPEN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
ATREVIS HYDROGEL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
AUXIPRO VANISHING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>az cream external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BASE PCCA CLARIFYING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>base w301 external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CHRYSADERM DAY EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
CHRYSADERM NIGHT EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>citrus bioflavonoids powder 13 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CLEODERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cream base external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cream concentrate external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cutis plus external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs ethyl alcohol solution 70 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs petroleum jelly external gel</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
DHEA 50 ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>dhea oral capsule 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
DURABASE ADVANCED EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
DURABASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
EMOLIVAN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>emollient base external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 ethyl alcohol (rubbing) solution 70 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ethyl alcohol (rubbing) solution 70 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fagron ls plus external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fagron natural external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fagron supreme external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FITALITE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>flavor plus oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>flex base external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>freedom adaptaderm external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>freedom derma serum external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FREEDOM DERMA-D EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
FREEDOM DERMA-N EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft ethyl rubbing alcohol solution 70 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp alcohol denatured solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp ethyl rubbing alcohol solution 70 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp petroleum jelly external gel</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp rubbing alcohol solution 70 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense petroleum jelly external gel</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hm petroleum jelly external gel</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>hydrochloric acid liquid , 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>hydrous emulsified base external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
LIOPEN ABSORPTION ENHANCING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lipo cream base external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
LIPOCREAM BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lipopen ultra base external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MAX SLEEP JUNIOR ORAL LIQUID 1 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
MEDIDERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>melatonin oral liquid 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>microderm base external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MICROSOME BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multi-phasic penetrating cmpd external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
NOURILITE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
NOURIVAN ANTIOX BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
OMNIBASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>oral suspend oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ORAPENN SD ANHYD SWEETENED ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ORAPENN SD ANHYD UNSWEETEN ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ORA-PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA ALADERM BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA ANHYDROUS LIPODERM BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA BASE 7542 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA BIOPEPTIDE BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA CANNIDEX 2.0 CUSTOM BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA CANNIDEX CUSTOM BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA COSMETIC HRT BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA EMOLLIENT CREAM BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA HYDRABASE SB CUSTOM BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA LIPODERM BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA MVC BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA NATACREAM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA PRACASIL TM-PLUS BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PCCA VANISHING CREAM BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA VANISHING CREAM LIGHT EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA VANPEN BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PCCA WAV CUSTOM BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>penderm external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pensomal external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>petrolatum external gel</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>petrolatum white external gel</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>petroleum jelly external gel , 100 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
PFCB EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PHARMABASE ANTIOXIDANT EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PHARMABASE COSMETIC EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PHARMABASE COSMETIC NATURAL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PHARMABASE HEAVY EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PHARMABASE LIGHT EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PHARMABASE VAGINAL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PHYTOBASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>polyethylene glycol 3350 powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>potassium hydroxide solution 45 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>p-siloxan ds external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc petroleum jelly external gel 100 %, 99.89 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra ethyl rubbing alcohol solution 70 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sa3 derm external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>salt durable cream external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SALT STABLE LS ADVANCED EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
SALTSTABLE LO EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>scar care external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>silprotex plus external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>skyy derm external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sm petroleum jelly external gel</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stevia extract powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SYRSPEND SF ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>teroderm external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>teroderm-plus external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
TRUCLEAR STEVIA PLUS POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
U-BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
VANIBASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>vanishing cream botanical base external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vanishing external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vanish-pen external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VASELINE EXTERNAL GEL	\$0 (Nivel 1)	DP
VASELINE PURE ULTRA WHITE EXTERNAL GEL	\$0 (Nivel 1)	DP
VERSAPRO EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>versatile cream base external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VERSATILE RICH BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
VERSIGEL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vp dermabase external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>white petrolatum external gel</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>white petroleum jelly external gel</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>wound care external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
XCEL 100 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
XEMATOP BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
ZARBEES SLEEP CHILD/MELATONIN ORAL LIQUID 1 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
ENDOCRINO Y METABÓLICO		
WEGOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.25 MG/0.5ML, 0.5 MG/0.5ML, 1 MG/0.5ML, 1.7 MG/0.75ML, 2.4 MG/0.75ML	\$0 (Nivel 1)	QL; 4 plumas cada 28 días; DP; Fuera del formulario para la Parte D; se requiere PA para la cobertura de Medicaid (pérdida de peso)
ZEPBOUND 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 1)	QL; 4 plumas cada 28 días; DP; Fuera del formulario para la Parte D; se requiere PA para la cobertura de Medicaid (pérdida de peso)
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)	
<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-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
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-\$12.65 (Nivel 4)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
GLUCO TO GO 15 ORAL GEL 40 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>glucose oral gel 40 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
GLUTOSE 15 ORAL GEL 40 %	\$0 (Nivel 1)	DP
GLUTOSE 45 ORAL GEL 40 %	\$0 (Nivel 1)	DP
GLUTOSE 5 ORAL GEL 40 %	\$0 (Nivel 1)	DP
RELION GLUCOSE ORAL GEL 15 GM/38GM	\$0 (Nivel 1)	DP
SWEET CHEEKS ORAL GEL 40 %	\$0 (Nivel 1)	DP
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.6 MG/0.6ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
Agentes Quelantes		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
<i>deferasirox oral tablet soluble 125 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>deferasirox oral tablet soluble 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
KIONEX COMBINATION SUSPENSION 15 GM/60ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) COMBINATION SUSPENSION 15 GM/60ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) RECTAL SUSPENSION 30 GM/120ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
Analógicos De Vitamina D		
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
Andrógenos		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
DEPO-TESTOSTERONE INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML, 200 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%), 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 300 g cada 30 días
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/act (1.62%)</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 150 g cada 30 días
Anticonceptivos		
AFIRMELLE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
<i>aimsco lubricated</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	
AMETHYST ORAL TABLET 90-20 MCG	\$0 (Nivel 2)	
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
ASHLYNA ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 2)	
AUBRA EQ ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
AUROVELA 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
AUROVELA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 2)	
AUROVELA FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
AUROVELA FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
AYUNA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
AZURETTE ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nivel 2)	
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
BLISOVI 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 2)	
BLISOVI FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 2)	
CAMRESE LO ORAL TABLET 0.1-0.02 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 2)	
CAMRESE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 2)	
CHATEAL EQ ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
<i>condoms</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CRYSSELLE-28 ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
CYRED EQ ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
DASETTA 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
DASETTA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
DAYSEE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 2)	
DEBLITANE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 2)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 104 MG/0.65ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	\$0 (Nivel 2)	
DOLISHALE ORAL TABLET 90-20 MCG	\$0 (Nivel 2)	
<i>drospiren-eth estrad-levomefol oral tablet 3-0.02-0.451 mg, 3-0.03-0.451 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
DUREX EXTRA SENSITIVE THIN	\$0 (Nivel 1)	DP
DUREX EXTRA SENSITIVE THIN DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
DUREX REALFEEL DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
DUREX TROPICAL	\$0 (Nivel 1)	DP
ELINEST ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
ELURYNG VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
EMZAHH ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 2)	
ENILLORING VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 2)	
ESTARYLLA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
FANTASY LUBRICATED	\$0 (Nivel 1)	DP
FANTASY LUBRICATED/SPERMICIDE	\$0 (Nivel 1)	DP
FC2 FEMALE CONDOM	\$0 (Nivel 1)	DP
FEIRZA 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
FEIRZA 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
FINZALA ORAL TABLET CHEWABLE 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 2)	
GALBRIELA ORAL TABLET CHEWABLE 0.8-25 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
HAILEY 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
HAILEY 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 2)	
HALOETTE VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
HEATHER ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 2)	
ICLEVIA ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (Nivel 2)	
INCASSIA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 2)	
INTROVALE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (Nivel 2)	
ISIBLOOM ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
JAIMESS ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 2)	
JASMIEL ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nivel 2)	
JOLESSA ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (Nivel 2)	
JULEBER ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
JUNEL 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
JUNEL 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
JUNEL FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
JUNEL FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
JUNEL FE 24 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 2)	
KAITLIB FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.8-25 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
KAMELEON LUBRICATED	\$0 (Nivel 1)	DP
KARIVA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nivel 2)	
KELNOR 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
<i>kimono</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
KIMONO COLORS DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
KIMONO MAXX-LARGE FLARE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kimono micro thin</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kimono micro thin plus</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kimono plus</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kimono ps</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kimono ps plus</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kimono sensation</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kimono sensation plus</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
KIMONO SPECIAL DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
KURVELO ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
LARIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
LARIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
LARIN 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 2)	
LARIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
LARIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
LESSINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
LEVONEST ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0 (Nivel 2)	
<i>levonorgest-eth est & eth est oral tablet 42-21-21-7 days</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.1-0.02 & 0.01 mg, 0.15-0.03 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 90-20 mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/125-30 mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	
LEVORA 0.15/30 (28) ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.1 MCG/DAY	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
LOESTRIN 1.5/30 (21) ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
LOESTRIN 1/20 (21) ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
LOESTRIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
LOESTRIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
LOJAIMIESS ORAL TABLET 0.1-0.02 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 2)	
LORYNA ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nivel 2)	
LOW-OGESTREL ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
LUTERA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
LYLEQ ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 2)	
LYZA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>maxx</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>maxx plus</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
MELEYA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 2)	
MIBELAS 24 FE ORAL TABLET CHEWABLE 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 2)	
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
MILI ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
MONO-LINYAH ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT 68 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nivel 2)	
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 2)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable 1-20 mg-mcg(24)</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	\$0 (Nivel 2)	
NORLYROC ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 2)	
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
NYLIA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
NYLIA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0 (Nivel 2)	
ORQUIDEA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 2)	
PHILITH ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
PIMTREA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nivel 2)	
PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
REALITY LATEX CONDOMS	\$0 (Nivel 1)	DP
REALITY LATEX/ULTRA TEXTURED DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
REALITY LATEX/ULTRA THIN DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
RIVELSA ORAL TABLET 42-21-21-7 DAYS	\$0 (Nivel 2)	
ROSYRAH ORAL TABLET 42-21-21-7 DAYS	\$0 (Nivel 2)	
SETLAKIN ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (Nivel 2)	
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nivel 2)	
SIMLIYA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nivel 2)	
SIMPESSE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nivel 2)	
SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
SYEDA ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0 (Nivel 2)	
TARINA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nivel 2)	
TARINA FE 1/20 EQ ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
TILIA FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRI-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nivel 2)	
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
TRI-LINYAH ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nivel 2)	
TRI-LO-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nivel 2)	
TRI-LO-MARZIA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nivel 2)	
TRI-LO-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nivel 2)	
TRI-LO-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nivel 2)	
TRI-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nivel 2)	
TRI-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nivel 2)	
TRI-VYLIBRA LO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nivel 2)	
TRI-VYLIBRA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nivel 2)	
TROJAN ENZ	\$0 (Nivel 1)	DP
TROJAN MAGNUM	\$0 (Nivel 1)	DP
TROJAN ULTRA RIBBED LUBRICATED DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
TROJAN ULTRA THIN	\$0 (Nivel 1)	DP
TROJAN ULTRA THIN/SPERMICIDAL	\$0 (Nivel 1)	DP
TROJAN-ENZ LUBRICATED	\$0 (Nivel 1)	DP
TROJAN-ENZ/SPERMICIDAL	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>true cover device</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
TRUSTEX COLOR CONDOMS + LUBE	\$0 (Nivel 1)	DP
TRUSTEX LUB/RIBBED/STUDDER	\$0 (Nivel 1)	DP
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX ST	\$0 (Nivel 1)	DP
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL	\$0 (Nivel 1)	DP
TRUSTEX LUBRICATED	\$0 (Nivel 1)	DP
TRUSTEX LUBRICATED EX LARGE	\$0 (Nivel 1)	DP
TRUSTEX LUBRICATED EXTRA ST	\$0 (Nivel 1)	DP
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMICIDE	\$0 (Nivel 1)	DP
TRUSTEX NATURAL CONDOMS + LUBE	\$0 (Nivel 1)	DP
TRUSTEX NON-LUBRICATED	\$0 (Nivel 1)	DP
TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE	\$0 (Nivel 1)	DP
TRUSTEX RIA LUBRICATED	\$0 (Nivel 1)	DP
TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRUSTEX-NONOXYNOL-9/RIB/STUD	\$0 (Nivel 1)	DP
TURQOZ ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
VALTYA 1/50 ORAL TABLET 1-50 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG	\$0 (Nivel 2)	
VESTURA ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nivel 2)	
VIENVA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
<i>viorele oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	\$0 (Nivel 2)	
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
VYLIBRA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
WERA ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
WYMZYA FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
XARAH FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
XELRIA FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
XULANE TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
ZAFEMY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
ZOVIA 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nivel 2)	
ZUMANDIMINE ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0 (Nivel 2)	
Antidiabéticos, Insulinas		
ADMELOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
ADMELOG SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
CEQUR SIMPLICITY 2U DEVICE	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 10 parches cada 30 días
CEQUR SIMPLICITY 2U DEVICE	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 8 parches cada 24 días
CEQUR SIMPLICITY INSERTER	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 2 insertadores al año
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
<i>cvs gauze sterile pad 2"x2"</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
FIASP INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
<i>global alcohol prep ease pad 70 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
HUMULIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
NOVOLIN 70/30 RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
NOVOLIN 70/30 SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	\$0 (Nivel 1)	DP
NOVOLIN 70/30 SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
NOVOLIN N RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
NOVOLIN N SUSPENSION 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	\$0 (Nivel 1)	DP
NOVOLIN N SUSPENSION 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
NOVOLIN R RELION INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
NOVOLIN R SOLUTION 100 UNIT/ML INJECTION	\$0 (Nivel 1)	DP
NOVOLIN R SOLUTION 100 UNIT/ML INJECTION	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
NOVOLOG FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
NOVOLOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NOVOLOG RELION INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 KIT	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 1 kit cada año
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 15 cápsulas cada 30 días
OMNIPOD 5 LIBRE2 G6 INTRO G5 KIT	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 1 kit cada año
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 15 cápsulas cada 30 días
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 1 kit cada año
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 15 cápsulas cada 30 días
<i>preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 5 plumas cada 25 días
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 5 plumas cada 30 días
Antidiabéticos		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dapagliflozin propanediol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	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-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-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 tabletas cada 30 días
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 tabletas cada 30 días
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	ST; QL; 30 tabletas cada 30 días
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 tabletas cada 30 días
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	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-\$12.65 (Nivel 3)	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
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/3ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 1 pluma cada 28 días
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 1 pluma cada 28 días
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	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-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	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-\$12.65 (Nivel 3)	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-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 4 plumas cada 28 días
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	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-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Diversos		
ALDURAZyme INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>betaine oral powder</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
CEREZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 UNIT	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>charcoal activated powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CHEMSTRIP K IN VITRO STRIP	\$0 (Nivel 1)	DP
CHEMSTRIP UGK IN VITRO STRIP	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D; QL; 120 tabletas cada 30 días
CVS KETONE CARE IN VITRO STRIP	\$0 (Nivel 1)	DP
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>desmopressin acetate injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>desmopressin acetate pf injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>desmopressin acetate spray nasal solution 0.01 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
DIASCREEN 10	\$0 (Nivel 1)	DP
DIASCREEN 1B	\$0 (Nivel 1)	DP
DIASCREEN 1G STRIP	\$0 (Nivel 1)	DP
DIASCREEN 1K	\$0 (Nivel 1)	DP
DIASCREEN 1K STRIP	\$0 (Nivel 1)	DP
DIASCREEN 2GK STRIP	\$0 (Nivel 1)	DP
DIASCREEN 2GP	\$0 (Nivel 1)	DP
DIASCREEN 3	\$0 (Nivel 1)	DP
DIASCREEN 4NL	\$0 (Nivel 1)	DP
DIASCREEN 4OBL	\$0 (Nivel 1)	DP
DIASCREEN 4PH	\$0 (Nivel 1)	DP
DIASCREEN 5	\$0 (Nivel 1)	DP
DIASCREEN 6	\$0 (Nivel 1)	DP
DIASCREEN 7	\$0 (Nivel 1)	DP
DIASCREEN 8	\$0 (Nivel 1)	DP
DIASCREEN 9	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>diascreen liquid urine control</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 35 MG, 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GENOTROPIN MINISURGE PREFILLED SYRINGE 0.2 MG SUBCUTANEOUS	\$0 (Nivel 1)	DP
GENOTROPIN MINISURGE PREFILLED SYRINGE 0.2 MG SUBCUTANEOUS	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
GENOTROPIN MINISURGE 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-\$12.65 (Nivel 5)	PA
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG, 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
JAVYGTOR ORAL PACKET 100 MG, 500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
JAVYGTOR ORAL TABLET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
KETO-DIASTIX IN VITRO STRIP	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ketone test in vitro strip</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
KETOSTIX IN VITRO STRIP	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lanreotide acetate subcutaneous solution 120 mg/0.5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
LUMIZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 30 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>nitrofurantoin oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 500 mcg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 10 MG/1.5ML, 5 MG/1.5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 5.8 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RELION KETONE TEST IN VITRO STRIP	\$0 (Nivel 1)	DP
REVCovi INTRAMUSCULAR SOLUTION 2.4 MG/1.5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
REZDIFFRA ORAL TABLET 100 MG, 60 MG, 80 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 60 MG/0.2ML, 90 MG/0.3ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>tolvaptan oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>tolvaptan oral tablet therapy pack 15 mg, 30 & 15 mg, 45 & 15 mg, 60 & 30 mg, 90 & 30 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
Estrógenos		
ABIGALE LO ORAL TABLET 0.5-0.1 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
ABIGALE ORAL TABLET 1-0.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
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-\$12.65 (Nivel 3)	
<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-\$12.65 (Nivel 3)	
<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-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>estradiol valerate intramuscular oil 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
FYAVOLV ORAL TABLET 0.5-2.5 MG-MCG, 1-5 MG-MCG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
JINTELI ORAL TABLET 1-5 MG-MCG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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-\$12.65 (Nivel 3)	
MIMVEY ORAL TABLET 1-0.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
norethindrone-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
YUVAFEM VAGINAL TABLET 10 MCG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
Glucocorticoides		
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
dexamethasone sod phos (pf) injection solution prefilled syringe 10 mg/ml	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
dexamethasone sod phosphate pf injection solution 10 mg/ml	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 100 mg/10ml, 120 mg/30ml, 20 mg/5ml, 4 mg/ml	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
dexamethasone sodium phosphate injection solution prefilled syringe 4 mg/ml	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg	\$0 (Nivel 2)	
hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
hydrocortisone sod suc (pf) injection solution reconstituted 100 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg	\$0 (Nivel 2)	
methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 1000 mg, 125 mg, 40 mg, 500 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
prednisolone oral solution 15 mg/5ml	\$0 (Nivel 2)	B/D
prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5ml	\$0 (Nivel 2)	B/D
prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5ml, 5 mg/5ml	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
prednisone oral solution 5 mg/5ml	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg	\$0 (Nivel 1)	B/D

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	\$0 (Nivel 2)	
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 250 MG, 500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
Non-Frf		
ADIPEX-P ORAL TABLET 37.5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ALLI ORAL CAPSULE 60 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>benzphetamine hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>diethylpropion hcl er oral tablet extended release 24 hour 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>diethylpropion hcl oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
LOMAIRA ORAL TABLET 8 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>orlistat oral capsule 120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>phendimetrazine tartrate oral tablet 35 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>phentermine hcl oral capsule 15 mg, 30 mg, 37.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>phentermine hcl oral tablet 37.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>phentermine-topiramate er oral capsule extended release 24 hour 11.25-69 mg, 15-92 mg, 3.75-23 mg, 7.5-46 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	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 1)	DP
XENICAL ORAL CAPSULE 120 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
Progestinas		
ECONTRA ONE-STEP ORAL TABLET 1.5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
GALLIFREY ORAL TABLET 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>megestrol acetate oral suspension 400 mg/10ml, 800 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>megestrol acetate suspension 40 mg/ml oral</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>megestrol acetate suspension 40 mg/ml oral</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>megestrol acetate suspension 625 mg/5ml oral</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>megestrol acetate suspension 625 mg/5ml oral</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>megestrol acetate tablet 20 mg oral</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>megestrol acetate tablet 40 mg oral</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
Reguladores De Calcio		
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	ST
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 70 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BONSITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 560 MCG/2.24ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 pluma cada 28 días
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>pamidronate disodium intravenous solution 30 mg/10ml, 6 mg/ml, 90 mg/10ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	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-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	ST
<i>teriparatide subcutaneous solution pen-injector 560 mcg/2.24ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 pluma cada 28 días
WYOST SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>zoledronic acid intravenous concentrate 4 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>zoledronic acid intravenous solution 5 mg/100ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D

GASTROINTESTINAL

Antagonistas Del Receptor H2

<i>famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>famotidine intravenous solution 200 mg/20ml, 40 mg/4ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>famotidine premixed intravenous solution 20-0.9 mg/50ml-%</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	

Antiácidos

ALMACONE DOUBLE STRENGTH ORAL SUSPENSION 400-400-40 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>alum & mag hydroxide-simeth oral suspension 1200-1200-120 mg/30ml, 2400-2400-240 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aluminum hydroxide gel oral suspension 320 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aluminum-magnesium-simethicone oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antacid & anti-gas max str oral suspension 800-800-80 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antacid & antigas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 2400-2400-240 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antacid advanced oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antacid anti-gas max strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antacid anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>antacid calcium oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antacid calcium rich oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antacid extra strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antacid fast relief oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antacid i oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antacid iii oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antacid liquid oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antacid m oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antacid maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml, 800-800-80 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antacid/antigas oral suspension 400-400-40 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antacid/simethicone ds oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium carbonate antacid oral suspension 1250 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium carbonate antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CAL-GEST ANTACID ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>comfort gel antacid & anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>comfort gel antacid anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>comfort gel oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs antacid maximum strength oral suspension 800-800-80 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs antacid plus antigas oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs antacid/anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq antacid maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft antacid & antigas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ft antacid regular strength oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
GELUSIL ORAL TABLET CHEWABLE 200-200-25 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>geri-lanta maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>geri-lanta oral suspension 1200-1200-120 mg/30ml, 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>geri-mox maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>geri-mox oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp antacid & anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp magnesium oxide oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense advanced antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense antacid & gas relief oral suspension 400-400-40 mg/10ml, 400-400-40 mg/5ml, 800-800-80 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
HEALTHY MAMA TAME THE FLAME ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
HYVEE ADVANCED ANTACID ORAL SUSPENSION 400-400-40 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>long lasting antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MAALOX MAX ORAL SUSPENSION 400-400-40 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
MAALOX MULTI SYMPTOM MAX ST ORAL SUSPENSION 400-400-40 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mag-al oral liquid 200-200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mag-al plus oral liquid 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mag-al plus xs oral liquid 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>magnesium oxide (antacid) oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>magnesium oxide oral tablet 250 mg, 400 mg, 420 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>magnesium-aluminum-simethicone oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MAOX ORAL TABLET 420 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>meijer antacid anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mintox maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MINTOX ORAL SUSPENSION 200-200-20 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
MINTOX PLUS ORAL TABLET CHEWABLE 200-200-25 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
MYLANTA MAXIMUM STRENGTH ORAL SUSPENSION 400-400-40 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc antacid/anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc magnesium oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra antacid/anti-gas max st oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra antacid/anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra antacid/gas relief max st oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb antacid anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sodium bicarbonate oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
TUMS LASTING EFFECTS ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
TUMS ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
Antidiarreicos		
<i>anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>anti-diarrheal oral solution 1 mg/7.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bismuth oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bismuth subsalicylate oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs anti-diarrheal oral suspension 262 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs stomach relief max st oral suspension 525 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs stomach relief oral suspension 525 mg/15ml, 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs stomach relief oral tablet 262 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>diamode oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>diarrhea oral suspension 262 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>eq anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq loperamide hcl oral solution 1 mg/7.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq stomach relief oral suspension 262 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq stomach relief oral tablet 262 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eqi anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eqi stomach relief max st oral suspension 525 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eqi stomach relief oral suspension 262 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eqi stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft anti-diarrheal oral solution 1 mg/7.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft stomach relief oral tablet 262 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp loperamide hcl oral solution 1 mg/7.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp pink bismuth oral tablet 262 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp pink bismuth oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp pink bismuth ultra str oral suspension 525 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense anti-diarrheal oral solution 1 mg/7.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense stomach relief oral suspension 1050 mg/30ml, 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
IMODIUM A-D ORAL CAPSULE 2 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
IMODIUM A-D ORAL SOLUTION 1 MG/7.5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
IMODIUM A-D ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
KAOPLECTATE EXTRA STRENGTH ORAL SUSPENSION 525 MG/15ML	\$0 (Nivel 1)	DP
KAOPLECTATE ORAL SUSPENSION 262 MG/15ML	\$0 (Nivel 1)	DP
KAOPLECTATE ORAL TABLET 262 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>loperamide hcl capsule 2 mg oral</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>loperamide hcl oral solution 1 mg/7.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>loperamide hcl oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>medi-bismuth oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>meijer anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PEPTO-BISMOL MAX STRENGTH ORAL SUSPENSION 525 MG/15ML	\$0 (Nivel 1)	DP
PEPTO-BISMOL ORAL SUSPENSION 262 MG/15ML, 524 MG/30ML	\$0 (Nivel 1)	DP
PEPTO-BISMOL ORAL TABLET 262 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
PEPTO-BISMOL ORAL TABLET CHEWABLE 262 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
PEPTO-BISMOL TO-GO ORAL TABLET CHEWABLE 262 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pink bismuth maximum strength oral suspension 525 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pink bismuth oral suspension 262 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc diarrhea relief oral suspension 262 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc pink bismuth oral suspension 262 mg/15ml, 525 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc pink bismuth oral tablet 262 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc stomach relief oral tablet 262 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc stomach relief ultra oral suspension 525 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra stomach relief oral suspension 262 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
RESTORA RX ORAL CAPSULE 60-1.25 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb anti-diarrhea oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb bismuth oral tablet 262 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SOOTHE MAXIMUM STRENGTH ORAL SUSPENSION 525 MG/15ML	\$0 (Nivel 1)	DP
SOOTHE ORAL SUSPENSION 262 MG/15ML, 525 MG/30ML	\$0 (Nivel 1)	DP
SOOTHE ORAL TABLET CHEWABLE 262 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stomach relief extra strength oral suspension 525 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stomach relief oral suspension 525 mg/15ml, 525 mg/30ml, 527 mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stomach relief oral tablet 262 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stomach relief plus oral suspension 525 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stomach relief ultra oral suspension 525 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antieméticos		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 & 125 mg, 80 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
COMPRO RECTAL SUPPOSITORY 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>dronabinol capsule 10 mg oral</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>dronabinol capsule 10 mg oral</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D; QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>dronabinol capsule 2.5 mg oral</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>dronabinol capsule 2.5 mg oral</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D; QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>dronabinol capsule 5 mg oral</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>dronabinol capsule 5 mg oral</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D; QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 4 mg/4ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<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-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>ondansetron hcl injection solution prefilled syringe 4 mg/2ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>promethazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
<i>promethazine hcl oral solution 6.25 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 10 parches cada 30 días
SYNDROS ORAL SOLUTION 5 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
Antiespasmódicos		
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Diversos		
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>alosetron hcl oral tablet 1 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>cvs gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs gas relief ultra strength oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs infants gas relief oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>drxchoice gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq gas relief oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq gas relief ultra strength oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq infants gas relief oral suspension 20 mg/0.3ml, 40 mg/0.6ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql gas gone oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql gas relief oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft gas relief ultra strength oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml, 40 mg/0.6ml, 80 mg/1.2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gas relief oral liquid 40 mg/0.6ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gas relief ultra strength oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
GAS-X EXTRA STRENGTH ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
GAS-X EXTRA STRENGTH ORAL TABLET CHEWABLE 125 MG	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GAS-X INFANT DROPS ORAL LIQUID 20 MG/0.3ML	\$0 (Nivel 1)	DP
GAS-X MAXIMUM STRENGTH ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
GAS-X ULTRA STRENGTH ORAL CAPSULE 180 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>gnp anti-gas oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp infant gas relief oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense gas relief extra st oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense gas relief oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>heartland gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>infants gas relief oral suspension 20 mg/0.3ml, 40 mg/0.6ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
LITTLE REMEDIES GAS RELIEF ORAL SUSPENSION 20 MG/0.3ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
MOMMY'S BLISS GAS RELIEF DROPS ORAL SUSPENSION 20 MG/0.3ML	\$0 (Nivel 1)	DP
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
MYLICON INFANTS GAS RELIEF ORAL SUSPENSION 20 MG/0.3ML	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIACARE INFANTS GAS RELIEF ORAL SUSPENSION 20 MG/0.3ML	\$0 (Nivel 1)	DP
PHAZYME MAXIMUM STRENGTH ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
PHAZYME ORAL TABLET CHEWABLE 125 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
PHAZYME ULTRA STRENGTH ORAL CAPSULE 180 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc anti-gas oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc gas relief oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra gas relief oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ra gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra gas relief ultra strength oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 28 frascos cada 28 días
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML (0.6ML SYRINGE), 8 MG/0.4ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 28 jeringas cada 28 días
<i>sb anti-gas oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb gas relief oral suspension 40 mg/0.6ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb gas relief oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>simeped oral suspension 40 mg/0.6ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>simethicone drops infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>simethicone extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>simethicone oral capsule 125 mg, 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>simethicone oral suspension 40 mg/0.6ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>simethicone oral tablet chewable 125 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>simethicone ultra strength oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sucrafate oral tablet 1 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>teeny tummy gas relief drops oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
VOQUEZNA DUAL PAK ORAL THERAPY PACK 500-20 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 2 kits al año
VOQUEZNA TRIPLE PAK ORAL THERAPY PACK 500-500-20 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 2 kits al año
VOWST ORAL CAPSULE	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 12 cápsulas cada 30 días
WAL-FEX ALLERGY TABLET 180 MG ORAL	\$0 (Nivel 1)	DP
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 84 tabletas cada 28 días
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
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-\$12.65 (Nivel 4)	
Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 90 cápsulas cada 30 días
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 cápsulas cada 30 días
<i>mesalamine oral capsule delayed release 400 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 180 cápsulas cada 30 días
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 1680 ml cada 28 días
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 supositorios cada 30 días
<i>mesalamine-cleanser rectal kit 4 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 28 botellas cada 28 días
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
Inhibidores De La Bomba De Protones		
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg, 40 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	ST; QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	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-\$12.65 (Nivel 4)	
<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-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
Laxantes		
AVEDANA GLYCERIN (ADULT) RECTAL SUPPOSITORY 2 GM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bisacodyl ec oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bisacodyl laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bisacodyl rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BLACK-DRAUGHT LAX-SENNAL ORAL TABLET 8.6 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 1)	DP
COLACE 2-IN-1 ORAL TABLET 8.6-50 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
COLACE CLEAR ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
COLACE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cvs c-lax laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs daily fiber oral capsule 0.52 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs daily fiber oral powder 51.7 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs enema disposable rectal enema 19-7 gm/118ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs enema ready-to-use rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs fiber laxative oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cvs fiber oral capsule 0.52 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs gentle laxative womens oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs glycerin adult rectal suppository 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs glycerin child rectal suppository 1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs laxative pills max st oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs mineral oil oral oil</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs mini enema kids rectal enema 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs mini enema rectal enema 20-283 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs natural daily fiber oral powder 43 %, 51.7 %, 58.6 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs natural fiber supplement oral powder 100 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CVS PURELAX ORAL PACKET 17 GM	\$0 (Nivel 1)	DP
CVS PURELAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs senna oral capsule 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs senna oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs senna plus oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs senna-extra oral tablet 17.2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs stool softener oral capsule 100 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily fiber oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily fiber oral powder 43 %, 51.7 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>docqlace oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>docusate calcium oral capsule 240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>docusate mini rectal enema 283 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>docusate sodium oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>docusate sodium oral liquid 100 mg/10ml, 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
DOCUSOL KIDS RECTAL ENEMA 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>docuzen oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
DOK ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
DQZATE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>dss oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
DULCOLAX MILK OF MAGNESIA ORAL SUSPENSION 400 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
DULCOLAX ORAL SUSPENSION 1200 MG/15ML	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DULCOLAX ORAL TABLET DELAYED RELEASE 5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
DULCOLAX PINK LAXATIVE ORAL TABLET DELAYED RELEASE 5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
DULCOLAX PINK STOOL SOFTENER ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
DULCOLAX RECTAL SUPPOSITORY 10 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
DULCOLAX STOOL SOFTENER ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>easy-lax oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>easy-lax plus oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>enema disposable rectal enema</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>enema ready-to-use rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>enema rectal enema , 7-19 gm/118ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ENEMEEZ KIDS RECTAL ENEMA 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
ENEMEEZ MINI RECTAL ENEMA 283 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
ENEMEEZ PLUS RECTAL ENEMA 20-283 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
EQ CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq daily fiber oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq daily fiber oral powder 25 %, 51.7 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq enema rectal enema 19-7 gm/118ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq fiber therapy oral capsule 0.52 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq fiber therapy oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq laxative oral packet 17 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq mineral oil oral oil</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq natural vegetable laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq senna-s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq stool softener extra str oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq stool softener oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq vegetable laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
EQL CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq fiber laxative oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq fiber therapy oral powder 28.3 %, 43 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq laxative maximum strength oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>eqi natural fiber oral powder 28.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eqi ready-to-use enema rectal enema , 7-19 gm/118ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eqi senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eqi senna-s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eqi smooth texture fiber oral powder 51.7 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eqi stool softener oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
EVAC ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
EVAC-U-GEN ORAL TABLET 8.6 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
EX-LAX MAXIMUM STRENGTH ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
EX-LAX ULTRA ORAL TABLET DELAYED RELEASE 5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fiber laxative + calcium oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fiber laxative oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fiber oral powder 25 %, 28.3 %, 51.7 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fiber oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FIBERCON ORAL TABLET 625 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fiber-lax oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FLEET ENEMA RECTAL ENEMA , 7-19 GM/118ML, 7-19 GM/197ML	\$0 (Nivel 1)	DP
FLEET LAXATIVE MINERAL OIL ORAL OIL	\$0 (Nivel 1)	DP
FLEET STIMULANT ORAL TABLET DELAYED RELEASE 5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
FLEET STOOL SOFTENER ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft clearlax oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft enema rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft fiber laxative oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft fiber oral powder 25 %, 27 %, 43 %, 51.7 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft fiber supplement oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft mineral oil oral oil</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft senna laxatives oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft senna-s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft stool softener oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft stool softener oral tablet 50-8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gavilax oral packet 17 gm, 8.5 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gavilax oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM	\$0 (Nivel 2)	
GAVILYTE-G ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	\$0 (Nivel 2)	
GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM	\$0 (Nivel 2)	
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>gentle laxative oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>geri-kot oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>geri-mucil oral powder 25 %, 51.7 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>glycerin (adult) rectal suppository 2 gm, 2.1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>glycerin (child) rectal suppository 1.2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>glycerin (infants & children) rectal suppository 1 gm, 1.2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>glycerin (pediatric) rectal suppository 1.2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>glycerin adult rectal suppository 2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>glycerin childrens rectal suppository 1 gm, 1.2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
GLYCOLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 1)	DP
GNP CLEARLAX ORAL PACKET 17 GM	\$0 (Nivel 1)	DP
GNP CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp fiber oral powder 43 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp fiber-caps oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp glycerin (adult) rectal suppository 2.1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp glycerin child rectal suppository 1.2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp mineral oil oral oil</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp natural fiber oral powder 28.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp senna lax oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp senna plus oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp stool softener oral capsule 100 mg, 240 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp womens gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>goodsense bisacodyl laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
GOODSENSE CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense enema rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense fiber laxative oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense laxative pills oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense mineral oil oral oil</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense psyllium fiber oral powder 51.7 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense stimulant lax plus oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense stool softener oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
HEALTHYLAX ORAL PACKET 17 GM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>hm enema rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
HYDROCIL ORAL POWDER 95 %	\$0 (Nivel 1)	DP
KLS LAXACLEAR ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kls stool softener oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
KONSYL DAILY PSYLLIUM FIBER ORAL POWDER 25 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp bisacodyl oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp senna oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lactulose encephalopathy oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>laxacin oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>laxative max str oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>laxative regular strength oral tablet 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MEDI-LAX ORAL TABLET 15 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
MEDI-MUCIL ORAL CAPSULE 0.52 GM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>medi-natural oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>medi-natural plus oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
METAMUCIL 3 IN 1 DAILY FIBER ORAL CAPSULE 400 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
METAMUCIL 4 IN 1 FIBER ORAL POWDER 43 %, 55.6 %	\$0 (Nivel 1)	DP
METAMUCIL FREE & NATURAL ORAL POWDER 43 %	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
METAMUCIL PREMIUM BLEND ORAL POWDER 52.63 %	\$0 (Nivel 1)	DP
METAMUCIL SMOOTH TEXTURE ORAL POWDER 28.3 %, 58.6 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml, 2400 mg/30ml, 400 mg/5ml, 7.75 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mineral oil heavy oral oil</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mineral oil lubricant laxative oral oil</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mineral oil oral oil</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MIRALAX MIX-IN PAX ORAL PACKET 17 GM	\$0 (Nivel 1)	DP
MIRALAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 1)	DP
MM CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mm stool softener laxative oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mm stool softener oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gml/177ml, 17.5-3.13-1.6 gml/177ml 2 pack (480ml)</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>natural fiber laxative oral powder 28.3 %, 30.9 %, 58.6 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>natural fiber oral powder 58.6 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>natural psyllium seed oral powder 100 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>natural senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ONELAX DAILY FIBER ORAL POWDER 83 %	\$0 (Nivel 1)	DP
ONELAX FIBER THERAPY ORAL POWDER 25 %	\$0 (Nivel 1)	DP
ONELAX RECTAL SUPPOSITORY 10 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ONELAX SENNA ORAL SYRUP 8.8 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIA-LAX ORAL LIQUID 50 MG/15ML	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIA-LAX RECTAL SUPPOSITORY 2.8 GM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>peg 3350 oral packet 17 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>peg 3350 oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	\$0 (Nivel 2)	
PERDIEM OVERNIGHT RELIEF ORAL TABLET 15 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
PHILLIPS MILK OF MAGNESIA ORAL SUSPENSION 400 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 140 GM	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>polyethylene glycol 3350 oral packet 17 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>polyethylene glycol 3350 oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
PROCTOZONE-B RECTAL SUPPOSITORY 10 MG	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PROLAXA ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
psyldex oral powder 30 %	\$0 (Nivel 1)	DP
psyllium fiber oral capsule 0.52 gm	\$0 (Nivel 1)	DP
qc docusate calcium oral capsule 240 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
qc enema rectal enema 16-6 gm/133ml	\$0 (Nivel 1)	DP
qc epsom salt oral granules	\$0 (Nivel 1)	DP
qc fiber laxative oral capsule 0.52 gm	\$0 (Nivel 1)	DP
qc fiber oral tablet 625 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
qc fiber therapy oral powder 25 %, 51.7 %	\$0 (Nivel 1)	DP
qc gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
qc gentle laxative rectal suppository 10 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
qc gentle laxative womens oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
qc glycerin rectal suppository 2.1 gm	\$0 (Nivel 1)	DP
qc laxative oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
qc milk of magnesia oral suspension 400 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	DP
qc natural vegetable oral powder 95 %	\$0 (Nivel 1)	DP
qc natura-lax oral powder 17 gm/scoop	\$0 (Nivel 1)	DP
qc psyllium fiber oral powder 43 %	\$0 (Nivel 1)	DP
qc senna oral tablet 8.6 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
qc senna-s oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
qc stool softener oral capsule 100 mg, 250 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
qc stool softener pls laxative oral tablet 50-8.6 mg, 8.6-50 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
qc vegetable laxative oral tablet 8.6 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
ra 2-in-1 lax/stool softener oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
ra col-rite oral capsule 100 mg, 250 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
ra enema rectal enema 7-19 gm/118ml	\$0 (Nivel 1)	DP
ra epsom salt oral granules	\$0 (Nivel 1)	DP
ra fast relief laxative rectal suppository 10 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
ra laxative oral powder 17 gm/scoop	\$0 (Nivel 1)	DP
ra laxative oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
ra milk of magnesia oral suspension 400 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	DP
ra mineral oil oral oil	\$0 (Nivel 1)	DP
ra multihealth fiber oral powder 43 %, 58.6 %	\$0 (Nivel 1)	DP
ra p col-rite oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
ra stool softener oral capsule 100 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
ra womens laxative oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
REGULOID ORAL CAPSULE 400 MG	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
REGULOID ORAL POWDER 28.3 %, 43 %, 51.7 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb bisacodyl laxative ec oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb docusate sodium oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb docusate sodium/senna oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb fib lax orange oral powder 30 %, 33 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb fiber laxative oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb gentle lax-women oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb glycerin adult rectal suppository 2.1 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb glycerin pediatric rectal suppository 1.2 gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb milk of magnesia oral suspension 400 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb natural fiber laxative oral powder 49 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb polyethylene glycol 3350 oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb senna-lax oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb stool softener oral capsule 240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>senexon-s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>senna oral capsule 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>senna oral liquid 8.8 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>senna oral syrup 8.8 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>senna oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>senna plus oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>senna s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SENNASMOOTH ORAL TABLET 15 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>senna-docusate sodium oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>senna-lax oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>senna-plus oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>senna-s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>senna-tabs oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>senna-time oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>senna-time s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sennazon oral syrup 8.8 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sennosides oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sennosides-docusate sodium oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SENNOKOT EXTRA STRENGTH ORAL TABLET 17.2 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
SENNOKOT KIDS GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE 8.7 MG	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SENOKOT LAXATIVE GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE 8.7 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
SENOKOT ORAL TABLET 8.6 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
SENOKOT S ORAL TABLET 8.6-50 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
SMOOTH LAX ORAL PACKET 17 GM	\$0 (Nivel 1)	DP
SMOOTH LAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stimulant laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stool softener laxative oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stool softener laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stool softener oral capsule 100 mg, 240 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stool softener oral liquid 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stool softener plus laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stool softener/laxative oral tablet 50-8.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SURFAK ORAL CAPSULE 240 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
THE MAGIC BULLET RECTAL SUPPOSITORY 10 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>true laxative oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vegetable lax+stool softener oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-MUCIL ORAL CAPSULE 0.52 GM	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-MUCIL ORAL POWDER 100 %, 28.3 %, 43 %, 51.7 %, 58.6 %	\$0 (Nivel 1)	DP
WE CARE ENEMA RECTAL ENEMA 7-19 GM/118ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>womans laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>womens laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
GENITOURINARIO		
Antiespasmódicos Urinarios		
<i>fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 4 mg, 8 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 tabletas cada 30 días
GEMTESA ORAL TABLET 75 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 300 ml cada 28 días
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>oxybutynin chloride oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 600 ml cada 30 días
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>tropium chloride oral tablet 20 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 tabletas cada 30 días
Antiinfecciosos Vaginales		
<i>3 day vaginal vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>7 day vaginal vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>clotrimazole 3 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>clotrimazole vaginal cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>clotrimazole-7 vaginal cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs clotrimazole 3 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs miconazole 1 combo pack vaginal kit 1200 & 2 mg & %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs miconazole 3 combo pack vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs miconazole 3 combo-suppl vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ENCARE VAGINAL SUPPOSITORY 100 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq miconazole 1 vaginal kit 1200 & 2 mg & %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq miconazole 3-day combo vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq miconazole 3 vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft 7 day vaginal vaginal cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft clotrimazole 3 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft clotrimazole vaginal cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft miconazole 3 comb pack-suppl vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft miconazole 3 combo pack vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp clotrimazole 3 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp miconazole 1 vaginal kit 1200 & 2 mg & %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp miconazole 3 vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
GYNAZOLE-1 VAGINAL CREAM 2 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>miconazole 1 vaginal kit 1200 & 2 mg & %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>miconazole 3 combo pack vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>miconazole 3 combo-suppl vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>miconazole 7 vaginal suppository 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>miconazole nitrate combo pack vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>miconazole nitrate vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MONISTAT 1 COMBO PACK VAGINAL KIT 1200 & 2 MG & %	\$0 (Nivel 1)	DP
MONISTAT 1 DAY OR NIGHT VAGINAL KIT 1200 & 2 MG & %	\$0 (Nivel 1)	DP
MONISTAT 3 COMBINATION PACK VAGINAL KIT 200 & 2 MG-% (9GM)	\$0 (Nivel 1)	DP
MONISTAT 3 COMBO PACK APP VAGINAL KIT 200 & 2 MG-% (9GM)	\$0 (Nivel 1)	DP
MONISTAT 3 VAGINAL CREAM 4 %	\$0 (Nivel 1)	DP
MONISTAT 7 COMBO PACK APP VAGINAL KIT 100 & 2 MG-% (9GM)	\$0 (Nivel 1)	DP
MONISTAT 7 SIMPLY CURE VAGINAL CREAM 2 %	\$0 (Nivel 1)	DP
OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL 3 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc clotrimazole vaginal cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra clotrimazole 7 vaginal cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra miconazole 3 combo pack app vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra miconazole 3 combo pack vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
VAGISTAT-3 VAGINAL KIT 200 & 2 MG-% (9GM)	\$0 (Nivel 1)	DP
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL 4 %	\$0 (Nivel 1)	DP
Diversos		
<i>acetic acid irrigation solution 0.25 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Hiperplasia Prostática Benigna		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	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-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 cápsulas cada 30 días
<i>dabigatran etexilate mesylate oral capsule 150 mg, 75 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 74 tabletas cada 30 días
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 tabletas cada 30 días
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 74 tabletas cada 30 días
<i>enoxaparin sodium injection solution 300 mg/3ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<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-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>heparin (porcine) in nacl intravenous solution 25000-0.45 utl/500ml-%</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
<i>heparin sodium (porcine) pf injection solution 1000 unit/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	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-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 620 ml cada 30 días
<i>rivaroxaban oral tablet 2.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	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 TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 tabletas cada 30 días
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 51 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Diversos		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
ALVAIZ ORAL TABLET 54 MG, 9 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 24 cajas cada 30 días
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
DOPTLET ORAL TABLET 20 MG, 20 MG (10 PACK), 20 MG(15 PACK)	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 frascos cada 30 días
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 20 frascos cada 30 días
<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 9 jeringas cada 30 días
<i>l-glutamine oral packet 5 gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
SAJAZIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/3ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 9 jeringas cada 30 días
SIKLOS ORAL TABLET 100 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
SIKLOS ORAL TABLET 1000 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 cápsulas cada 30 días
<i>tranexamic acid intravenous solution 1000 mg/10ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
Factores De Crecimiento Hematopoyéticos		
FULPHILA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 2 jeringas cada 28 días
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
Hierro		
<i>active fe oral tablet 75-1.25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BPROTECTED PEDIA IRON ORAL SOLUTION 75 (15 FE) MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRATX ORAL CAPSULE 106-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
CHROMAGEN ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
CORVITA 150 ORAL TABLET 150-1.25 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
CORVITE 150 ORAL TABLET , 150-1.25 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>corvite fe oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs iron oral tablet 240 (27 fe) mg, 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cvs slow release dried iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs slow release iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq slow-release iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq iron supplement therapy oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq slow release iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FEOSOL ORAL TABLET 200 (65 FE) MG	\$0 (Nivel 1)	DP
FERAHEME INTRAVENOUS SOLUTION 510 MG/17ML	\$0 (Nivel 1)	DP
FERATE ORAL TABLET 240 (27 FE) MG	\$0 (Nivel 1)	DP
FERGON ORAL TABLET 240 (27 FE) MG	\$0 (Nivel 1)	DP
FER-IN-SOL ORAL SOLUTION 75 (15 FE) MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
FERIVA 21/7 (WITH DOCUSATE) ORAL TABLET 75-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
FEROSUL ORAL TABLET 325 (65 FE) MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ferottrinsic oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FERRALET 90 ORAL TABLET 90-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ferretts oral tablet 325 (106 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FERREX 150 ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ferric x-150 oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FERRIMIN 150 ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
FERRLECIT INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
FERROCITE ORAL TABLET 324 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ferrotabs oral tablet 240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ferrous fumarate oral tablet 29 mg, 324 (106 fe) mg, 324 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ferrous gluconate oral tablet 240 (27 fe) mg, 324 (37.5 fe) mg, 324 (38 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ferrous sulfate er oral tablet extended release 45 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ferrous sulfate oral solution 220 (44 fe) mg/5ml, 300 (60 fe) mg/5ml, 75 (15 fe) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ferrous sulfate oral tablet 27 mg, 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ferrous sulfate oral tablet delayed release 324 (65 fe) mg, 324 mg, 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ferumoxylol intravenous solution 510 mg/17ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fe-vite iron oral solution 75 (15 fe) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FOLITAB 500 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 105-500-0.8 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
FOLIVANE-F ORAL CAPSULE 125-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
FOLIVANE-PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>foltrin oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft iron oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft iron slow release oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FUSION ORAL CAPSULE 65-65-25-30 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
FUSION PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp iron oral tablet 200 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
GOODSENSE IRON ORAL TABLET 325 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
HEMATEX ORAL LIQUID 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>hematinic/folic acid oral tablet 324-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
HEMATOGEN FA ORAL CAPSULE 200-250-0.01-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
HEMATOGEN FORTE ORAL CAPSULE 460-60-0.01-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
HEMATOGEN ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
HEMOCYTE PLUS ORAL CAPSULE 106-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>high potency iron oral tablet 65 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ICAR ORAL SUSPENSION 15 MG/1.25ML	\$0 (Nivel 1)	DP
IFEREX 150 ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
INFED INJECTION SOLUTION 50 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
INJECTAFER INTRAVENOUS SOLUTION 750 MG/15ML	\$0 (Nivel 1)	DP
INTEGRA F ORAL CAPSULE 125-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
INTEGRA ORAL CAPSULE 62.5-62.5-40-3 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
INTEGRA PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
IROFOL ORAL LIQUID 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>iron (ferrous sulfate) oral solution 75 (15 fe) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>iron (ferrous sulfate) oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>iron 27 oral tablet 240 (27 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>iron chews pediatric oral tablet chewable 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>iron complex oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>iron folate plus oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>iron high-potency oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>iron high-potency oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>iron infant & toddler oral solution 75 (15 fe) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>iron infant/toddler oral solution 75 (15 fe) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>iron oral tablet 240 (27 fe) mg, 28 mg, 325 (65 fe) mg, 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>iron slow release oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>iron sucrose intravenous solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>iron supplement oral solution 15 mg/ml, 220 (44 fe) mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
IRON UP ORAL LIQUID 15 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>iron-vitamin c oral tablet 65-125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp ferrous gluconate oral tablet 324 (37.5 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
K-TAN PLUS ORAL CAPSULE 162-115.2-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>meijer ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MONOFERRIC INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/10ML	\$0 (Nivel 1)	DP
MULTIGEN ORAL TABLET 70 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
MULTIGEN PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>na ferric gluc cplx in sucrose intravenous solution 12.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nat-rul iron oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
NEPHRON FA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
NIFEREX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
NOVAFERRUM 50 ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
NOVAFERRUM ORAL LIQUID 125 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROPS ORAL LIQUID 15 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
NU-IRON ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE VITE FERROUS SULFATE ORAL SOLUTION 220 (44 FE) MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pc pediatric iron drops oral solution 75 (15 fe) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
POLY-IRON 150 ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>polysaccharide iron complex oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>polysaccharide-iron complex oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>purevit dualfe plus oral capsule 162-115.2-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra high potency iron oral tablet 27 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra iron oral tablet 27 mg, 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra slow release iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>se-tan plus oral capsule 162-115.2-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SLOW FE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45 MG	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>slow iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>slow release iron oral tablet extended release 45 mg, 47.5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SPATONE PUR-ABSORB IRON ORAL SOLUTION 5 MG/20ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sv iron oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
TANDEM ORAL CAPSULE 53-53 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
TANDEM PLUS ORAL CAPSULE 162-115.2-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
TRICON ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>trigels-f forte oral capsule 460-60-0.01-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>true ferrous sulfate oral tablet delayed release 324 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VENOFER INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
VITRON-C ORAL TABLET 65-125 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>wee care oral suspension 15 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
Inhibidores De Agregación Plaquetaria		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
OFTÁLMICOS		
Antialérgicos		
<i>allergy eye ophthalmic solution 0.025-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cvs eye allergy relief ophthalmic solution 0.027-0.315 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq eye allergy relief ophthalmic solution 0.027-0.315 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eye allergy relief ophthalmic solution 0.025-0.3 %, 0.027-0.315 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
NAPHCN-A OPHTHALMIC SOLUTION 0.025-0.3 %	\$0 (Nivel 1)	DP
OPCON-A OPHTHALMIC SOLUTION 0.027-0.315 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra eye allergy relief ophthalmic solution 0.027-0.315 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VISINE OPHTHALMIC SOLUTION 0.025-0.3 %	\$0 (Nivel 1)	DP
ZERVIAE OPHTHALMIC SOLUTION 0.24 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
Antiglaucoma		
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	ST

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
Antiinfectivos/Antiinflamatorios		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
NEO-POLYCIN HC OPHTHALMIC OINTMENT 1 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
Antiinfectivos		
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 2)	
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 12 ml cada 30 días
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
NEO-POLYCIN OPHTHALMIC OINTMENT 3.5-400-10000	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
POLYCIN OPHTHALMIC OINTMENT 500-10000 UNIT/GM	\$0 (Nivel 2)	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
XDEMVI OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
Antiinflamatorios		
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>difluprednate ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT 0.5 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
Diversos		
ALCON TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nivel 1)	DP
ALTACHLORE OPHTHALMIC OINTMENT 5 %	\$0 (Nivel 1)	DP
ALTACHLORE OPHTHALMIC SOLUTION 5 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>artificial tears ophthalmic solution , 0.2-0.2-1 %, 0.5-0.6 %, 5-6 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>artificial tears pf ophthalmic solution 0.1-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BIOLLE GEL TEARS OPHTHALMIC GEL 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
BIOLLE TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nivel 1)	DP
BION TEARS PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.3 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>carboxymethylcellulose sod pf ophthalmic gel 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>carboxymethylcellulose sod pf ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>carboxymethylcellulose sodium ophthalmic gel 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>carboxymethylcellulose sodium ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CLEAR EYES NATURAL TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 5-6 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs dry eye relief ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs lubricant drops fast act ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs lubricant drops ophthalmic gel 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs lubricant drops ophthalmic solution 0.6 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs lubricant eye drops (pf) ophthalmic solution 0.4-0.3 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs lubricant eye drops ophthalmic solution 0.25 %, 0.4-0.3 %, 0.5 %, 0.6 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs natural tears pf ophthalmic solution 0.1-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs sod chloride hypertonicity ophthalmic ointment 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs sodium chloride ophthalmic ointment 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs sodium chloride ophthalmic solution 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CYSTADROPS OPHTHALMIC SOLUTION 0.37 %	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>dry eye relief drops ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq artificial tears ophthalmic solution 0.5-0.6 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq lubricant eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %, 0.6 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq restore plus lubricant eye ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq restore tears ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
EYES ALIVE OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nivel 1)	DP
EYSUVIS OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>ft lubricant eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
GENTEAL SEVERE OPHTHALMIC GEL 0.3 %	\$0 (Nivel 1)	DP
GENTEAL TEARS MODERATE PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.3 %	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GENTEAL TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.2-0.3 %	\$0 (Nivel 1)	DP
GENTEAL TEARS PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.3 %	\$0 (Nivel 1)	DP
GENTEAL TEARS SEVERE DAY/NIGHT OPHTHALMIC GEL 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp artificial tears ophthalmic solution 5-6 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp eye drops long lasting ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp eye drops ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp lubricant eye drops (pf) ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense artificial tears ophthalmic solution 0.5-0.6 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense lubricating plus pf ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense ultra lubricant drop ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>just tears eye drops ophthalmic solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lubricant drops/dual-action ophthalmic solution 0.5-0.9 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lubricant eye drop ophthalmic solution 0.6 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lubricant eye drops (pf) ophthalmic solution 0.1-0.3 %, 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lubricant eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %, 0.5 %, 0.6 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lubricant eye drops pf ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lubricating tears eye drops ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MIEBO OPHTHALMIC SOLUTION 1.338 GM/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>moisturizing lubricant eye ophthalmic solution 0.25 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MURO 128 OPHTHALMIC OINTMENT 5 %	\$0 (Nivel 1)	DP
MURO 128 OPHTHALMIC SOLUTION 5 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>polyvinyl alcohol ophthalmic solution 1.4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>qc artificial tears ophthalmic solution 0.5-0.6 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc lubricant eye drops ophthalmic solution 0.6 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra lubricant eye drops ophthalmic solution 0.5 %, 0.6 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra lubricant eye ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
REFRESH CELLUVISC OPHTHALMIC GEL 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
REFRESH DIGITAL OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
REFRESH DIGITAL PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nivel 1)	DP
REFRESH LIQUIGEL OPHTHALMIC GEL 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
REFRESH OPHTHALMIC SOLUTION 1.4-0.6 %	\$0 (Nivel 1)	DP
REFRESH OPTIVE ADVANCED OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nivel 1)	DP
REFRESH OPTIVE ADVANCED PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nivel 1)	DP
REFRESH OPTIVE MEGA-3 OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nivel 1)	DP
REFRESH OPTIVE OPHTHALMIC GEL 1-0.9 %	\$0 (Nivel 1)	DP
REFRESH OPTIVE OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nivel 1)	DP
REFRESH OPTIVE PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nivel 1)	DP
REFRESH PLUS OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nivel 1)	DP
REFRESH RELIEVA OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nivel 1)	DP
REFRESH RELIEVA PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nivel 1)	DP
REFRESH RELIEVA PF XTRA OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nivel 1)	DP
REFRESH TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nivel 1)	DP
REFRESH TEARS PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nivel 1)	DP
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
RETAIN CMC OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sodium chloride (hypertonic) ophthalmic ointment 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sodium chloride (hypertonic) ophthalmic solution 5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SOOTHE HYDRATION OPHTHALMIC SOLUTION 1.25 %	\$0 (Nivel 1)	DP
SOOTHE XP OPHTHALMIC SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
SOOTHE XP XTRA PROTECTION OPHTHALMIC SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
STYE OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.6 %	\$0 (Nivel 1)	DP
SYSTANE BALANCE OPHTHALMIC SOLUTION 0.6 %	\$0 (Nivel 1)	DP
SYSTANE COMPLETE OPHTHALMIC SOLUTION 0.6 %	\$0 (Nivel 1)	DP
SYSTANE CONTACTS OPHTHALMIC SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SYSTANE HYDRATION PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 1)	DP
SYSTANE NIGHT OPHTHALMIC GEL 0.3 %	\$0 (Nivel 1)	DP
SYSTANE OPHTHALMIC GEL 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 1)	DP
SYSTANE OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 1)	DP
SYSTANE PRESERVATIVE FREE OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 1)	DP
SYSTANE ULTRA OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 1)	DP
SYSTANE ULTRA PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nivel 1)	DP
THERATEARS EXTRA OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	\$0 (Nivel 1)	DP
THERATEARS NIGHTTIME OPHTHALMIC GEL 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
THERATEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	\$0 (Nivel 1)	DP
ULTRA FRESH OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ultra lubricating eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ultra lubricating eye drops pf ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION 5 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
ÓTICOS		
Agentes Óticos		
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
FLAC OTIC OIL 0.01 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
RESPIRATORIOS		
Anticolinérgicos		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 2 inhaladores cada 30 días
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 blísteres cada 30 días
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %, 0.06 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 1 inhalador cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antihistamínicos		
12hr allergy relief oral tablet 60 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
24hr allergy relief oral tablet 180 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
ALAVERT ORAL TABLET DISPERSIBLE 10 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
aler-cap oral capsule 25 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
alertab oral tablet 25 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	DP
all day allergy oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
all-day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	DP
ALLEGRA ALLERGY ORAL TABLET 180 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ALLEGRA HIVES 24HR ORAL TABLET 180 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
aller-chlor oral tablet 4 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
allergy (cetirizine) oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
allergy 24hour indoor/outdoor oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
allergy 24-hr oral tablet 180 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
allergy childrens oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	DP
allergy childrens oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	DP
allergy oral capsule 25 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
allergy oral tablet 4 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
allergy rel child (loratadine) oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	DP
allergy relief (cetirizine) oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
allergy relief (loratadine) oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
allergy relief 24-hr oral tablet 10 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
allergy relief cetirizine oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
allergy relief childrens 24-hr oral solution 1 mg/ml	\$0 (Nivel 1)	DP
allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	DP
allergy relief childrens oral solution 1 mg/ml, 5 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	DP
allergy relief oral capsule 25 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
allergy relief oral liquid 25 mg/10ml	\$0 (Nivel 1)	DP
allergy relief oral tablet 10 mg, 180 mg, 25 mg, 4 mg, 5 mg, 60 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
allergy relief indoor/outdoor oral tablet 10 mg, 180 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
anti-hist allergy oral tablet 25 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
azelastine hcl nasal solution 0.1 %	\$0 (Nivel 2)	
BANOPHEN ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
BANOPHEN ORAL LIQUID 12.5 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
BANOPHEN ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
BENADRYL ALLERGY CHILDRENS ORAL LIQUID 12.5 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BENADRYL ALLERGY EXTRA STR ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
BENADRYL ALLERGY ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
BENADRYL ALLERGY ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
BENADRYL ALLERGY ULTRATABS ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cetirizine hcl allergy child oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cetirizine hcl childrens alrgy oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cetirizine hcl childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cetirizine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cetirizine hcl oral tablet chewable 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cetirizine hcl solution 5 mg/5ml oral (otc)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cetirizine hcl solution 5 mg/5ml oral (rx)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>childrens 24 hour allergy oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>childrens loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>chlorhist oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>chlorphen oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>chlorpheniramine maleate er oral tablet extended release 12 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>chlorpheniramine maleate oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CHLOR-TRIMETON ALLERGY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
CLARITIN ALLERGY CHILDRENS ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
CLARITIN CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE 5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
CLARITIN ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
CLARITIN ORAL TABLET CHEWABLE 5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
CLARITIN REDITABS JUNIORS ORAL TABLET DISPERSIBLE 10 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
CLARITIN REDITABS ORAL TABLET DISPERSIBLE 10 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>clemastine fumarate oral tablet 2.68 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cold multi-symptom severe day oral tablet 5-10-200-325 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>complete allergy medicine oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>complete allergy medicine oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>complete allergy relief oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>curelief oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs allerg rel child (lorat) oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cvs allergy & hives relief oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs allergy oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs allergy relief adult oral liquid 50 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs allergy relief childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs allergy relief childrens oral tablet chewable 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs allergy relief oral liquid 25 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs allergy relief oral tablet 10 mg, 180 mg, 25 mg, 5 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs allergy relief oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs allergy relief oral tablet extended release 12 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs allergy relief(cetirizine) oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs childrens allergy oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs indoor/outdoor allergy rlf oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
DAYHIST ALLERGY 12 HOUR RELIEF ORAL TABLET 1.34 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
DIABETIC TUSSIN ALLERGY ORAL SYRUP 2 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>diphen oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>diphenhist oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>diphenhydramine hcl childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>diphenhydramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>diphenhydramine hcl oral elixir 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>diphenhydramine hcl oral liquid 12.5 mg/5ml, 25 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>diphenhydramine hcl oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ed chlorped jr oral syrup 2 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq all day allergy relief oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq allerg relief child (cetir) oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq allerg relief child (lorat) oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq allergy relief (cetirizine) oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq allergy relief (cetirizine) oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>eq allergy relief oral tablet 10 mg, 180 mg, 25 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq cetirizine hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq cetirizine hcl oral tablet chewable 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq loratadine childrens oral tablet chewable 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq loratadine childrens oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eqi all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eqi all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eqi allergy oral tablet 25 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eqi allergy relief oral tablet 10 mg, 180 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eqi childrens allergy oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft all day allergy 24 hour oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft all day allergy relief oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft allergy relief 12 hour oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft allergy relief 24 hour oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft allergy relief cetirizine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft allergy relief childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft allergy relief childrens oral tablet chewable 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft allergy relief loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft allergy relief oral tablet 10 mg, 180 mg, 25 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>geri-dryl oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>geri-dryl oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp all day allergy childrens oral solution 1 mg/ml, 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp allergy oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp allergy oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp allergy relief 24 hr oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp allergy relief max st oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp allergy relief oral tablet 180 mg, 25 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp childrens allergy oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp fexofenadine hcl oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp loratadine childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp loratadine oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense all day allergy oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense aller-ease oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense allergy relief child oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense allergy relief oral tablet 10 mg, 25 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>h-e-b childrens allergy oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
KINDERMED KIDS ALLERGY ORAL LIQUID 12.5 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
KLS ALLERCLEAR ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
KLS ALLER-FEX ORAL TABLET 180 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kls allergy medicine oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
KLS ALLER-TEC CHILDRENS ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
KLS ALLER-TEC ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp diphenhydramine hcl oral capsule 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp fexofenadine hcl oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 300 ml cada 30 días
<i>levocetirizine dihydrochloride tablet 5 mg oral (otc)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>levocetirizine dihydrochloride tablet 5 mg oral (rx)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>liquid allergy relief oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>loradamed oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>loratadine childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>loratadine childrens oral tablet chewable 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>loratadine oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MAXALLERGY KIDS ORAL LIQUID 12.5 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>m-dryl oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MEDI-PHEDRYL ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>meijer allergy relief oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>meijer allergy relief oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>meijer antihistamine allergy oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>meijer loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MM ALLER-BEN ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mm allergy relief 24 hour oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mm fexofenadine hcl oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
NARAMIN ORAL LIQUID 12.5 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIACARE CHILDRENS ALLERGY ORAL LIQUID 12.5 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pharbechlor oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pharbedryl oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc allergy childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc allergy relief childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc allergy relief childrens oral syrup 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc allergy relief oral tablet 10 mg, 180 mg, 25 mg, 4 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc allergy relief oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc cetirizine allergy relief oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc chlor-pheniramine oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc complete allergy medicine oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc loratadine allergy relief oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra allergy medication oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra allergy medication oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra allergy medication oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra allergy oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra allergy oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra allergy relief (cetirizine) oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra allergy relief (loratadine) oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra allergy relief childrens oral solution 1 mg/ml, 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra allergy relief childrens oral syrup 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra allergy relief childrens oral tablet chewable 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra allergy relief oral tablet 180 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ra chlorpheniramine maleate oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra complete allergy oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
RA DIPHEDRYL ALLERGY ORAL LIQUID 12.5 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb allergy medicine oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb allergy medicine oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb allergy oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb allergy relief oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb cetirizine hcl childrens oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb chlorpheniramine oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb loratadine allergy relief oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sm allergy relief oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sm loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
TOTAL ALLERGY MEDICINE ORAL LIQUID 12.5 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>total allergy oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-DRYL ALLERGY CHILDRENS ORAL LIQUID 12.5 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-DRYL ALLERGY ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-DRYL ALLERGY ORAL LIQUID 12.5 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-DRYL ALLERGY ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-FEX ALLERGY ORAL TABLET 60 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-FEX ALLERGY TABLET 180 MG ORAL	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-FEX ORAL TABLET 180 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-FINATE ORAL TABLET 4 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-ITIN ALLERGY CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE 5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-ITIN ALLERGY REDITABS ORAL TABLET DISPERSIBLE 10 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-ITIN ALLER-MELTS ORAL TABLET DISPERSIBLE 10 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-ITIN CHILDRENS ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-ITIN ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-ITIN ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-ITIN ORAL TABLET DISPERSIBLE 10 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-VERT ORAL TABLET DISPERSIBLE 10 MG	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
WAL-ZYR ALL DAY ALLERGY CHILD ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-ZYR ALLERGY CHILDRENS ORAL SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-ZYR CHILDRENS ORAL SOLUTION 1 MG/ML, 5 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-ZYR CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE 10 MG, 5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-ZYR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-ZYR ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
XYZAL ALLERGY 24HR ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ZYRTEC ALLERGY ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY ORAL SOLUTION 1 MG/ML, 5 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY ORAL TABLET CHEWABLE 10 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ZYRTEC ORAL TABLET CHEWABLE 10 MG	\$0 (Nivel 1)	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-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 2 inhaladores cada 30 días
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<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-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	ST; QL; 2 inhaladores cada 30 días
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 inhalaciones cada 30 días
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 2 inhaladores cada 30 días
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 6 inhaladores cada 30 días
Combinaciones De Anticolinérgicos/Beta Agonistas		
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 blísteres cada 30 días
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 9-4.8 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 1 inhalador cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 1 inhalador cada 30 días
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 4 inhaladores cada 28 días
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 2 inhaladores cada 30 días
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	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-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 1 inhalador cada 30 días
AIRSUPRA INHALATION AEROSOL 90-80 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	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-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 blísteres cada 30 días
BREYNA INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 3 inhaladores cada 30 días
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 3 inhaladores cada 30 días
DULERA INHALATION AEROSOL 100-5 MCG/ACT, 200-5 MCG/ACT, 50-5 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 3 inhaladores cada 30 días
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	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-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 inhalaciones cada 30 días
Diversos		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
AEROCHAMBER HOLDING CHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
AEROCHAMBER MINI CHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
AEROCHAMBER MV	\$0 (Nivel 1)	DP
AEROCHAMBER PLS FLOVU MTHPIECE DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU	\$0 (Nivel 1)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU INTERM DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE	\$0 (Nivel 1)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM	\$0 (Nivel 1)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLOW VU	\$0 (Nivel 1)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	\$0 (Nivel 1)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS CHAMBR	\$0 (Nivel 1)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/LARGE	\$0 (Nivel 1)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/MEDIUM	\$0 (Nivel 1)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/SMALL	\$0 (Nivel 1)	DP
AEROCHAMBER2GO ANTI-STATIC DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
AEROVENT PLUS DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
ALYFTREK ORAL TABLET 10-50-125 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 56 tabletas cada 28 días
ALYFTREK ORAL TABLET 4-20-50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 84 tabletas cada 28 días
ARALAST NP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>asthma relief oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>breathe comfort chamber/adult device</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>breathe comfort chamber/child device</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>breathe ease large device</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>breathe ease medium device</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>breathe ease small device</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BREATHERRITE VALVED MDI CHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
BRONKAID MAX ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>classic neti pot sinus wash nasal kit 2300-700 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
COMPACT SPACE CHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
COMPACT SPACE CHAMBER/LG MASK DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
COMPACT SPACE CHAMBER/MED MASK DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
COMPACT SPACE CHAMBER/SM MASK DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
<i>cromolyn sodium nasal aerosol solution 5.2 mg/act</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs allergy relief neti pot nasal kit 2300-700 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs asthma relief oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs neti pot soft tip nasal kit 700-2300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs saline sinus wash refills nasal packet 700-2300 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs sinus wash system nasal kit 2300-700 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
EASIVENT	\$0 (Nivel 1)	DP
EASIVENT MASK LARGE	\$0 (Nivel 1)	DP
EASIVENT MASK MEDIUM	\$0 (Nivel 1)	DP
EASIVENT MASK SMALL	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>eq space chamber anti-static device</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq space chamber anti-static l device</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq space chamber anti-static m device</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq space chamber anti-static s device</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 pluma cada 28 días
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 30 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 jeringa cada 28 días
FLEXICHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp sinus wash neti pot nasal kit 2300-700 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp sinus wash refill nasal packet 2300-700 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp squeeze bottle sinus relie nasal kit 2300-700 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
INSPIREASE	\$0 (Nivel 1)	DP
KALYDECO ORAL PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 56 paquetes cada 28 días
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>kettle neti pot sinus wash nasal kit 2300-700 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MICROCHAMBER	\$0 (Nivel 1)	DP
MICROCHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
MICROSPACER	\$0 (Nivel 1)	DP
NASALCROM NASAL AEROSOL SOLUTION 5.2 MG/ACT	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>neti pot sinus wash nasal kit 2300-700 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
OPTICHAMBER DIAMOND	\$0 (Nivel 1)	DP
OPTICHAMBER DIAMOND DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
OPTICHAMBER DIAMOND-LG MASK DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
OPTICHAMBER DIAMOND-MD MASK	\$0 (Nivel 1)	DP
OPTICHAMBER DIAMOND-SM MASK	\$0 (Nivel 1)	DP
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 56 paquetes cada 28 días
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 112 tabletas cada 28 días
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 270 cápsulas cada 30 días
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 270 tabletas cada 30 días
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg, 801 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
POCKET CHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
POCKET SPACER DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pro comfort spacer adult</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pro comfort spacer child</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pro comfort spacer infant device</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>procare spacer/adult mask device</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>procare spacer/child mask device</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prochamber vhc device</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
<i>pure comfort spacer chamber device</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra micro-filtered sinus wash nasal kit 2300-700 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra sinus wash nasal relief nasal packet 1685-515 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra sinus wash neti pot nasal packet 1685-515 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
RITEFLO DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 56 tabletas cada año
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>saline nasal packet 2300-700 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SINUCLEANSE NETI POT NASAL KIT 2300-700 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
SINUCLEANSE REFILL NASAL PACKET 2300-700 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
SINUCLEANSE SQUEEZE NASAL KIT 2300-700 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
SINUGATOR NASAL WASH NASAL PACKET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sinus wash squeeze bottle nasal kit 2300-700 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>squeeze bottle sinus wash nasal kit 2300-700 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK 100-150 & 150 MG, 50-75 & 75 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 56 tabletas cada 28 días
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>theophylline oral elixir 80 mg/15ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG, 50-25-37.5 & 75 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 84 tabletas cada 28 días
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK 100-50-75 & 75 MG, 80-40-60 & 59.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 56 paquetes cada 28 días
VORTEX VALVE CHAMBER-PEDI MASK DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
VORTEX VALVED HOLDING CHAMBER DEVICE	\$0 (Nivel 1)	DP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 8 plumas cada 28 días
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 4 plumas cada 28 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 8 jeringas cada 28 días
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 4 jeringas cada 28 días
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 8 frascos cada 28 días
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 4000 MG, 5000 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA
Esteroides Nasales		
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 3 botellas cada 30 días
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 1 botella cada 30 días
XHANCE NASAL EXHALER SUSPENSION 93 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 32 ml cada 30 días
Inhalantes Esteroides		
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION 160 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 2 inhaladores cada 30 días
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION 80 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 3 inhaladores cada 30 días
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 inhalaciones cada 30 días
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
Moduladores De Leucotrieno		
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
Tos Y Resfriado		
<i>12 hour allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>12 hour decongestant nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>12 hour decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>12 hour nasal decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>12 hour nasal relief spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>12 hour nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>12 hr mucus relief max oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
4-WAY FAST ACTING NASAL SOLUTION 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>actidom dmx oral liquid 10-30-200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ACTINEL DM ORAL LIQUID 10-20-400 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AFRIN 12 HOUR NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
AFRIN ALLERGY SINUS NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
AFRIN NODRIP CHILDRENS NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
AFRIN NODRIP EXTRA MOISTURE NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
AFRIN NODRIP NIGHT NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
AFRIN NODRIP ORIGINAL NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
AFRIN NODRIP SEVERE CONGEST NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
AFRIN NODRIP SINUS NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
AFRIN ORIGINAL NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
AFRIN SEVERE CONGESTION NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
ALAVERT D-12 HOUR ALLERGY/CONG ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 5-120 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>all day allergy d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy d-12 oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy rel d12 (cetirizine) oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy relief d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy relief d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy relief d12 oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy relief d-12 oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy relief d-24 oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy relief/nasal decongest oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy relief/nasal decongest oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy relief-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>allergy/congestion relief oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>altarussin dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>altarussin oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>altipres oral liquid 5-10-200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>altipres pediatric oral liquid 2.5-5-75 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>altituss oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>anefrin spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aquanaz oral tablet 10-15-400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>benzonatate oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>biocof oral liquid 10-20-400 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>biocotron oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>biodesp dm oral syrup 5-15-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bio-z-cough oral syrup 20-400 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BUCKLEYS CHEST CONGESTION ORAL LIQUID 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cetirizine-pseudoephedrine er oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>chest congestion relief child oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>chest congestion relief dm oral syrup 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>chest congestion relief oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CLARITIN-D 12 HOUR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 5-120 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
CLARITIN-D 24 HOUR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-240 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>coditussin ac oral liquid 200-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>coditussin dac oral liquid 30-10-200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
COMTrex DEEP CHEST COLD ORAL TABLET 325-200 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cough & chest congestion dm oral liquid 5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cough & congestion kids oral liquid 5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cough dm childrens oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>coughtab oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs 12 hour nasal decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs allergy nasal mist no drip nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs allergy relief d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs allergy relief-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs allergy relief-d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs allergy relief-d12 oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cvs cough & chest congestion oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs cough dm childrens oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs dm maximum adult oral liquid 5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs mucus dm extended release oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs mucus extended release oral tablet extended release 12 hour 1200 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs multi-symptoms cold child oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs nasal decongestant inhalation inhaler 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs nasal mist nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs nasal spray nasal solution 0.05 %, 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs severe cough/congest oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs sinus nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs sinus pe decongestant oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs tussin adult chest congest oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs tussin cough oral capsule 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs tussin dm max st oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs tussin dm oral liquid 10-100 mg/5ml, 200-20 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs tussin maximum strength oral syrup 15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs tussindm cough/chest adult oral liquid 20-200 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
DECONEX IR ORAL TABLET 10-385 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>decongestant vapor inhalation inhaler</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
DELSYM CGH/CHEST CONG DM CHILD ORAL LIQUID 5-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
DELSYM COUGH CHILDRENS ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
DELSYM COUGH/CHEST CONGEST DM ORAL LIQUID 5-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
DELSYM ORAL LIQUID EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
DELSYM ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
DESGEN DM ORAL LIQUID 5-10-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DESGEN PEDIATRIC ORAL LIQUID 2.5-5-50 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>despec dm oral syrup 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>despec dm-g oral syrup 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>despec eda oral liquid 2.5-5-50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>dextromethorphan hbr oral capsule 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>dextromethorphan polistirex er oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>dextromethorphan-guaifenesin oral liquid 10-100 mg/5ml, 10-200 mg/10ml, 20-200 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>dextromethorphan-guaifenesin oral syrup 10-100 mg/5ml, 20-200 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>diabetic siltussin-dm oral liquid 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
DIABETIC TUSSIN DM MAX ST ORAL LIQUID 10-200 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
DIABETIC TUSSIN DM ORAL LIQUID 100-10 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
DIABETIC TUSSIN EX ORAL LIQUID 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>dometuss-dmx oral liquid 10-30-200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
DRISTAN NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ed-a-hist dm oral liquid 10-4-15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq 12 hour mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq allergy & congestion relief oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
EQ ALLERGY RELIEF NASAL DECONG ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 5-120 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
EQ ALLERGY RELIEF NASAL DECONG ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-240 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq allergy relief oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq cough & chest congestion dm oral liquid 20-200 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq cough childrens oral liquid 5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
EQ MUCUS ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 1200 MG, 600 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq mucus relief 12 hour max st oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq mucus relief congest/cough oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq mucus relief dm oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>eq mucus relief dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq multi-symptom cold children oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq nasal spray fast acting nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq sinus & congestion max str oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq sinus 12-hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq tussin dm max adult oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq tussin dm max daytime oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql allergy/congestion relief oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql mucus-dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql nasal spray 12 hour nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql nasal spray fast acting nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql nasal spray no drip nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql tussin cough/chest congest oral liquid 20-200 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql tussin cough/chest dm max oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql vapor nasal decongestant inhalation inhaler 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft 12 hour cough relief oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft allergy d-12 hour oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft allergy relief-d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft mucus relief 12hr max str oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft mucus relief 12hr oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft mucus relief dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ft nasal decongestant max str oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft nasal decongestant max str oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft tussin adult oral liquid 200 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft tussin cf adult oral liquid 10-20-200 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft tussin dm adult oral liquid 20-200 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft tussin dm max adult oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft tussin dm oral liquid 20-200 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft vapor inhaler inhalation inhaler</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>g tussin ac oral solution 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gcon dmx oral tablet 10-17.5-385 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gcon ir oral tablet 10-385 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>geri-tussin dm oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>geri-tussin dm oral syrup 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>geri-tussin oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>geri-tussin oral syrup 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
GILTUSS COUGH & CHEST CHILDREN ORAL LIQUID 10-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
GILTUSS COUGH & CHEST ORAL LIQUID 20-200 MG/10ML	\$0 (Nivel 1)	DP
GILTUSS COUGH & COLD CHILDRENS ORAL LIQUID 7.5-150-5 MG/2.5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
GILTUSS COUGH & COLD ORAL LIQUID 10-15-300 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
GILTUSS COUGH & COLD ORAL TABLET 10-28-388 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
GILTUSS DIABETIC COUGH & COLD ORAL LIQUID 10-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
GILTUSS EX EXPECTORANT CHILD ORAL LIQUID 200 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
GILTUSS EX MAXIMUM STRENGTH ORAL LIQUID 400 MG/10ML	\$0 (Nivel 1)	DP
GILTUSS HONEY CGH/CHEST CONGES ORAL LIQUID 20-200 MG/10ML	\$0 (Nivel 1)	DP
GILTUSS HONEY CGH/CHST CHILD ORAL LIQUID 10-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
GILTUSS SEVERE SINUS NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
GILTUSS SINUS & CONGESTION ORAL TABLET 10-388 MG	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp allergy & congestion oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp allergy/congestion relief oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp cough dm er oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp cough relief childrens oral liquid 5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp loratadine-d 12hr oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp mucus dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp mucus er oral tablet extended release 12 hour 1200 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp nasal decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp nasal four spray nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp nasal spray fast acting nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp no drip nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp tussin adult oral liquid 200 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp tussin cf cough & cold oral syrup 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp tussin dm max oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp tussin dm oral liquid 20-200 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense cough dm childrens oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense mucus er maximum str oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense mucus er oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense mucus relief child oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense mucus/congest/cough oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense tussin dm max oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>goodsense tussin dm oral liquid 20-200 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense vapor inhalation inhaler</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>g-supress dx pediatric oral liquid 2.5-5-50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
G-TRON PED ORAL LIQUID 10-15-350 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
G-TRON PEDIATRIC DROPS ORAL LIQUID 2.5-5-100 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
G-TUSICOF ORAL LIQUID 10-20-400 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>guaiaisorb dm oral liquid 10-100 mg/5ml, 20-200 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>guaiaitussin ac oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>guaifed oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>guaifed-dm oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>guaifenesin dm oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>guaifenesin er oral tablet extended release 12 hour 1200 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>guaifenesin oral liquid 100 mg/5ml, 200 mg/10ml, 300 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>guaifenesin oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>guaifenesin-codeine oral solution 100-10 mg/5ml, 200-20 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>guaifenesin-dm oral liquid 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>guaifenesin-dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
G-ZYNCOF ORAL SYRUP 20-400 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
HERBAL EXPEC ORAL LIQUID 150 MG/15ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>hm mucus relief er max st oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
HYCODAN ORAL SOLUTION 5-1.5 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
HYCODAN ORAL TABLET 5-1.5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>hydrocod poli-chlorphe poli er oral suspension extended release 10-8 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr oral solution 5-1.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr oral tablet 5-1.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>hydromet oral solution 5-1.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
HYPERSAL INHALATION NEBULIZATION SOLUTION 7 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>igualtuss oral liquid 10-28-388 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>intense cough reliever oral liquid 20-300 mg/5ml, 30-200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
KLS ALLERCLEAR D-12HR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 5-120 MG	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
KLS ALLERCLEAR D-24HR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-240 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
KLS ALLER-TEC D ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 5-120 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp pseudoephedrine hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lohist-dm oral syrup 5-2-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>long acting nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>long lasting nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>loratadine-d 12hr oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>loratadine-d 24hr oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MAR-COF CG EXPECTORANT ORAL LIQUID 225-7.5 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
MAX TUSSIN DM COUGH&CHEST CONG ORAL LIQUID 10-100 MG/5ML, 20-200 MG/10ML	\$0 (Nivel 1)	DP
MAX TUSSIN MUCUS & CHEST CONG ORAL LIQUID 200 MG/10ML	\$0 (Nivel 1)	DP
MAXIFED ORAL TABLET 60-360 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>maxi-tuss ac oral solution 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>maxi-tuss cd oral liquid 10-4-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>maxi-tuss g oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>maxi-tuss gmx oral liquid 10-200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>medi-tussin dm double strength oral liquid 30-200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>medi-tussin dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>meijer allergy relief-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>meijer nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MUCINEX CHILDRENS FREEFROM ORAL LIQUID 2.5-5-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
MUCINEX COLD CHILDRENS ORAL LIQUID 2.5-5-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
MUCINEX COUGH & CONGEST CHILD ORAL LIQUID 2.5-5-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
MUCINEX COUGH CHILDRENS ORAL LIQUID 5-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
MUCINEX COUGH FOR KIDS ORAL LIQUID† 5-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
MUCINEX DM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 30-600 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
MUCINEX FAST-MAX CHEST CONG MS ORAL LIQUID 400 MG/20ML	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MUCINEX FAST-MAX CONGEST COUGH ORAL LIQUID 2.5-5-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
MUCINEX FAST-MAX CONGEST COUGH ORAL TABLET 5-10-200 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
MUCINEX FAST-MAX DM MAX ORAL LIQUID 20-400 MG/20ML	\$0 (Nivel 1)	DP
MUCINEX FAST-MAX SEVERE CON/CG ORAL LIQUID 5-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
MUCINEX MAXIMUM STRENGTH ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 1200 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
MUCINEX ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
MUCINEX SINUS-MAX CLEAR & COOL NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
MUCINEX SINUS-MAX SINUS/ALLRGY NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mucus & chest congestion oral liquid 200 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mucus congest & cough child oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mucus dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mucus relief chest congestion oral liquid 400 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mucus relief dm max oral liquid 20-400 mg/20ml, 5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mucus relief dm oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mucus relief dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mucus relief er oral tablet extended release 12 hour 1200 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mucus relief max st oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mucus relief multi symptom oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mucus relief severe congest/cgh oral liquid 10-20-400 mg/20ml, 2.5-5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mucus-dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multi-symptom cold childrens oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multi-symptom cold plus child oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nasal decongestant 12hr oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nasal decongestant d max str oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nasal decongestant d oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nasal decongestant nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nasal decongestant pe max st oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nasal decongestant spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nasal four nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nasal spray 12 hour nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nasal spray max strength nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nasal spray no drip nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
NEO-SYNEPHRINE COLD/ALLRGY EXT NASAL SOLUTION 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>neotuss oral liquid 30-200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
NINJACOF-XG ORAL LIQUID 200-8 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
NIVANEX DMX ORAL TABLET 10-15-380 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>no drip nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nohist-dm oral liquid 10-4-15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>non-pseudo sinus decongestant oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
NOSTRILLA NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
NRS NASAL RELIEF NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>oxymetazoline hcl nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
PECGEN DMX ORAL LIQUID 10-187 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
PECGEN PSE ORAL LIQUID 30-10-187 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIACARE COUGH/CONGESTION ORAL LIQUID 5-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>phenylephrine hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>phenylephrine-dm-gg oral liquid 10-18-200 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>poly-tussin ac oral liquid 10-4-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
POLY-VENT IR ORAL TABLET 60-380 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pres gen oral liquid 5-10-200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pres gen pediatric oral liquid 2.5-5-75 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>promethazine-codeine oral solution 6.25-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>promethazine-codeine oral syrup 6.25-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>promethazine-dm oral syrup 6.25-15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pseudoeph-bromphen-dm oral syrup 30-2-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pseudoephedrine hcl er oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pseudoephedrine hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PULMOSAL INHALATION NEBULIZATION SOLUTION 7 %	\$0 (Nivel 1)	DP
qc loratadine-d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
qc medifin mucus relief child oral liquid 100 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	DP
qc mucus & cough relief child oral liquid 5-100 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	DP
qc mucus relief childrens oral liquid 100 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	DP
qc mucus relief dm max oral liquid 5-100 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	DP
qc mucus relief er oral tablet extended release 12 hour 1200 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
qc mucus relief max st oral tablet extended release 12 hour 1200 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
qc mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
qc mucus relief severe conlcgh oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	DP
qc nasal decongestant pe oral tablet 10 mg, 30 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
qc nasal mist no drip nasal solution 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
qc nasal spray nasal solution 0.05 %, 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
qc no drip extra moisturizing nasal solution 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
qc no drip nasal relief nasal solution 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
qc no drip original 12 hours nasal solution 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
qc suphedrine maximum strength oral tablet extended release 12 hour 120 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
qc tussin cf adult oral liquid 10-20-200 mg/10ml	\$0 (Nivel 1)	DP
qc tussin dm cough/congestion oral liquid 10-100 mg/5ml, 20-200 mg/10ml	\$0 (Nivel 1)	DP
qc vapor inhaler inhalation inhaler 50 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
QLEARQUIL NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
ra 12 hour nasal spray nasal solution 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
ra allergy relf & nasal decong oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
ra allergy rlf/nasal decongest oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
ra allergy/congestion relief oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
ra allergy/congestion relief-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
ra cetiri-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
ra cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nivel 1)	DP
ra decongestant inhaler inhalation inhaler	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ra lorata-d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra menthol nasal inhaler inhalation inhaler</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra mucus relief dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra mucus relief max st oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra nose drops extra strength nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra sinus/congestion relief oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra sinus/congestion relief oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra sinus/congestion relief pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra suphedrine oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra suphedrine oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra tussin cgh & cold mucus cf oral liquid 5-10-200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra tussin cgh/chest congest dm oral liquid 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra tussin chest congestion oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra tussin cough dm sugar free oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra tussin cough oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra tussin cough/chest dm max oral liquid 10-200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra tussin dm oral liquid 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra tussin oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>robafen cf multi-symptom cold oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ROBAFEN DM CGH/CHEST CONGEST ORAL LIQUID 10-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
ROBAFEN DM COUGH ORAL LIQUID 20-200 MG/20ML	\$0 (Nivel 1)	DP
ROBAFEN DM ORAL LIQUID 20-200 MG/20ML	\$0 (Nivel 1)	DP
ROBAFEN MUCUS/CHEST CONGESTION ORAL LIQUID 200 MG/10ML	\$0 (Nivel 1)	DP
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH CHILD ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ROBITUSSIN CHILD COUGH/COLD CF ORAL LIQUID 2.5-5-50 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
ROBITUSSIN COUGH & CHEST ADULT ORAL LIQUID 20-400 MG/20ML	\$0 (Nivel 1)	DP
ROBITUSSIN COUGH & CHEST CHILD ORAL LIQUID 5-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
ROBITUSSIN COUGH+CHEST CONG DM ORAL LIQUID 20-200 MG/20ML, 20-400 MG/20ML	\$0 (Nivel 1)	DP
ROBITUSSIN HONEY CGH/CHEST DM ORAL LIQUID 20-200 MG/20ML	\$0 (Nivel 1)	DP
ROBITUSSIN LONG-ACT COUGHGELS ORAL CAPSULE 15 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ROBITUSSIN PEAK COLD MULTI-SYM ORAL LIQUID 5-10-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>rydex g oral tablet 38.5-398 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>rynex pse oral liquid 1-15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SAFETUSSIN DM COUGH/CHEST CONG ORAL LIQUID 10-100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb 12hr nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb allergy relief/nasal decong oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb cough control cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb cough control oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb cough tab oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb nasal spray no-drip nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb sinus relief nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>scot-tussin expectorant oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SCOT-TUSSIN SENIOR ORAL LIQUID 15-200 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>siltussin sa oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sinus nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sinus relief extra strength nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sinus relief mist nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sinus relief nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sm tussin cough/chest congest oral liquid 20-200 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sodium chloride inhalation nebulization solution 7 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SORBUGEN NR ORAL LIQUID 15-150 MG/7.5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sorbutuss nr oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SUDAFED 12 HOUR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 120 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
SUDAFED ORAL TABLET 30 MG	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SUDAFED PE SINUS CONGESTION ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
SUDAFED SINUS CONGESTION 12HR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 120 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
SUDAFED SINUS CONGESTION 24HR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 240 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
SUDAFED SINUS CONGESTION ORAL TABLET 30 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
SUDOGEST MAXIMUM STRENGTH ORAL TABLET 30 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
SUDOGEST ORAL TABLET 30 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
SUDOGEST PE ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>suphedrine 12hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>supress dm pediatric oral liquid 5-50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>supress-dx pediatric oral liquid 2.5-5-50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>teo-tus oral liquid 5-10-200 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
TRISPEC PSE ORAL LIQUID 30-10-187 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
TUSICOF ORAL LIQUID 10-20-400 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>tusnel diabetic oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
TUSNEL DM ORAL LIQUID 10-20-400 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
TUSNEL DM PEDIATRIC ORAL LIQUID 2.5-5-75 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
TUSNEL ORAL LIQUID 30-15-200 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
TUSNEL PEDIATRIC ORAL LIQUID 15-5-50 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
TUSNEL-EX ORAL LIQUID 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>tussin cf cough & cold oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>tussin cough oral capsule 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>tussin dm cough & chest conges oral liquid 20-200 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>tussin dm cough & chest oral liquid 20-200 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>tussin dm cough + chest oral liquid 20-200 mg/20ml, 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>tussin dm max oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>tussin dm oral liquid 10-100 mg/5ml, 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>tussin dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>tussin mucus & chest congest oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>tussin mucus+chest congest sf oral liquid 200 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>tussin mucus+chest congestion oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
TUSSI-PRES ORAL LIQUID 5-10-200 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TUSSI-PRES PEDIATRIC ORAL LIQUID 2.5-5-75 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
TUSSLIN ORAL LIQUID 10-28-388 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
TUSSLIN PEDIATRIC ORAL LIQUID 2.5-7.5-88 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
VANACOF DM ORAL LIQUID 10-18-200 MG/15ML	\$0 (Nivel 1)	DP
VANATAB DM ORAL TABLET 5-9-198 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
VICKS DAYQUIL MUCUS CONTROL DM ORAL LIQUID 10-200 MG/15ML	\$0 (Nivel 1)	DP
VICKS SINEX 12 HOUR DECONGEST NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
VICKS SINEX MOISTURIZING NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
VICKS SINEX SEVERE DECONGEST NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
VICKS SINEX SEVERE NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
VICKS VAPOINHALER INHALATION INHALER	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-ITIN D 24 HOUR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-240 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-ITIN D ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 5-120 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-PHED 12 HOUR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 120 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-PHED D ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 120 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-PHED PE ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>wal-tap cold/allergy oral elixir 1-15 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-TUSSIN CF MAX ORAL LIQUID 5-10-200 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-TUSSIN CHEST CONGESTION ORAL LIQUID 100 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-TUSSIN COUGH LONG ACTING ORAL SYRUP 15 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-TUSSIN COUGH ORAL CAPSULE 15 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-TUSSIN DM CGH/CHEST CONG ORAL LIQUID 100-10 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>wal-tussin oral syrup 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-ZYR D ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 5-120 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ZEPHREX-D ORAL TABLET ABUSE-DETERRENT 30 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ZYNCOF ORAL SYRUP 20-400 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
ZYRTEC-D ALLERGY & CONGESTION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 5-120 MG	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZYRTEC-D ALLERGY & SINUS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 5-120 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
APTOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 30 tabletas cada 30 días
APTOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 60 tabletas cada 30 días
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 600 ml cada 30 días
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>carbamazepine oral tablet chewable 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 480 ml cada 30 días
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 300 tabletas cada 30 días
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 300 tabletas cada 30 días
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 360 cápsulas cada 30 días
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 cápsulas cada 30 días
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 360 paquetes cada 30 días
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 paquetes cada 30 días
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 240 ml cada 30 días
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 1200 ml cada 30 días
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 600 ml cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>eslicarbazepine acetate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>eslicarbazepine acetate oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 360 ml cada 30 días
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 680 ml cada 28 días
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 360 cápsulas cada 30 días
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 270 cápsulas cada 30 días
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 2160 ml cada 30 días
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 1200 ml cada 30 días
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>lacosamide oral tablet 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	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-\$12.65 (Nivel 4)	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-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 10 unidades nasales cada 30 días
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>perampanel oral tablet 2 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	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-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
<i>pregabalin oral capsule 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 90 cápsulas cada 30 días
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 900 ml cada 30 días
<i>primidone oral tablet 125 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
ROWEEPRA ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 2)	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 2400 ml cada 30 días
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 480 tabletas cada 30 días
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 240 tabletas cada 30 días
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 250 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 360 tabletas cada 30 días
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	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-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 hojas cada 30 días
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>topiramate oral capsule sprinkle 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>topiramate oral solution 25 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 480 ml cada 30 días
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 10 blísteres cada 30 días
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 7.5 MG/0.1ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 10 blísteres cada 30 días
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 10 MG/0.1ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 10 blísteres cada 30 días
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 10 blísteres cada 30 días
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 paquetes cada 30 días
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
VIGADRONE ORAL PACKET 500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 paquetes cada 30 días
VIGADRONE ORAL TABLET 500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
VIGAFYDE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 900 ml cada 30 días
VIGPODER ORAL PACKET 500 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 180 paquetes cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 56 tabletas cada 28 días
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 56 tabletas cada 28 días
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 30 tabletas cada 30 días
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 60 tabletas cada 30 días
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	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-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 28 tabletas cada 28 días
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 900 ml cada 30 días
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1100 ml cada 30 días
Agentes Antiparkinsonianos		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 cápsulas cada 30 días
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>benztropine mesylate injection solution 1 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<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-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<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-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
INBRIJA INHALATION CAPSULE 42 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 300 cápsulas cada 30 días
<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 2)	
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	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 2)	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 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 **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Agentes Para Esclerosis Múltiple		
BAFIERTAM ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 95 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 cápsulas cada 30 días
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 14 kits cada 28 días
COPAXONE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 jeringas cada 30 días
COPAXONE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 12 jeringas cada 28 días
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i> fingolimod hcl oral capsule 0.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 jeringas cada 30 días
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 12 jeringas cada 28 días
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 jeringas cada 30 días
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 12 jeringas cada 28 días
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 16 plumas cada 365 días
Agentes Para Terapia Musculoesquelética		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>baclofen oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>carisoprodol oral tablet 350 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 360 tabletas cada 30 días
<i>methocarbamol oral tablet 750 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 240 tabletas cada 30 días
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
Ansiolíticos		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 150 tabletas cada 30 días
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>buspirone hcl oral tablet 30 mg, 7.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 150 ml cada 30 días
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 150 ml cada 30 días
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 150 tabletas cada 30 días
Antidemencia		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D DP - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>donepezil hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 200 ml cada 30 días
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	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-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
<i>memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>memantine hcl-donepezil hcl oral capsule extended release 24 hour 14-10 mg, 21-10 mg, 28-10 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 7-10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	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-\$12.65 (Nivel 4)	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-\$12.65 (Nivel 3)	PA
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45-105 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	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 2)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<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-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 parches cada 30 días
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<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-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG, 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	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-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>mirtazapine oral tablet 7.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<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-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 900 ml cada 30 días
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 1800 ml cada 30 días
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>trimipramine maleate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 cápsulas cada 30 días
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 tabletas cada 30 días
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 28 cápsulas cada 14 días
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 14 cápsulas cada 14 días
Antipsicóticos		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 720 MG/2.4ML, 960 MG/3.2ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 1 jeringa cada 56 días
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 1 jeringa cada 28 días
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 1 inyección cada 28 días
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 900 ml cada 30 días
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	ST; QL; 60 tabletas cada 30 días
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 1 jeringa cada 56 días
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML, 662 MG/2.4ML, 882 MG/3.2ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 1 jeringa cada 28 días
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 tabletas cada 30 días
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>chlorpromazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/2ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 270 tabletas cada 30 días
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 270 tabletas cada 30 días
<i>clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>clozapine oral tablet dispersible 150 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK 50-20 & 100-20 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 2 paquetes cada año
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML, 78 MG/0.5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 1 jeringa cada 28 días
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 351 MG/2.25ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 2 jeringas al año
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 1 jeringa cada 28 días
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 2 paquetes cada año
FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLET 1 & 2 & 6 & 8 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 2 paquetes cada año
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLET 1 & 2 & 6 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 2 paquetes cada año
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML, 1560 MG/5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 1 inyección cada 180 días
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML, 78 MG/0.5ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 1 jeringa cada 28 días
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	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-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 1 jeringa cada 90 días
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>lurasidone hcl oral tablet 80 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 tabletas cada 30 días
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 3 frascos cada 1 día
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	ST; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>olanzapine oral tablet dispersible 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	ST; QL; 30 tabletas cada 30 días
OPIPZA ORAL FILM 10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 hojas cada 30 días
OPIPZA ORAL FILM 2 MG, 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 hojas cada 30 días
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	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-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>quetiapine fumarate oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>quetiapine fumarate oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 60 tabletas cada 30 días
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 60 tabletas cada 30 días
REXULTI ORAL TABLET 3 MG, 4 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 2 inyecciones cada 28 días
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 2 inyecciones cada 28 días
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	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 2)	
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	ST; QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>risperidone oral tablet dispersible 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	ST; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>risperidone oral tablet dispersible 4 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	ST; QL; 120 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 30 parches cada 30 días
thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 600 ml cada 30 días
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
VRAYLAR ORAL CAPSULE 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 6 inyecciones cada 3 días
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 2 frascos cada 28 días
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 300 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 2 frascos cada 28 días
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 1 frasco cada 28 días
Desorden Hiperactivo Y Déficit De Atención		
amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 cápsulas cada 30 días
atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 cápsulas cada 30 días
atomoxetine hcl oral capsule 40 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 cápsulas cada 30 días
dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 4 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 3 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg, 20 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 900 ml cada 30 días
methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 1800 ml cada 30 días
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días
methylphenidate hcl oral tablet 20 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
methylphenidate hcl oral tablet chewable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 180 tabletas cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Diversos		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 24 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 12 & 18 & 24 & 30 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 2 paquetes cada año
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<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-\$12.65 (Nivel 4)	
NUDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 90 tabletas cada 30 días
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 tabletas cada 30 días
Hipnóticos		
DAYVIGO ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>ramelteon oral tablet 8 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>temazepam oral capsule 15 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>temazepam oral capsule 30 mg, 7.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 30 cápsulas cada 30 días
<i>zaleplon oral capsule 10 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 60 cápsulas cada 30 días
<i>zaleplon oral capsule 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	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-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 1 pluma cada 30 días
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 8 ml cada 30 días
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 3 jeringas cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 120 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 2 plumas cada 30 días
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 2 jeringas cada 30 días
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 40 tabletas cada 28 días
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 12 tabletas cada 30 días
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE 75 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 16 tabletas cada 30 días
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 18 tabletas cada 30 días
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 18 tabletas cada 30 días
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 12 unidades cada 30 días
<i>sumatriptan nasal solution 5 mg/act</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 24 unidades cada 30 días
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 12 tabletas cada 30 días
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 18 inyecciones cada 30 días
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 12 inyecciones cada 30 días
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 12 inyecciones cada 30 días
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 18 inyecciones cada 30 días
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 12 inyecciones cada 30 días
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 16 tabletas cada 30 días
Narcolepsia/Cataplexia		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 30 tabletas cada 30 días
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 540 ml cada 30 días
Non-Frf		
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>gabapentin oral solution 300 mg/6ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 2160 ml cada 30 días
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>levetiracetam in nacl intravenous solution 1000 mg/100ml, 1500 mg/100ml, 500 mg/100ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>levetiracetam oral tablet disintegrating soluble 250 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 360 cada 30 días
<i>phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml, 65 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>phenytoin sodium injection solution 50 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 90 cada 30 días
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 750 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 cada 30 días
<i>valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
Psicoterapéutico, Varios		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg, 4-1 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 90 hojas cada 30 días
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 180 hojas cada 30 días
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 8-2 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 hojas cada 30 días
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 180 tabletas cada 30 días
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 8-2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 120 tabletas cada 30 días
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 60 tabletas cada 30 días
<i>cvs nicotine mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs nicotine mouth/throat lozenge 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>eq nicotine mouth/throat lozenge 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq nicotine step 3 transdermal patch 24 hour 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>folding paddle walker</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft nicotine mini mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft nicotine mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ft nicotine mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp nicotine mini mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp nicotine mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp pain relief nighttime oral tablet 250-250-38 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense nicotine mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense nicotine mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
HABITROL TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 21 MG/24HR	\$0 (Nivel 1)	DP
KLOXXADO NASAL LIQUID 8 MG/0.1ML	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
KLS QUIT2 MOUTH/THROAT GUM 2 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
KLS QUIT2 MOUTH/THROAT LOZENGE 2 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
KLS QUIT4 MOUTH/THROAT GUM 4 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
KLS QUIT4 MOUTH/THROAT LOZENGE 4 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 0.4 mg/ml, 2 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>naloxone hcl nasal liquid 4 mg/0.1ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
NICODERM CQ TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 14 MG/24HR, 21 MG/24HR, 7 MG/24HR	\$0 (Nivel 1)	DP
NICORELIEF MOUTH/THROAT GUM 2 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
NICORETTE MINI MOUTH/THROAT LOZENGE 2 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
NICORETTE MOUTH/THROAT GUM 2 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
NICORETTE MOUTH/THROAT LOZENGE 2 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
NICORETTE STARTER KIT MOUTH/THROAT GUM 2 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nicotine mini mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nicotine polacrilex mini mouth/throat lozenge 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nicotine step 1 transdermal patch 24 hour 21 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nicotine step 2 transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nicotine step 3 transdermal patch 24 hour 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nicotine transdermal kit 21-14-7 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>qc nicotine transdermal system transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra mini nicotine mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra nicotine gum mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra nicotine mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sm nicotine mouth/throat gum 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sm nicotine mouth/throat lozenge 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sm nicotine polacrilex mouth/throat gum 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
THRIVE MOUTH/THROAT GUM 2 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 2 paquetes cada año
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 1 mg (56 pack)</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 56 tabletas cada 28 días
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 380 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	

SUPLEMENTOS NUTRICIONALES

Diversos

<i>3232a infant formula oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ACERFLEX ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
ADVERA ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ALFAMINO JUNIOR ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
ARGINAID EXTRA ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
BABY'S BIG SUPPORT ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>balanced nutritional drink oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>balanced nutritional drink pls oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>balanced nutritional shake pls oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BCAD 1 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
BCAD 2 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
BENECALORIE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
BOOST BREEZE 2-FLAVOR PACK ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
BOOST BREEZE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BOOST GLUCOSE CONTROL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
BOOST GLUCOSE CTRL MAX PROTEIN ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
BOOST HIGH PROTEIN ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
BOOST KID ESSENTIALS 1.0 CAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
BOOST KID ESSENTIALS 1.5 CAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
BOOST KID ESSENTIALS 1.5/FIBER ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
BOOST ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
BOOST ORIGINAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
BOOST PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
BOOST VERY HIGH CALORIE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
BOOST VHC ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
BOOST WOMEN ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
BRAINSUSTAIN FOR KIDS ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
BRIGHT BEGINNINGS PEDIATRIC ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
CARNATION BREAKFAST ESSENTIALS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
CFPREOP ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>chicken/peas/carrots oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>chicken/peas/carrots plus oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>chicken/peas/carrots plus pedi oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CHOLEXTRA ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>click espresso protein drink oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>co q 10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>co q-10 oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>co q10 oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>co q-10 oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>co-enzyme q10 oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>coenzyme q-10 oral capsule 100 mg, 200 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>co-enzyme q-10 oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>coenzyme q10 oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
COMPLEAT ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
COMPLEAT ORGANIC BLENDS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
COMPLEAT PEDI PEPTIDE 1.5 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
COMPLEAT PEDI STANDARD 1.0 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
COMPLEAT PEDI STANDARD 1.4 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
COMPLEAT PEDIATRIC ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
COMPLEAT PEDIATRIC ORG BLENDS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COMPLETEAT PEPTIDE 1.5 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
COMPLETEAT STANDARD 1.4 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
COMPLEX ESSENTIAL MSD ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
coq10 gummies adult oral tablet chewable 50 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
coq10 maximum strength oral capsule 400 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
coq10 oral capsule 100 mg, 200 mg, 30 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
coq-10 oral capsule 100 mg, 200 mg, 30 mg, 400 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs coenzyme q-10 oral capsule 100 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs coq-10 oral capsule 200 mg, 400 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs coq-10 ultra oral capsule 100 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs melatonin oral tablet 10 mg, 3 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs nutrition liquid oral liquid	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs nutrition plus chocolate oral liquid	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs nutrition plus oral liquid	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs nutrition plus vanilla oral liquid	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs nutritional shake oral liquid	\$0 (Nivel 1)	DP
CYCLINEX-1 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
CYCLINEX-2 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
DIABETISOURCE AC ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
DPP DIPEPTIDE POWER ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
DUOCAL ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
EGG/PRO ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
ELECARE DHA/ARA INFANT ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
ELECARE DHA/ARA ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
ELECARE JR ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
ELECARE ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
ENCALA ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
ENLIVE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENSURE ACTIVE HEART HEALTH ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENSURE ACTIVE HIGH PROTEIN ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENSURE ACTIVE LIGHT ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENSURE ACTIVE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENSURE BONE HEALTH REVIGOR ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENSURE CLEAR ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENSURE CLINICAL ST REVIGOR ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENSURE COMPACT ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENSURE COMPLETE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENSURE COMPLETE SHAKE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENSURE ENLIVE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ENSURE HEALTHY MOM ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENSURE HIGH CALCIUM ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENSURE HIGH PROTEIN ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENSURE HIGH PROTEIN ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
ENSURE IMMUNE HEALTH ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENSURE MAX PROTEIN ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENSURE MUSCLE HEALTH REVIGOR ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENSURE NUTRA SHAKE HI-CAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENSURE NUTRITION SHAKE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENSURE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENSURE ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
ENSURE ORIG THERAPEUTIC NUTRI ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENSURE ORIGINAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENSURE ORIGINAL ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
ENSURE ORIGINAL/FIBER ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENSURE PLANT-BASED PROTEIN ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENSURE PLUS HIGH PROTEIN ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENSURE PLUS HN ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENSURE PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENSURE PLUS WITH FIBER ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENSURE PRE-SURGERY ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENSURE SURGERY ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENSURE SURGICAL NUTRITION ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENSURE/FIBER ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENTERADE IBS-D ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENTERADE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENU COMPLETE NUTRITION SHAKE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENU NUTRITIONAL SHAKE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ENU PRO3 PLUS ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
EO28 SPLASH ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq nutritional shake oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq nutritional shake plus oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq weight loss shake oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 coq10 oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>equacare jr oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
EQUATE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
EQUATE PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ESSENTIAL CARE JR ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
EXPEDITE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
FIBER FLOW ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
FIBERSOURCE HN ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
FORTA DRINK ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
FORTA SHAKE ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft co q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft co q-10 rapid release oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft melatonin oral tablet 3 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
GA ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
GA-1 ANAMIX EARLY YEARS ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
GELATEIN MCT ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
GLUCERNA 1.0 CAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
GLUCERNA 1.0 CAL/CARBSTEADY ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
GLUCERNA 1.0 CAL/FIBER ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
GLUCERNA 1.2 CAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
GLUCERNA 1.5 CAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
GLUCERNA 1.5 CAL/CARBSTEADY ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
GLUCERNA ADVANCE SHAKE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
GLUCERNA CARBSTEADY ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
GLUCERNA HUNGER SMART SHAKE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
GLUCERNA ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
GLUCERNA OS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
GLUCERNA SELECT ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
GLUCERNA SHAKE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
GLUCERNA SNACK SHAKE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
GLUCERNA WEIGHT LOSS SHAKE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>glutamine oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
GLUTAREX-1 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
GLUTAREX-2 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
GLYTACTIN BETTERMILK ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
GLYTACTIN RESTORE 10 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
GLYTACTIN RESTORE LITE 10 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
GLYTACTIN RTD 10 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
GLYTACTIN RTD 15 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
GLYTACTIN RTD LITE 15 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
GLYTROL PREBIO1 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp co q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp co q10 oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp melatonin maximum strength oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp melatonin oral tablet 3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense nutrisure original oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense nutrisure plus oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>haelan 951 fermented soy oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>haelan htpi fermented soy oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
HCU ANAMIX EARLY YEARS ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
HCU ANAMIX NEXT ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
HCU COOLER ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
HCU COOLER15 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
HCU LOPHLEX LQ ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
HCU MAXAMUM ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
HCY 1 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
HCY 2 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
HEALTH SOURCE ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
HEALTHY ACCENTS NUTRA FIT ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
HEALTHY ACCENTS NUTRA FIT PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
HI-CAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>high-protein nutritional shake oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
HOM 2 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
HOMACTIN AA PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
HOMINEX-1 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
HOMINEX-2 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
IMMULIFE ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
IMPACT ADVANCED RECOVERY ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
IMPACT ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
INNOVACIN ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
INTROLITE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ISOSOURCE 1.5 CAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ISOSOURCE HN ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
IVA ANAMIX EARLY YEARS ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
IVA ANAMIX NEXT ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
IVA MAXAMUM ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
I-VALEX-1 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
I-VALEX-2 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
JEVITY 1 CAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
JEVITY 1 CAL/FIBER ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
JEVITY 1.2 CAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
JEVITY 1.2 CAL/FIBER ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
JEVITY 1.5 CAL/FIBER ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
JUICE PLUS FIBRE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
JUVEN ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kale/quinoa/berries oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kale/quinoa/berries plus oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kale/quinoa/berries plus pedia oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
KATE FARMS GLUCOSE SUPPORT 1.2 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KATE FARMS KIDS NUTRITION ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KATE FARMS PED PEPTIDE 1.0 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KATE FARMS PED PEPTIDE 1.5 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KATE FARMS PED STANDARD 1.2 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KATE FARMS PEPTIDE 1.0 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KATE FARMS PEPTIDE 1.5 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KATE FARMS RENAL SUPPORT 1.8 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KATE FARMS STANDARD 1.0 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KATE FARMS STANDARD 1.4 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>keto oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
KETOCAL 2.5:1 LQ MULTI FIBER ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KETOCAL 3:1 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
KETOCAL 4:1 LQ MULTI FIBER ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KETOCAL 4:1 LQ MULTI-FIBER ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KETOCAL 4:1 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KETOCAL 4:1 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ketogen oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
KETONEX-1 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
KETONEX-2 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
KETOVIE 3:1 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KETOVIE 4:1 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KETOVIE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KETOVIE PEPTIDE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KFLO ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KIDS PLANT PROTEIN SHAKE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KIDS PROTEIN ORGANIC SHAKE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
KINDERSPROUT PLANT PROTEIN ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp melatonin oral tablet 3 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
K-PAX PROTEIN BLEND IMMUNE ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lecithin oral granules</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>L-glutamine oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
LIL MIXINS-EGG ORAL POWDER 5 GM/5GM	\$0 (Nivel 1)	DP
LIL MIXINS-PEANUT ORAL POWDER 5 GM/5GM	\$0 (Nivel 1)	DP
LIPISTART ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
LIQUID HOPE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
LIQUID HOPE PEPTIDE BERRY ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
LIQUID HOPE PEPTIDE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
LMD ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
LOPHLEX LQ 20 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
LPS CRITICAL CARE SUGAR FREE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
LPS SUGAR FREE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
MALTOCARB ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mega coq10 oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>melatonin extra strength oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>melatonin maximum strength oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>melatonin oral liquid 1 mg/4ml, 2.5 mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>melatonin oral tablet 1 mg, 10 mg, 3 mg, 300 mcg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
METHIONAID ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
MMA/PA ANAMIX EARLY YEARS ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
MMA/PA ANAMIX NEXT ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
MMA/PA COOLER15 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
MMA/PA MAXAMUM ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
MODULEN ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
MONOGEN ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
MSUD 2 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
MSUD AID ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
MSUD ANAMIX EARLY YEARS ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
MSUD COOLER ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
MSUD LOPHLEX LQ ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
MSUD MAXAMAID ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
MSUD MAXAMUM ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nac 600 oral capsule 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nac oral capsule 500 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>n-acetyl cysteine oral capsule 600 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
NEOCATE INFANT DHA/ARA ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
NEOCATE JUNIOR ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
NEOCATE JUNIOR PREBIOTICS ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NEOCATE NUTRA ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
NEOCATE SPLASH ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
NEOCATE SYNEO JUNIOR ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
NEOQ10 ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
NEPRO ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
NEPRO/CARBSTEADY ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
NF FORMULAS NAC ORAL CAPSULE 600 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
NOURISH ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
NOURISH PEPTIDE FORMULA ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
NOVASOURCE RENAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
NUTRA/SHAKE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
NUTREN 1.0 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
NUTREN 1.0/FIBER ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
NUTREN 1.5 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
NUTREN 2.0 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
NUTREN JR FIBER ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
NUTREN JR ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
NUTREN JUNIOR 1.0 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
NUTREN JUNIOR/FIBER ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
NUTREN PULMONARY ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nutrifocus oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
NUTRIHEP 1.5 CAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nutritional drink mix oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nutritional drink oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nutritional drink plus oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nutritional drink shake mix oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nutritional shake complete oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nutritional shake high protein oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nutritional shake oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nutritional shake plus oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nutritional shake plus protein oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nutritional supplement oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nutritional supplement plus oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
OA 1 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
OA 2 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
OPTICLEANSE GHI ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
OPTIMENTAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ORGANIC NUTRITION SHAKE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ORGANIC PEDIA SMART ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OS 2 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
OSMOLITE 1 CAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
OSMOLITE 1.2 CAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
OSMOLITE 1.5 CAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
OSMOLITE HN ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
OSMOLITE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
OXEPA 1.5 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
OXEPA ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIASART PEA PROTEIN ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIASURE 1.0 CAL/FIBER ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIASURE 1.5 CAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIASURE 1.5 CAL/FIBER ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIASURE GROW & GAIN ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIASURE GROW & GAIN ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIASURE GROW & GAIN ORGANIC ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIASURE GROW & GAIN/FIBER ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIASURE HARVEST 1.0 CAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIASURE NUTRIPALS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIASURE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIASURE PEDIATRIC ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIASURE PEPTIDE 1.0 CAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIASURE PEPTIDE 1.5 CAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIASURE REDUCED CALORIE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIASURE SHAKE MIX ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIASURE SHAKE/FIBER ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIASURE SIDEKICKS CLEAR ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIASURE SIDEKICKS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIASURE SIDEKICKS ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIASURE SIDEKICKS SHAKE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIASURE/FIBER ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pediatric drink oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
PEPTAMEN 1 CAL/PREBIO1 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PEPTAMEN 1.5 CAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PEPTAMEN 1.5 CAL/PREBIO1 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PEPTAMEN AF ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PEPTAMEN INTENSE VHP ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PEPTAMEN JUNIOR 1 CAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PEPTAMEN JUNIOR 1 CAL/PREBIO1 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PEPTAMEN JUNIOR 1.5 CAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PEPTAMEN JUNIOR 1.5 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PEPTAMEN JUNIOR FIBER ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PEPTAMEN JUNIOR HP ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PEPTAMEN JUNIOR PHGG 1.2 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PEPTAMEN JUNIOR/PREBIO1 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PEPTAMEN ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PEPTAMEN/PREBIO1 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PERATIVE 1.3 CAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PERATIVE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PERIFLEX ADVANCE ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PERIFLEX JUNIOR ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PFD 2 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PFD TODDLER ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PHENEX-1 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PHENEX-2 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PHENYLADE DRINK MIX ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PHENYLADE ESSENTIAL DRINK MIX ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PHENYLADE ESSENTIAL MIX/FIBER ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PHENYLADE GMP MIX DHA/FIBER ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PHENYLADE GMP MIX-IN ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PHENYLADE GMP ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PHENYLADE GMP READY ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PHENYLADE RTD PKU 10 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PHENYLADE60 DRINK MIX ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PHENYL-FREE 2 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PHENYL-FREE 2HP ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PIVOT 1.5 CAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PKU 2 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PKU 3 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PKU AIR20 GOLD ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PKU AIR20 GREEN ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PKU AIR20 YELLOW ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PKU COOLER 10 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PKU COOLER 15 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PKU COOLER 20 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PKU EASY SHAKE & GO ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PKU LOPHLEX LQ 20 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PKU PERIFLEX EARLY YEARS ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PKU PERIFLEX JUNIOR PLUS ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PKU SPHERE 20 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PKU SPHERE NEXT 15 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PKU START ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pku trio oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
POLYCAL ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PORTAGEN ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PROMOD ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PROMOD ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PROMOTE 1.0 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PROMOTE 1.0 WITH FIBER ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PROMOTE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PROMOTE/FIBER ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PRO-PHREE ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PROPIMEX-1 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PROPIMEX-2 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PROSOURCE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PROSOURCE ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PROSOURCE PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PROSOURCE TF ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PROSOURCE XTRACAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PROSOURCE ZAC ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PROSURE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PROTALITY ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PROVIMIN ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
PULMOCARE 1.5 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PULMOCARE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
PURECARB ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>push 20+ advanced oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc co q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc melatonin max st oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
Q-SORB CO Q-10 ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra coenzyme q-10 oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra melatonin oral tablet 10 mg, 3 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
RE/NEPH LP/HC ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
RE/NEPH ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
RE/NEPH REDUCED SUGAR ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
REASON ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>regular nutritional shake oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
RENALCAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
RENASTART ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
RENASTEP ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
REPLETE FIBER 1 CAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
REPLETE FIBER ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
REPLETE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
RESOURCE 2.0 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>restore fusion renal support oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>restore renal support oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb complete nutrition oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb complete nutrition plus oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SCANDICAL ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
SCANDISHAKE ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
SERACAL ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sol carb oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SUPLENA 1.8/CARBSTEADY ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
SUPLENA ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
SUPLENA/CARB STEADY ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sv melatonin oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
THICK-IT THICKENED CRANBERRY ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>thrivacin 30 oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>thrivacin detox oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
TWOCAL HN 2.0 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
TWOCAL HN ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
TYLACTIN RESTORE 10 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
TYLACTIN RTD 15 ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
TYR ANAMIX EARLY YEARS ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
TYR ANAMIX NEXT ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
TYR COOLER ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
TYR LOPHLEX LQ ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
TYREX-1 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
TYREX-2 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
TYROS 1 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
TYROS 2 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
UCD 2 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
UCD ANAMIX JUNIOR ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ucd trio oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ultramino soy protein oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ULTRIENT 1.5 SAFE-T FEED ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
VILACTIN AA PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
VITAL 1.0 CAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
VITAL 1.5 CAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
VITAL AF 1.2 CAL ADV FORMULA ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
VITAL AF 1.2 CAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
VITAL HP 1.0 CAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
VITAL JR ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
VITAL PEPTIDE 1.5 CAL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
VIVONEX PEDIATRIC ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
VIVONEX RTF ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
WND 1 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
WND 2 ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
XLEU MAXAMAID ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
XLYS-XTRP MAXAMAID ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
XLYS-XTRP MAXAMUM ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
XMET MAXAMAID ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
XMET XCYS MAXAMAID ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
XMTVI MAXAMAID ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
XPHE MAXAMAID ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
XPHE-XTYR MAXAMAID ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	DP
XTRACAL PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>yl coenzyme q10 oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
Electrolitos/Minerales, Inyectables		
<i>dextrose in lactated ringers intravenous solution 5 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 10-0.2 %, 10-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.225 %, 5-0.3 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>dextrose-sodium chloride solution 2.5-0.45 % intravenous</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>dextrose-sodium chloride solution 2.5-0.45 % intravenous</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>kcl (0.149%) in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<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-\$12.65 (Nivel 3)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>kcl in dextrose-nacl solution 40-5-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>kcl in dextrose-nacl solution 40-5-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>lactated ringers intravenous solution</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>magnesium sulfate in d5w intravenous solution 1-5 gm/100ml-%</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>magnesium sulfate intravenous solution 2 gm/50ml, 20 gm/500ml, 4 gm/100ml, 4 gm/50ml, 40 gm/1000ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>multiple electro type 1 ph 7.4 intravenous solution</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>potassium chloride in nacl solution 40-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>potassium chloride in nacl solution 40-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<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-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>potassium cl in dextrose 5% intravenous solution 20 meq/l</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>sodium chloride injection solution 2.5 meq/ml</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
Electrolitos/Minerales/Vitaminas Orales		
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	\$0 (Nivel 2)	
KLOR-CON M10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	\$0 (Nivel 2)	
KLOR-CON M15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ	\$0 (Nivel 2)	
KLOR-CON M20 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ	\$0 (Nivel 2)	
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
Electrolitos		
ADVANTAGE CARE ELECTROLYTE PED ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
BIOLYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
CERALYTE 70 ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
CERASPORT EX1 ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
CERASPORT ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs electrolyte solution oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs ped electrolyte freeze pop oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ENFAMIL ENFALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
EQUALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp electrolyte solution oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense electrolyte adv care oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>h-e-b oral electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
HYDRALYTE FREEZER POPS ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
HYDRALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
KINDERLYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
KINDERLYTE PREMAX ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>oral electrolyte freezer pops oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>oral electrolytes oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>oralyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ped electrolyte freeze pops oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ped electrolyte freezer pops oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIA VANCE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIALYTE ADVANCED CARE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PEDIALYTE FREEZER POPS ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIALYTE IMMUNE SUPPORT ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
PEDIALYTE SINGLES ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
REHYDRALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sm pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>truelyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
Minerales		
<i>600+d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ADVANCED CALCIUM/D/MAGNESIUM ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bone density builder oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcitrate plus d oral tablet 315-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cal-citrate plus vitamin d oral tablet 250-2.5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium + d oral tablet chewable 500-1000-40 mg-unt-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium + d3 oral tablet 250-3 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium + vitamin d3 oral tablet 500-5 mg-mcg, 600-10 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 1000 + d oral tablet 1000-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 1200 oral tablet chewable 1200-1000 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 500 + d oral tablet 500-3.125 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 500 + d3 oral tablet 500-15 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 500/d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 500/vitamin d oral tablet 500-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 500+d high potency oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 500+d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 500+d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 600 + d oral tablet 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 600 +d high potency oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 600 oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 600/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>calcium 600/vitamin d oral tablet chewable 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 600/vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 600+d high potency oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 600+d oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 600+d3 oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-20 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium 600+d3 plus minerals oral tablet , 600-800 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg, 600-10 mg-mcg, 600-20 mg-mcg, 600-3.125 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol oral tablet chewable 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium carbonate extra light powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium carbonate light powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium carbonate oral powder 800 mg/2gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium carbonate oral tablet 1250 (500 ca) mg, 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium carbonate oral tablet chewable 1250 (500 ca) mg, 260 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium carbonate powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium carbonate-vitamin d oral tablet 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium citrate + d oral tablet 250-5 mg-mcg, 315-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium citrate + d3 maximum oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium citrate + d3 oral tablet 200-6.25 mg-mcg, 250-5 mg-mcg, 315-5 mg-mcg, 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium citrate + oral tablet , 315-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium citrate chewy bite oral tablet chewable 500-12.5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium citrate oral tablet 250 mg, 333 mg, 950 (200 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium citrate plus oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium citrate plus/magnesium oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium citrate+d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium citrate+d3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium citrate-mag-minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium citrate-vitamin d oral tablet 200-3.125 mg-mcg, 250-1.25 mg-mcg, 315-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>calcium citrate-vitamin d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium creamies oral tablet chewable 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium gluconate oral capsule 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium high potency oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium high potency/vitamin d oral tablet 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium lactate oral tablet 100 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium magnesium zinc oral tablet 333-133-5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium oral tablet chewable 500-2.5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium oyster shell oral tablet 1250 (500 ca) mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium plus vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium plus vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium soft chews oral tablet chewable 500-1000-40 mg-unt-mcg, 500-500-40 mg-unt-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium+d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-15 mg-mcg, 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium-magnesium-zinc oral tablet 333-133-5 mg, 333-133-8.3 mg, 333.33-133.33-5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	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 1)	DP
<i>calcium-magnesium-zinc-vit d3 oral tablet 333 mg-133 mg-5 mg-1.7 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium-vitamin d oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calcium-vitamin d3 oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cal-mint oral tablet chewable 260 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CALTRATE 600+D PLUS MINERALS ORAL TABLET 600-800 MG-UNIT	\$0 (Nivel 1)	DP
CALTRATE 600+D3 ORAL TABLET 600-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	DP
CALTRATE 600+D3 SOFT ORAL TABLET CHEWABLE 600-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	DP
CALTRATE BONE HEALTH ADVANCED ORAL TABLET 300-800 MG-UNIT, 600-800 MG-UNIT	\$0 (Nivel 1)	DP
CALTRATE BONE HEALTH ORAL TABLET 600-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	DP
CALTRATE BONE HEALTH ORAL TABLET CHEWABLE 600-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	DP
CALTRATE MINIS PLUS MINERALS ORAL TABLET 300-800 MG-UNIT	\$0 (Nivel 1)	DP
CELEBRATE CALCIUM CITRATE ORAL TABLET CHEWABLE 500-12.5 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	DP
CELEBRATE CALCIUM PLUS 500 ORAL TABLET CHEWABLE 500-8.325 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>chelated magnesium oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>chelated zinc oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CITRACAL MAXIMUM ORAL TABLET 315-6.25 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	DP
CITRACAL MAXIMUM PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
CITRACAL PETITES/VITAMIN D ORAL TABLET 200-6.25 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>citrus calcium/vitamin d oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs calcium + d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs calcium 600 & vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs calcium 600 + d/minerals oral tablet 600-800 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs calcium 600+d oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs calcium carbonate oral tablet 1250 (500 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs calcium citrate+d3 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs calcium citrate+d3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs calcium citrate+d3 w/magne oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs calcium soft chews oral tablet chewable 500-1000-40 mg-unt-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs calcium-magnesium-zinc oral tablet 333-133-5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs magnesium oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs magnesium oxide oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs oyster shell calcium-vit d oral tablet 500-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs zinc gluconate oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq calcium 500+d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq calcium 600+d oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq calcium 600+d+minerals oral tablet 600-800 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq calcium citrate+d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq calcium citrate+d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq calcium citrate+d3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq calcium citrate/vitamin d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq calcium citrate/vitamin d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq calcium/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq calcium/vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq natural zinc oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fem-cal citrate oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft calcium + vitamin d3 oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft calcium 600+vit d3/minerals oral tablet 600-800 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft calcium citrate +vitamin d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FT CALCIUM CITRATE/VIT D3 ORAL TABLET 315-6.25 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft calcium citrate+d3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft calcium oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FT CALCIUM/VITAMIN D3 ORAL TABLET 1000-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	DP
FT CALCIUM+D3 ORAL TABLET 600-20 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft calcium-magnesium-zinc-d3 oral tablet 333-133-5-3.33 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft magnesium oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft magnesium oxide oral tablet 400 (240 mg) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft zinc chelated oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp cal mag zinc +d3 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp calcium 500 +d3 oral tablet 500-15 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp calcium 600 +d oral tablet 600-400 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp calcium 600 +d/minerals oral tablet 600-800 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp calcium 600 +d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp calcium citrate +d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp calcium citrate+d3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp calcium oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp magnesium oxide oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp zinc chelated oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>high absorption magnesium oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
IS-ZC 50 ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp calcium 600+d oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp calcium citrate+d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp calcium-magnesium-zinc oral tablet 333-133-5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp mag-oxide magnesium oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MAG-200 ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
MAG64 ORAL TABLET DELAYED RELEASE 64 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
MAGDELAY ORAL TABLET DELAYED RELEASE 64 MG	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mag-g oral tablet 500 (27 mg) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MAGNEBIND 300 ORAL TABLET 250-300 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
MAGNEBIND 400 ORAL TABLET 80-115 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>magnesium carbonate oral powder 250 mg/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>magnesium gluconate oral tablet 250 mg, 27.5 mg, 550 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>magnesium lactate oral tablet extended release 84 mg (7meq)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>magnesium oral tablet 200 mg, 250 mg, 30 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>magnesium oxide -mg supplement oral tablet 250 mg, 400 (240 mg) mg, 400 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>magnesium oxide -mg supplement oral tablet chewable 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MAGNESIUM-OXIDE ORAL TABLET 400 (240 MG) MG	\$0 (Nivel 1)	DP
MAGOX 400 ORAL TABLET 400 (240 MG) MG	\$0 (Nivel 1)	DP
MAG-OXIDE ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
MAG-TAB SR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 84 MG (7MEQ)	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>manganese chloride intravenous solution 0.1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mg aspartate oral tablet 65 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mgo oral tablet 400 (240 mg) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MULTI MEGA MINERALS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>natrul magnesium oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nat-rul oyster calcium+vit d oral tablet 500-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
NEOFLEX CALCIUM + VITAMIN D ORAL TABLET 600-12.5 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE VITE CALCIUM + D3 ORAL TABLET 600-10 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	DP
ORAZINC ORAL CAPSULE 220 (50 ZN) MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ORAZINC ORAL TABLET 110 (25 ZN) MG	\$0 (Nivel 1)	DP
OYSCO 500+D ORAL TABLET 500-5 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>oyster calcium/d3 oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>oyster shell calcium + d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>oyster shell calcium + d3 oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>oyster shell calcium oral tablet 1250 (500 ca) mg, 500 mg, 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>oyster shell calcium plus d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>oyster shell calcium w/d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>oyster shell calcium/d oral tablet 250-6.25 mg-mcg, 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>oyster shell calcium/d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>oyster shell calcium/vit d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>oyster shell calcium/vit d3 oral tablet 250-3.125 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>oyster shell calcium/vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
PROSTEON ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pure calcium carbonate oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc calcium 500mg-d3 oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc calcium fast dissolution oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc zinc oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra calcium 600 oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra calcium 600/vitamin d-3 oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra calcium cit plus vit d-3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra calcium citrate plus vit d oral tablet 315-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra calcium cit-vit d-3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra calcium plus vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra calcium plus vitamin d3 oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
RA HI CAL ORAL TABLET 500-5 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra natural magnesium oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra zinc oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb calcium + d oral tablet 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb oyster shell calcium oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SLOWMAG MG MUSCLE/HEART ORAL TABLET DELAYED RELEASE 71.5-119 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
SLOW-MAG ORAL TABLET DELAYED RELEASE 71.5-119 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sodium fluoride oral solution 1.1 (0.5 f) mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sodium phosphates intravenous solution 45 mmolel15ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SOLUVITA ORAL SOLUTION 0.5 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super calcium oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sv magnesium oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
THERACAL D2000 ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
THERACAL D4000 ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
THERACAL RAPID REPLETION ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>true magnesium oxide oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>true oyster shell calcium oral tablet 1250 (500 ca) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ultra calcium + vitamin d3 oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>well magnesium oxide oral tablet 400 (240 mg) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ZINC 15 ORAL TABLET 66 (15 ZN) MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>zinc chelated oral tablet 22.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>zinc gluconate oral tablet 100 mg, 15 mg, 30 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>zinc oral capsule 220 (50 zn) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>zinc oral tablet 100 mg, 30 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>zinc sulfate oral capsule 220 (50 zn) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>zinc sulfate oral tablet 220 (50 zn) mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
Nutrición Iv		
<i>chromic chloride intravenous solution 40 mcg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>clanimix/dextrose (6/5) intravenous solution 6 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>clanimix/dextrose (8/10) intravenous solution 8 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>clanimix/dextrose (8/14) intravenous solution 8 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
CLINISOL SF INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>cupric chloride intravenous solution 0.4 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>dextrose intravenous solution 50 %, 70 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	B/D
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
PLENAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	B/D
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>selenious acid intravenous solution 60 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
TRALEMENT INTRAVENOUS SOLUTION 300-55-60-3000 MCG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	B/D
<i>zinc chloride intravenous solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Vitaminas		
<i>50+ adult eye health oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>a thru z advanced adult oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>a thru z advanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>a thru z high potency oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>a thru z select 50+ advanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>a thru z select 50+ mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>a thru z select advanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>a thru z select oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>a thru z select oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>a thru z select ultimate women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>a thru z ultimate mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>a-10000 oral capsule 3 mg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>a-25 oral capsule 7.5 mg (25000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>abc complete adult oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>abc complete mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>abc complete senior 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>abc complete senior mens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>abc complete senior womens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>abc complete womens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>acerola c-500 oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>actical oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>activite oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ACTIVNUTRIENTS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
ACTIVNUTRIENTS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
ACTIVNUTRIENTS PERFORMANCE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
ACTIVNUTRIENTS W/O IRON ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
ADEK GUMMIES PLUS ZN ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
ADRENAL C FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ADRENAL MANAGER ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
ADRENALIV ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>adrenoid oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>adult one daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ADVANCED C PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>advanced eye health oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ADVANCED MULTI EA ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
AFLORA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AIRAVITE ORAL TABLET 2.5-25-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
AIRBORNE ELDERBERRY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
AIRBORNE GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
AIRBORNE KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
AIRBORNE ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
ALIVE ADULT PREMIUM ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
ALIVE CALCIUM BONE SUPPORT ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>alive daily energy oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ALIVE DIABETIC MULTIVITAMIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ALIVE ENERGY 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ALIVE EVERYDAY IMMUNE HEALTH ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
ALIVE GARDEN GOODNESS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ALIVE GUMMIES FOR CHILDREN ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
ALIVE HAIR, SKIN & NAILS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
ALIVE HAIR, SKIN & NAILS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
ALIVE MAX 6 POTENCY ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
ALIVE MENS 50+ MULTI GUMMY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
ALIVE MENS 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ALIVE MENS 50+ ULTRA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ALIVE MENS COMPLETE MULTI ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ALIVE MENS GUMMY MULTIVITAMINS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
ALIVE MENS ULTRA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ALIVE MULTI-VITAMIN CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
ALIVE MULTI-VITAMIN ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ALIVE MULTI-VITAMIN ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
ALIVE ONCE DAILY WOMENS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ALIVE ULTRA POTENCY ADULT ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ALIVE ULTRA POTENCY WOMENS 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ALIVE WOMENS 50+ COMPLETE MV ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ALIVE WOMENS 50+ GUMMY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
ALIVE WOMENS 50+ ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ALIVE WOMENS ENERGY ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ALIVE WOMENS GUMMY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
ALLBEE/C ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ALPHA BETIC ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>altrixa ob oral tablet 15-0.4-0.6 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>altrixa oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
AMLADEX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
AMORYN MOOD BOOSTER ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>anti-allergy oral tablet 100-100-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antioxidant a/c/e/selenium oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antioxidant formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antioxidant formula/minerals oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antioxidant oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>anti-oxidant oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antioxidant vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
APETIBEX ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
APPE-CURB ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
AQUA-E ORAL LIQUID 50.25 MG/ML (75 UT/ML)	\$0 (Nivel 1)	DP
AQUASOL A INTRAMUSCULAR SOLUTION 50000 UNIT/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aqueous vitamin d oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ascorbic acid injection solution 500 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ascorbic acid oral liquid 500 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ascorbic acid oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ATABEX EC ORAL TABLET DELAYED RELEASE 29-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ATABEX OB ORAL TABLET 29-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ATABEX ORAL TABLET CHEWABLE 18-0.8 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>azesco oral tablet 13-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b complex formula 1 (w/ fa) oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b complex oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b complex vitamins oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b complex-b12 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b complex-c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b complex-c-folic acid oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b1 natural oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-1 oral tablet 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-100 b-complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>b-12 oral tablet 100 mcg, 1000 mcg, 2000 mcg, 250 mcg, 2500 mcg, 50 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-12 oral tablet chewable 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-12 oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-12 quick dissolve sublingual tablet sublingual 1000 mcg, 3000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-12 slow release oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-12 sublingual tablet sublingual 2500 mcg, 500 mcg, 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-12 tr oral tablet extended release 1000 mcg, 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-50 complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b6 natural oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-6 oral tablet 100 mg, 250 mg, 50 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BABY DDROPS ORAL LIQUID 10 MCG /0.028ML, 10 MCG/0.03ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>baby super daily d3 oral liquid 10 mcg /0.028ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>baby vitamin d3 oral liquid 10 mcg /0.028ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BACMIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>balance b-50 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>balanced b complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>balanced b-100 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>balanced b-50/fa oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BARIATRIC FUSION ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bariatric multivitamin/iron oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bariatric multivitamins oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bariatric multivitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bariatric multivitamins oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bariatric multivitamins/iron oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bariatric multivitamins/iron oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>basic am oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>basic pm oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-compleet-100 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-compleet-50 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-complex (folic acid) oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-complex balanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-complex plus b-12 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-complex/b-12 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-complex/electrolytes oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>b-complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-complex-c (w/folic acid) oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-complex-c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>better b complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BIG 100 (BIOTIN) ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
BIG 100 ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bilberry plus oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BIO-35 GLUTEN-FREE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
BIO-35 IRON FREE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>biocal oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>biocel oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BIO-D-MULSION FORTE ORAL LIQUID 50 MCG/0.04ML	\$0 (Nivel 1)	DP
BIO-D-MULSION ORAL LIQUID 10 MCG/0.04ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bioflex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BIOTECT PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>biotin forte oral tablet 3 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>biotin maximum strength oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>biotin maximum strength oral tablet 10000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>biotin oral capsule 1 mg, 10 mg, 5 mg, 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>biotin oral tablet 10 mg, 1000 mcg, 10000 mcg, 5 mg, 5000 mcg, 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>biotin super potency oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bladder 2.2 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>blood sugar manager oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>body/hair/skin/nails oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BONEUP 3 PER DAY ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
BONEUP ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
BONEUP VEGETARIAN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
BOOSTNOW IMMUNE SUPPORT ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bp vit 3 oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-plex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>b-plex plus oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BPROTECTED MULTI-VITE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
BPROTECTED PEDIA D-VITE ORAL LIQUID 10 MCG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE/FE ORAL SOLUTION 10 MG/ML, 11 MG/ML, 5.5 MG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BPROTECTED PEDIA TRI-VITE ORAL SOLUTION 35-412.5-10	\$0 (Nivel 1)	DP
BPROTECTED VITAMIN C ORAL LIQUID 500 MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>brain builder kids oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BURIED TREASURE ACTIVE 55 PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>c 1000 oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>c 500 oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>c 500/rose hips oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>c extra strength oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>c-1000 oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>c-1000 oral tablet extended release 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>c-1000/rose hips oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>c-250 oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>c-250 oral tablet chewable 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>c-500 oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>c-500 oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>c-500 oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>c-500/rose hips oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CALCIDOL ORAL SOLUTION 200 MCG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cardiopress oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>c-chewable oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CELEBRATE MULTI-COMPLETE 18 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
CELEBRATE MULTI-COMPLETE 18 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CELEBRATE MULTI-COMPLETE 36 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
CELEBRATE MULTI-COMPLETE 36 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CELEBRATE MULTI-COMPLETE 45 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
CELEBRATE MULTI-COMPLETE 45 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CELEBRATE MULTI-COMPLETE 60 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
CELEBRATE MULTI-COMPLETE 60 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>centavite a-z complete-mineral oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>centravites 50 plus oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>centravites adults oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>centravites oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM ADULT 50+ MULTIGUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM ADULT ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM ADULTS MULTIGUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM ADULTS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM CARDIO ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM DUAL ACT MULTI+ BEAUTY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM DUAL ACT MULTI+OMEGA-3 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM FLAVOR BURST ADULT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM FLAVOR BURST KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM FLAVOR BURST ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM FRESH/FRUITY 50+ ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM FRESH/FRUITY ADULT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM KIDS MULTIGUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM MEN 50+ MULTIGUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM MEN MULTIGUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM MEN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM MENOPAUSE HOT FLASH ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM MENOPAUSE MIND/MOOD ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM MINIS ADULTS 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM MINIS MEN 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM MINIS WOMEN 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM MINIS WOMEN IMMUNE SUP ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM MULTI + OMEGA 3 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM MULTI+ MENTAL FOCUS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CENTRUM POSTNATAL GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM SILVER 50+MEN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM SILVER 50+WOMEN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM SILVER ADULT 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM SILVER MEN 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM SILVER ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM SILVER ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM SILVER ULTRA WOMENS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM SILVER WOMEN 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM SPECIALIST HEART ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM SPECIALIST IMMUNE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM SPECIALIST VISION ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM ULTRA WOMENS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM VITAMINTS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM WOMEN 50+ MULTIGUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM WOMEN MULTIGUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CENTRUM WOMEN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>century mature oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>century oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CENVITE ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
CEREFOLIN BRAIN WELLNESS ORAL TABLET 6-2-600 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
CEREFOLIN ORAL TABLET 6-1-50-5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
CEROVITE JR ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
CEROVITE SENIOR ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
CERTAVITE SENIOR ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
CERTAVITE SENIOR/ANTIOXIDANT ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
CERTAVITE/ANTIOXIDANTS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>childrens animal shapes oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>childrens chew multivitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>childrens chewable vitamins oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>childrens gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CHOICEFUL MULTIVITAMIN ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
CHOICEFUL MULTIVITAMIN ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cholase control oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cholecalciferol oral tablet 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CITRACAL +D3 ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>classic prenatal oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cod liver oil oral capsule , 1250-130 unit, 1250-133 unit, 1250-135 unit, 4000-200 unit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cod liver oil w/vit a & d oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cod liver oil/low vitamin a oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cod liver oil/vitamins a & d oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>collagen ultra oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>companion oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
COMPETE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>complete multivitamin/mineral oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CO-NATAL FA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>coral calcium plus oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CORTICARE B ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
CORVITA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
CRUSH VITAMIN C DROPS MOUTH/THROAT LOZENGE 60 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
CULTURELLE KIDS COMPLETE ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CULTURELLE KIDS PROBIOTIC-MV ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CULTURELLE PROBIOTIC MEN DAILY ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
CULTURELLE PROBIOTICS + MULTIV ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs adult 50+ eye health oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs adult multivitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CVS AIRSHIELD IMMUNITY SUPPORT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
CVS AIRSHIELD ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs b complex plus c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs b-1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs b12 gummies oral tablet chewable 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs b12 oral tablet chewable 2500 mcg, 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs b6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs biotin high potency oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs biotin oral capsule 10 mg, 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs biotin oral tablet 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs chewable c with rose hips oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cv's chewable childrens vitamin oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cv's childrens complete oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cv's d3 oral capsule 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cv's daily gummies adult oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cv's daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cv's daily multiple for men oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cv's daily multiple women 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cv's daily multiv/mineral mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cv's daily multivitamin mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cv's daily multivitamin womens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cv's e oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cv's eye health & lutein oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cv's eye health adult 50+ oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cv's folic acid oral tablet 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cv's gummy dinos oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cv's gummy multivitamin kids oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cv's immune support oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cv's mens daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cv's one daily essential oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cv's one daily mens 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cv's one daily mens formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cv's one daily womens 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cv's one daily womens formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cv's prenatal gummy oral tablet chewable 0.4-113.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cv's prenatal multi+dha oral capsule 27-0.8-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cv's prenatal multivitamin oral capsule 27-0.8-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cv's prenatal oral tablet 27-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cv's spectravite adult 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cv's spectravite adult 50+ oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cv's spectravite adults oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cv's spectravite advanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cv's spectravite men 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cv's spectravite men oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cv's spectravite senior oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cv's spectravite ultra men 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cv's spectravite ultra mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cvx spectravite ultra women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx spectravite women 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx spectravite women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx spectravite women oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx spectravite womens senior oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx super b complex/c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx vision health oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx vitamin a oral capsule 2400 mcg (8000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx vitamin b12 oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx vitamin b-12 oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx vitamin b12 oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx vitamin b-12 oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500-10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx vitamin d3 oral capsule 250 mcg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx vitamin e oral capsule 180 mg (400 unit), 450 mg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx womens active daily oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx womens daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvx womens prenatal+dha oral 28-0.975 & 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cyanocobalamin nasal solution 500 mcg/0.1ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>d 1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>d 10000 oral capsule 250 mcg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>d 5000 oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>d-1000 extra strength oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>d2000 ultra strength oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>d3 2000 oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>d3 5000 oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>d3 baby drops oral liquid 10 mcg /0.025ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>d3 extra strength oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>d3 high potency oral capsule 125 mcg (5000 ut), 25 mcg, 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>d3 high potency oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>d3 max st oral capsule 250 mcg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>d3 maximum strength oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>d3 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>d3 oral tablet 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>d3 super strength oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>d3-1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>d3-1000 oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>d-3-5 oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
D3-50 ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>d-400 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>d-5000 oral tablet 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily betic oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily combo multi vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily multiple vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily multiple vitamins/min oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily multivitamin oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily value multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily vitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily vite multivitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily vites oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily vites/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily-vite multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>daily-vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>dayavite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
DDROPS BOOSTER ORAL LIQUID 15 MCG /0.028ML	\$0 (Nivel 1)	DP
DDROPS ORAL LIQUID 25 MCG /0.028ML, 25 MCG/0.03ML, 50 MCG /0.028ML, 50 MCG/0.03ML	\$0 (Nivel 1)	DP
DECARA ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT), 625 MCG (25000 UT)	\$0 (Nivel 1)	DP
DECUBI-VITE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>dekas bariatric oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
DEKAS PLUS OCEAN ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
DEKAS PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
DEKAS PLUS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>delta d3 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
DEPLIN MA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
DERMACINRX FOLTAMIN ORAL TABLET 125-1 MCG-MG	\$0 (Nivel 1)	DP
DERMACINRX MULTITAM ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
DERMACINRX PRETRATE ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DERMACINRX RIBOTIN-E ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
DERMACINRX ZINTREXYL-C ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
DERMAVITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>destress-iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
DEXATLAN ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
DEXIFOL ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>diabetes health formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
DIALYVITE 3000 ORAL TABLET 3 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
DIALYVITE 5000 ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
DIALYVITE 800 ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>dialyvite 800/ultra d oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
DIALYVITE 800/ZINC ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
DIALYVITE 800-ZINC 15 ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
DIALYVITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
DIALYVITE SUPREME D ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
DIALYVITE VITAMIN D 5000 ORAL CAPSULE 125 MCG (5000 UT)	\$0 (Nivel 1)	DP
DIALYVITE/ZINC ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
DIATROL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
DRISDOL ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$0 (Nivel 1)	DP
DRY EYE FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
D-VI-SOL ORAL LIQUID 10 MCG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>d-vite pediatric oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>e 1000 oral capsule 450 mg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>e200 oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>e-200 oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>e400 oral capsule 180 mg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>e-400 oral capsule 180 mg (400 unit), 268 mg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>e-400-clear oral capsule 268 mg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
EASY-C IMMUNE HEALTH ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
EASY-C ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ELDERTONIC ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
ELFOLATE ORAL TABLET 15 MG, 7.5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ELFOLATE PLUS ORAL TABLET 3-35-2 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ELITE-OB ORAL TABLET 50-1.25 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
EMERGEN-C APPLE CIDER VINEGAR ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
EMERGEN-C ASHWAGANDHA ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EMERGEN-C ELDERBERRY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
EMERGEN-C IMMUNE PLUS/VIT D ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
EMERGEN-C IMMUNE+ ELDERBERRY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>emergen-c immune+ oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
EMERGEN-C KIDZ DAILY IMMUNE ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>emergen-c kidz immune+ oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
EMERGEN-C TURMERIC & GINGER ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
EMERGEN-C VITAMIN C ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
ENDUR-ACIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 250 MG, 500 MG, 750 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ENDUR-C ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 1000 MG, 500 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>energy b12 oral tablet chewable 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ENFAMIL EXPECTA ORAL 28-0.8 & 200 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ENFAMIL POLY-VI-SOL-IRON ORAL SOLUTION 11 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq complete multivit adult 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq complete multivitamin child oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq complete multivitamin-adult oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq d3 drops infants/childrens oral liquid 10 mcg /0.025ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq multivitamin gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq multivitamins adult gummy oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq multivitamins gummy child oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq one daily mens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq one daily mens health oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
EQ ONE DAILY WOMENS 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq one daily womens health oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq vision formula 50+ oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 b complex 50 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 b-12 oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 biotin oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 century mature adults 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 century mature men 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>eql century mature oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql century mature women 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql century mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql century oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql century womens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql child multivitamin/minerals oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql gummies childrens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql one daily adult gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql one daily mens 50+ advance oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql one daily mens health oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql one daily mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql one daily womens 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql prenatal formula oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql super b complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql vision formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql vitamin b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql vitamin b-12 tr oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql vitamin c drops mouth/throat lozenge 53 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql vitamin c gummies oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql vitamin c oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql vitamin d3 oral capsule 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql vitamin e oral capsule 400 unit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ergocalciferol oral capsule 1.25 mg (50000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ergocalciferol oral solution 10 mcg/0.05ml, 200 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ESSENTIA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>essential balance oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ESTER-C ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ESTROFACTORS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eye health + lutein oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eye health areds 2 oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eye health oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eye multivitamin/sodium oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
EYE VITAMINS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
EYE-VITES ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fa-vitamin b-6-vitamin b-12 oral tablet 2.2-25-0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FEMQUIL ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FINAZOL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
FINEST NUTRITION VITAMIN B-12 ORAL TABLET 500 MCG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>finest nutrition vitamin d3 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FITNESS TABS FOR MEN AM/PM ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
FITNESS TABS FOR WOMEN AM/PM ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
FLEXGEN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
FLINTSTONES + EXTRA IRON ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
FLINTSTONES COMPLETE ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
FLINTSTONES GUMMIES COMPLETE ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
FLINTSTONES GUMMIES-IMMUNITY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
FLINTSTONES PLUS EXTRA IRON ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
FLINTSTONES/MY FIRST ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
FLINTSTONES-IMMUNITY SUPPORT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
FLORIVA PLUS ORAL SOLUTION 0.25 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
FLORRAXYL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
FLOTREX ORAL TABLET CHEWABLE 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>folagent dha oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>folamax oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>folamed dha oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>folapride oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>folate oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>folatexcel oral tablet 20-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>folawise oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>folbee oral tablet 2.5-25-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>folbee plus oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FOLBIC ORAL TABLET 2.5-25-2 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
FOLCYTEINE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>folic acid injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>folic acid oral tablet 1 mg, 400 mcg, 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FOLIFLEX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>folika-bc oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>folite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FOLITIN-Z ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
FOLIXAPURE ORAL TABLET 1-5000 MG-UNIT	\$0 (Nivel 1)	DP
FOLIXATE ORAL TABLET 1-125 MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>folplex 2.2 oral tablet 2.2-25-0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FOLTABS 800 ORAL TABLET 800-10-115 MCG-MG-MCG	\$0 (Nivel 1)	DP
FOLTANX ORAL TABLET 3-35-2 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
FOLTREXYL ORAL TABLET 1-5000 MG-UNIT	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>freedavite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fruit c 500 oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fruit c oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fruity c oral tablet chewable 250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fruity chews oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fruity chewsliron oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft adult multi gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft b-complex plus vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft biotin oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft biotin oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft century 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft century adults oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft century men 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft century men oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft century women 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft century women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft childrens multi oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft childrens multi plus immune oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft eye health oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft eye health oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft folic acid oral tablet 400 mcg, 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft hair skin & nails extra str oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft immune support oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft one daily mens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft one daily mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft one daily womens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft one daily womens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft prenatal oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft vitamin a oral capsule 3000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft vitamin b-1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ft vitamin b-12 extra strength oral tablet chewable 1500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft vitamin b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft vitamin b-12 pr oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft vitamin b-12 sublingual tablet sublingual 2500 mcg, 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft vitamin b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft vitamin c oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft vitamin d3 oral capsule 25 mcg, 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft vitamin d3 oral tablet 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft vitamin d3 rapid release oral capsule 125 mcg (5000 ut), 250 mcg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft vitamin e oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>full spectrum b1/vitamin c oral tablet 0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>genadek step 1 oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>genadek step 2 oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>geri-freeda senior formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
GERITOL COMPLETE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gerivite complete oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
GLYCOTROL COMPLETE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
GLYCOTROL ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp adult mini oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp b-12 sublingual tablet sublingual 2500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp biotin oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp biotin oral tablet 10000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp century adult formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp century adult oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp century adults men oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp century adults women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp century mature adults 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp century mature men's 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp century mature women's 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp childrens chewables/ex c oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp childrens chewables/iron oral tablet chewable 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp childrens/extra c oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp d 1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp d3 oral capsule 125 mcg (5000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp d3 oral tablet 250 mcg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp essential one daily oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp folic acid oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp hair/skin/nails oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp healthy eyes oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp healthy eyes supervision 2 oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp immune support oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp little ones childrens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp mega multi for men oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp mega multi for women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp multi childrens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp one daily maximum oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp one daily mens health 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp one daily mens/lycopene oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp one daily womens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp one daily womens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp prenatal oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp prenatal/folic acid oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp therapeutic-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp vitamin a oral capsule 3000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp vitamin b-1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp vitamin b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp vitamin b-12 oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp vitamin b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp vitamin c drops mouth/throat lozenge 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp vitamin c oral tablet chewable 125 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp vitamin c oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp vitamin c w/rose hips oral tablet 500-37 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp vitamin d maximum strength oral tablet 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp vitamin d oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp vitamin d super strength oral tablet 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp vitamin d3 extra strength oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp vitamin d3 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp vitamin d-400 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp vitamin e oral capsule 180 mg (400 unit), 400 unit, 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp vitamin health b12 oral tablet chewable 1500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>growing bones & muscles kids oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
GUMMI BEAR MULTIVITAMIN/MIN ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>hair skin & nails advanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>hair skin & nails oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>hair skin and nails formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>hair skin nails oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>hair/skin/nails oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>hair/skin/nails oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
HARD NAILS ORAL CAPSULE 2.5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>head care proactive health oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>healthy eyes oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>healthy eyes supervision 2 oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>healthy eyes/lutein-zeaxanthin oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>healthy hair/skin/nails oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>heart savior oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>hi c-500 oral tablet 500-100-50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>high potency e oral capsule 450 mg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>high potency multivit/fa oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>hi-kovite 2-part formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
HONEY BEARS W/IRON-ZINC ORAL TABLET CHEWABLE 30-200-3	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>hydroxocobalamin acetate intramuscular solution 1000 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>hylavite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>hylazinc oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ICAPS AREDS FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ICAPS LUTEIN & OMEGA-3 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE	\$0 (Nivel 1)	DP
ICAPS MV ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ICAPS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
IMMUNE ESSENTIALS DAILY ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>immune support oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
IMMUNERX ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>immunicare oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
INATAL GT ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
INFLAMEX ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
INFUVITE ADULT INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
INFUVITE PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>inulose blood sugar support oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
IS-D 10,000 ORAL CAPSULE 250 MCG (10000 UT)	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>i-vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>joint health & bone strength oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>just 4 kidz multivit/probiotic oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>k 100 oral tablet 100 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>keyfolic oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
KEYLOSA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kls d3 oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kobee oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kosher prenatal plus iron oral tablet 30-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp adults 50+ daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp adults daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp b complex-c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp folic acid oral tablet 1 mg, 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp mens 50+ daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp mens daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp niacin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp prenatal multivitamins oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
KP VISION FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
KP VISION FORMULA/LUTEIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp vitamin b-12 oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp vitamin b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp vitamin d oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp vitamin d3 oral capsule 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp vitamin e oral capsule 45 mg (100 unit)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp womens 50+ daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kp womens daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
K-PAX IMMUNE PROFESSIONAL ST ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>kpn prenatal oral tablet 0.1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
LAND BEFORE TIME MULTIVITAMIN ORAL TABLET CHEWABLE , 15 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
LIPOTRIAD VISION SUPPORT ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lipotriad vision support plus oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
LIPOTRIAD VISIONARY ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>liquid c oral liquid 500 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>little animals oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>liver detox oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
LIVITA ADULTS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>l-methylfolate calcium oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>l-methylfolate oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>l-methyl-mc oral tablet 6-1-50-5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lutein-zeaxanthin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
LYSIPLEX PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
LYSIPLEX PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
MACULAR HEALTH FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
MACUVITE EYE CARE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
MACUVITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
MACUVITE/LUTEIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>masonatal oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MATERNACEL ORAL TABLET 20-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
MAXIMUM D3 ORAL CAPSULE 325 MCG (13000 UT)	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>maximum daily green oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MEDCAPS DPO ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
MEDCAPS GI ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
MEDCAPS IS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
MEDCAPS T3 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>medi tab oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mega biotin oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mega multi for women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MEGA MULTI MEN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>megavite fruits & veggies oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>meijer advanced formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>meijer c oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MEMORALL ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
MENATROL ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mens 50+ advanced oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mens 50+ multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MENS LIFE PACK ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mens multi health formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mens multivitamin gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mens multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mens multivitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MERIBIN ORAL CAPSULE 5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
METAFOLBIC ORAL TABLET 6-1-50-5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
METAFOLBIC PLUS ORAL TABLET 6-2-600 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
METHYL PROTECT ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
METHYL-GUARD ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
METHYL-GUARD PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mincora oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mi-vite rx oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mm biotin/keratin oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>m-natal plus tablet 27-1 mg oral</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MOMMY'S BLISS VIT D ORGANIC ORAL LIQUID 10 MCG /0.036ML	\$0 (Nivel 1)	DP
MOOD FOOD ES ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
MOOD FOOD ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
MTX SUPPORT ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multi + omega-3 adult gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multi + omega-3 gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multi adult gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MULTI COMPLETE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multi completeliron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multi for her 50+ oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multi for her 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multi for her oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multi for her oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multi for him 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MULTI FOR HIM ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
MULTI FOR HIM ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multi prenatal oral tablet 27-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multi vitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multi vitamin w/d-3 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multi vitamin/minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MULTIA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multiple vit/minerals/no iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multiple vitamin-folic acid oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multiple vitamins essential oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multiple vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multiple vitamins/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>multiple vitamins/womens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multiple vitamins-iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multiple vitamins-iron oral tablet chewable 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multiple vitamins-minerals oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multipro oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MULTITOL-M ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multi-vit/iron/fluoride oral solution 0.25-10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multivit/multimineral adult oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multivitamin adult (minerals) oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multivitamin adult oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multivitamin adults 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multivitamin adults oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multivitamin childrens (w/ fa) oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multivitamin childrens gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multivitamin childrens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multivitamin drops/iron oral solution 11 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multivitamin gummies adult oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multivitamin gummies mens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multi-vitamin gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multivitamin gummies womens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multivitamin infant & toddler oral solution , 11 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multivitamin iron-free oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multivitamin men 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multivitamin men oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multi-vitamin monocaps oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multivitamin oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multi-vitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multivitamin plus iron adult oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multivitamin w/fluoride oral tablet chewable 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multivitamin women 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multivitamin women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multivitamin womens 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multivitamin/fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multi-vitamin/fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multivitamin/fluoride oral tablet chewable 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>multi-vitamin/fluorideliron oral solution 0.25-10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multi-vitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multi-vitamin/minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multivitamin/zinc stress oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multivitamin-minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multi-vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multivitamins plus iron child oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multi-vite oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MULTI-VIT-FLOR ORAL TABLET CHEWABLE 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>multivit-min gummies childrens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D3000 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D3000 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D5000 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D5000 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION MINIS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mvw hi-d adek gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MVW MODULATOR FORMULATION MINI ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
MVW MODULATOR FORMULATION ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
MVW ORANGE CHEWABLES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>myamulti oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MYNEPHRON ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
NASCOBAL NASAL SOLUTION 500 MCG/0.1ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>natal pnv oral tablet 6-0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nat-rul daily-vite+iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nat-rul theravite-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nat-rul vitamin d oral tablet 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>natrul-vites oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>natural c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>natural vitamin a oral capsule 3 mg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>natural vitamin d-3 oral tablet 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>natural vitamin e oral capsule 670 mg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>neomaterna oral tablet 20-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
NEOMULTIVITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>neonatal complete oral tablet 27-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
NEONATAL PLUS ORAL TABLET 27-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>neonatal prenatal oral tablet 27-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
NEONATAL VITAMIN ORAL TABLET 27-0.8 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>neo-vital rx oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>neovite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
NEPHPLEX RX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nephro vitamins oral tablet 0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
NEPHROCAPS ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
NEPHRO-VITE ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
NESTABS DHA ORAL 32-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
NESTABS ONE ORAL CAPSULE 38-1-225 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
NESTABS ORAL TABLET 32-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>niacin er oral capsule extended release 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>niacin er oral tablet extended release 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>niacin flush free oral capsule 590 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>niacin oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>niacin oral tablet 100 mg, 250 mg, 50 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>niacinamide oral tablet 100 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
NIAVASC 750 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 750 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
NIAVASC ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 500 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
NICADAN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
NICAZEL FORTE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
NICAZEL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
NICOMIDE ORAL TABLET 750-27-2-0.5 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nicotinamide oral tablet 750-27-2-0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nitrivia oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
NIVA-FOL ORAL TABLET 2.5-25-2 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
NIVA-PLUS ORAL TABLET 27-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>no iron mult vitamin-minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>norwegian cod liver oil oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
NUFOL ORAL TABLET 2.5-25-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
NUTRALYN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
NUTRIFAC ZX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
OB COMPLETE ORAL TABLET 50-1.25 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
OB COMPLETE PREMIER ORAL TABLET 30-20-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
OBSTETRIX EC ORAL TABLET DELAYED RELEASE 29-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
OBTREX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ocular vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ocutabs oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ocutabs-lutein oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
OCUVEL ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
OCUVITE ADULT 50+ ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
OCUVITE ADULT FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
OCUVITE EXTRA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
OCUVITE EYE + MULTI ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
OCUVITE EYE HEALTH FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
OCUVITE EYE HEALTH GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
OCUVITE-LUTEIN ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
OCUVITE-LUTEIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>omnicap oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>once daily oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ONCOVITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE A DAY MEN 50 PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE A DAY MENS VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE A DAY WOMEN 50 PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE A DAY WOMEN 50 PLUS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily 50 plus oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily calcium/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily complete for men oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily complete oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE DAILY ESSENTIAL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily essentials oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily for men 50+ advanced oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily for men/lycopene oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>one daily for women 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily for women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily healthy weight adv oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily healthy weight oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily maximum oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily men formula w/o iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily mens 50+ multivit oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily mens 50+lycopene oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily mens health oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily mens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily multivitiron-free oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily multivitamin adult oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily multivitamin men oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily multivitamin women oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily multivitaminiron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily womens 50 plus oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily womens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily womens oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one daily/minerals oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one vite womens oral tablet 27-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one vite womens plus oral tablet 27-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE-A-DAY FOR HER VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE-A-DAY FOR HIM VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE-A-DAY MENOPAUSE FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE-A-DAY MENS (MINERALS) ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE-A-DAY MENS 50+ ADVANTAGE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE-A-DAY MENS 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE-A-DAY MENS HEALTH FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE-A-DAY MENS PRO EDGE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE-A-DAY PROACTIVE 65+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE-A-DAY WOMENS 50+ ADVANTAGE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE-A-DAY WOMENS 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE-A-DAY WOMENS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ONE-A-DAY WOMENS PETITES ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE-A-DAY WOMENS PRENATAL 1 ORAL CAPSULE 28-0.8-235 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
ONE-A-DAY WOMENS VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one-daily multi caps oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one-daily multi vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one-daily multi-vit/mineral oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one-daily multi-vitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one-daily multi-vitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>one-daily/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>onevite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>optic-vites oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>optic-vites with lutein oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
OPTIFAST POST BARIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
OPTIMAL D3 M ORAL CAPSULE 350 MCG (14000 UT)	\$0 (Nivel 1)	DP
OPTIMAL D3 ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>optimum airvites oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>optimum pms oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
OPTISOURCE POST BARIATRIC SURG ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
OPTIVITE P.M.T. ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
OPURITY B12/FOLIC ACID ORAL TABLET 1000-200 MCG	\$0 (Nivel 1)	DP
OPURITY BYPASS OPTIMIZED ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
OPURITY ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
OSTEOPRIME PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
OSTEOPRIME ULTRA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pan-c 500/bioflavonoids oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>parvlex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pc pediatric poly-vitalfe drop oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pc pediatric poly-vitamin drop oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pc pediatric tri-vitamin drops oral solution 750-400-35 unit-mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
PERIDIN-C ORAL TABLET 200-50-150 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pharmacist choice d-vitamin oral liquid 400 unit/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
PHYTOMULTI ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>phytonadione injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>phytonadione oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pnv 27-calf/efa oral tablet 60-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pnv prenatal plus multivitamin oral tablet 27-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pnv tabs 20-1 oral tablet 20-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pnv-select oral tablet 27-0.6-0.4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
POLY-VI-FLOR ORAL TABLET CHEWABLE 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
POLY-VI-SOL ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
POLY-VI-SOL/IRON ORAL SOLUTION 11 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>poly-vita oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>poly-vitaliron oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>poly-vite pediatric oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>poly-viteliron oral solution 11 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pregenna oral tablet 20-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
PREMESISRX ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prenatabs fa oral tablet 29-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
PRENATABS RX ORAL TABLET 29-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prenatal (wliron & fa) oral tablet 27-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prenatal 19 oral tablet , 29-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prenatal complete oral tablet 14-0.4 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prenatal formula a-free oral tablet 9-0.267 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prenatal formula oral capsule 28-0.8-235 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prenatal forte oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prenatal multi +dha oral capsule 27-0.8-228 mg, 27-0.8-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
PRENATAL MULTIVITAMIN + DHA ORAL 28-0.8 & 200 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prenatal multivitamin plus dha oral capsule 27-0.8-250 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prenatal one daily oral tablet 27-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prenatal oral tablet 27-0.8 mg, 28-0.8 mg, 6.75-0.2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prenatal plus oral tablet 27-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prenatal plus vitamin/mineral oral tablet 27-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prenatal tablet 27-1 mg oral</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prenatal vitamin and mineral oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prenatal vitamins oral tablet 27-0.8 mg, 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prenatal/iron oral tablet , 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prenatal+dha oral 28-0.975 & 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
PRENATE AM ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
PRENATE ELITE ORAL TABLET 20-0.6-0.4 MG	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PRENATOL-M ORAL TABLET 27-1.2 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
PRENATRIX ORAL TABLET 27-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
PRENATRYL ORAL TABLET 27-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prescription support multivit oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
PRESERVISION AREDS 2 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
PRESERVISION AREDS 2 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
PRESERVISION AREDS 2+MULTI VIT ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
PRESERVISION AREDS ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
PRESERVISION AREDS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
PRESERVISION/LUTEIN ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prevent oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>prev-rx oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pro hers rx oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pro his rx oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pro pcos rx oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>probiotics + bariatric multi oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
PRO-CAL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
PROCERV HP ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>profola oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
PRORENAL + D ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
PRORENAL + D W/ OMEGA-3 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
PROSIGHT ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
PROTECT CARDIO AF ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
PROTECT PLUS SO ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
PROTEGRA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
PROVIT ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pyridoxine hcl injection solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pyridoxine hcl oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc b12 sublingual tablet sublingual 2500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc biotin oral tablet 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc childrens complete oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc childrens vitamins/extra c oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc childrens vitamins/iron oral tablet chewable 15 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc cod liver oil oral capsule 1250-135 unit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc daily multivit/multimineral oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc daily multivitamins/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc essentials oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>qc folic acid oral tablet 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc hair skin & nails oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc mens daily multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc multi-vite 50 & over oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc multi-vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc niacin oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
QC OCUHEALTH VISION SUPPORT 2 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc prenatal oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc therin-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc vitamin b1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc vitamin b12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc vitamin b12 oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc vitamin b6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc vitamin c oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc vitamin c with rose hips oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc vitamin d3 oral capsule 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc vitamin d3 oral tablet 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc vitamin e oral capsule 180 mg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc womens daily multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
QUFLORA FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.25 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
QUFLORA FE PEDIATRIC ORAL LIQUID 0.25-9.5 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
QUFLORA PEDIATRIC ORAL SOLUTION 0.25 MG/ML, 0.5 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
QUFLORA PEDIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>quin b strong b-25 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>quin b strong oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>quintabs oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>quintabs-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra balanced b-100 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra balanced b-50 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra b-complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra b-complex with b-12 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra biotin oral capsule 2500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra biotin oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra central-vite mens mature oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RA CENTRAL-VITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra central-vite womens mature oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra folic acid oral tablet 400 mcg, 800 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra natural vitamin e oral capsule 268 mg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra niacin oral tablet 100 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra no flush niacin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra one daily maximum oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra one daily mens 50+ w/vit d3 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra one daily mens multi oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra one daily mens/vit d-3 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra prenatal formula oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra prenatal oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra vitamin a oral capsule 3 mg (10000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra vitamin b-1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra vitamin b-12 oral tablet 100 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra vitamin b12 oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra vitamin b-12 tr oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra vitamin b-6 oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra vitamin c cr oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra vitamin c drops mouth/throat lozenge 53 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra vitamin c oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra vitamin c oral tablet chewable 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra vitamin c/acerola oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra vitamin d-3 oral capsule 125 mcg (5000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra vitamin d-3 oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra vitamin e natural oral capsule 670 mg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra vitamin e oral capsule 134 mg (200 unit), 268 mg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra vitamins complete childrens oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
RADIANCE PLATINUM VITAMIN D3 ORAL TABLET 125 MCG (5000 UT)	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>relcare oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
REMEDIENT ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
RENAL ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>renal vitamin oral tablet 0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
RENAPLEX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RENAPLEX-D ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>rena-vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>rena-vite rx oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>reno caps oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
RETAINE VISION ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>right step prenatal oral tablet 27-0.8 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb vitamin c oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>se-natal 19 oral tablet 29-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>senior tabs oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sentry oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sentry senior mens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sentry senior oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sentry senior/lutein oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>skin hair & nails advanced oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SLO-NIACIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 250 MG, 500 MG, 750 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sm vitamin d3 oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SMARTY PANTS KIDS COMPLETE ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>solo oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SOLUVITA ACD WITH FLUORIDE ORAL SOLUTION 0.25 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
SOLUVITA WITH FLUORIDE ORAL SOLUTION 0.25 MG/ML, 0.5 MG/ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>span c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SPECTRAVITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
SPONGEBOB SQUAREPANTS GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stress b complex/antioxid/zinc oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stress b complex/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stress formula (folic acid) oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stress formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stress formula/iron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stress formula/zinc/energy oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
STRESSTABS ADVANCED ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
STRESSTABS ENERGY ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
STROVITE ONE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
STUART ONE ORAL CAPSULE 27-0.8-200 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
SUNKIST VITAMIN C ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super antioxidant oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>super antioxidants protector oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super aytinal 50 plus oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super aytinal oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super b complex/fal/vit c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super b complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super b-complex + vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super b-complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super b-complex/vit c/fa oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super biotin oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super biotin oral tablet 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super daily d3 oral liquid 25 mcg /0.028ml, 50 mcg /0.028ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SUPER DEC B-100 ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super d-zinc-selenium-copper oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SUPER QUINTS B-50 ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super thera vite m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>super vita-mins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>superior mens multi oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>superior womens multi oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>support oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SUPPORT-500 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sv b12 oral tablet dispersible 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sv b12 sublingual tablet sublingual 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sv vitamin b-12 er oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sv vitamin d3 oral capsule 25 mcg, 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>synertropin oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SYSTANE ICAPS AREDS2 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
SYSTANE ICAPS AREDS2 ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
SYSTANE ICAPS AREDS2 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
TAB-A-VITE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
TAB-A-VITE/BETA CAROTENE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
TAB-A-VITE/IRON ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
TALIVA ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
THERA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>thera vital m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>thera vital-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>therabasic-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
THERA-D 2000 ORAL TABLET 50 MCG (2000 UT)	\$0 (Nivel 1)	DP
THERA-D 4000 ORAL TABLET 100 MCG (4000 UT)	\$0 (Nivel 1)	DP
THERA-D RAPID REPLETION ORAL TABLET 50 MCG (2000 UT)	\$0 (Nivel 1)	DP
THERAGRAN-M ADVANCED 50 PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
THERAGRAN-M ADVANCED ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
THERAGRAN-M ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
THERAGRAN-M PREMIER 50 PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
THERAGRAN-M PREMIER ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>thera-m plus mv w/beta-carot oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
THERAMILL FORTE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
THERANATAL CORE NUTRITION ORAL TABLET 27-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
THERANATAL LACTATION ONE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>therapeutic formula/hematinics oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>therapeutic-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>thera-tabs m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>thera-tabs oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
THERATRUM COMPLETE 50 PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
THERATRUM COMPLETE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>thera-vite max-m oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
THEREMS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>thiamine hcl injection solution 100 mg/ml, 200 mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>thiamine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>thiamine mononitrate oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
THRIVE FOR LIFE WOMENS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>thrivite rx oral tablet 29-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>tm-daily vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>tm-vite rx oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>toco-sorb oral capsule 13 mg (19 unit)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
TRI SUPER FLAVONS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>trinatal rx 1 oral tablet 60-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
TRINATE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>triphrocaps oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
TRI-VI-SOL A/C/D ORAL SOLUTION 250-50-10	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>tri-vite pediatric oral solution 750-400-35 unit-mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>tri-vite/fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>tronvite oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>tropical liquid nutrition oral liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>true daily vite oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>true folic acid oral tablet 1 mg, 400 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>true multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>true vitamin a oral capsule 10000 unit, 8000 unit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>true vitamin b1 oral tablet 100 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>true vitamin b12 oral tablet 1000 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>true vitamin b3 oral tablet 250 mg, 50 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>true vitamin b6 oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>true vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	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), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>true vitamin d3 oral tablet 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>true vitamin e oral capsule 180 mg, 450 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>t-vites oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
UDAMIN SP ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ULTRA BONEUP ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN KIDS ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ultra freeda oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ultra freedaliron oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ultra multi formulaliron oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ULTRACHOICE ADV FORMULA MATURE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
ULTRACHOICE ADVANCED FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
UPSPRING BABY VIT D ORAL LIQUID 10 MCG /0.025ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vasoflex hd oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VASOFLEX ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>v-c forte oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VENEXA FE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
VENEXA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
VENTRIXYL FE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
VENTRIXYL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
VIC-FORTE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
VINATE CARE ORAL TABLET CHEWABLE 40-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vision formula 2 oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>vision formula/lutein oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vision health oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VISION OPTIMIZER ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vision plus oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vision vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VISTA ADVANCED AREDS2 FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
VISTA ADVANCED DRY EYE FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vit e-vit c-beta carotene oral tablet 200-250-5000</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vita c/bioflavonoids/rose hips oral tablet 1000-30-18 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vita hair oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VITA S FORTE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitabasic complete oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitabasic senior oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitabex oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitabex plus oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VITACEL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitachew adult multi vitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitachew multiple vitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitachew vit c citrus burst oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VITACORE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
VITAFOL-OB ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
VITAFUSION MULTI WOMENS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
VITAJoy DAILY C GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE 125 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
VITAJoy MULTI GUMMIES ADULT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitalara oral tablet 20-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VITAL-D RX ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitalee oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VITALETS CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
VITAMEZ ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
VITAMIN A FISH ORAL CAPSULE 2250 MCG (7500 UT)	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin a oral capsule 2400 mcg (8000 ut), 3 mg, 3 mg (10000 ut), 7.5 mg (25000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin a/c/d/ infant/toddler oral solution 250-10-50 mcg-mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>vitamin a-c-d infant oral solution 250-10-50 mcg-mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin b 12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin b complex oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin b complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin b complex w/b-12 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin b1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin b-1 oral tablet 100 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin b-12 er oral tablet extended release 1000 mcg, 1500 mcg, 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin b-12 oral tablet 100 mcg, 1000 mcg, 250 mcg, 50 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin b12 oral tablet 100 mcg, 1000 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin b-12 oral tablet dispersible 5000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin b12 oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin b-12 sublingual tablet sublingual 1000 mcg, 2500 mcg, 3000 mcg, 5000 mcg, 6000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin b12 tr oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin b12-folic acid oral tablet 500-400 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin b-6 er oral tablet extended release 200 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin b-6 oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin b6 oral tablet 100 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c adult gummies oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c drops mouth/throat lozenge 60 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c er oral capsule extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c er oral tablet extended release 1500 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c gummie oral tablet chewable 120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c gummies oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c immune health oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c oral liquid 500 mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c oral tablet 100 mg, 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c oral tablet chewable 100 mg, 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c plus wild rose hips oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c/bioflavonoids/rosehp oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c/natural rose hips oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c/rose hips oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c/rose hips tr oral tablet extended release 1000 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>vitamin c-acerola oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c-rose hips er oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c-rose hips oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin c-rose hips tr oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin d (cholecalciferol) oral capsule 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin d (cholecalciferol) oral tablet 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 50 mcg (2000 ut), 50000 unit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin d high potency oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin d infant oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin d oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 125 mcg, 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin d oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin d oral tablet 25 mcg (1000 ut), 400 unit, 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VITAMIN D-1000 MAX ST ORAL TABLET 25 MCG (1000 UT)	\$0 (Nivel 1)	DP
VITAMIN D3 IMMUNE HEALTH ORAL LIQUID 25 MCG/10ML	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin d3 maximum strength oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin d3 oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 10 mcg (400 unit), 1000 unit, 125 mcg (5000 ut), 25 mcg, 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg (2000 ut), 62.5 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin d-3 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin d3 oral liquid 10 mcg/ml, 125 mcg/0.5ml, 125 mcg/ml, 30 mcg/15ml, 5000 unit/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin d3 oral tablet 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 20 mcg (800 unit), 25 mcg, 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg (2000 ut), 75 mcg (3000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin d3 super strength oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin d3 super strength oral tablet 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin d3 ultra strength oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin e blend oral capsule 400 unit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>vitamin e high potency oral capsule 180 mg (400 unit), 90 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin e oral capsule 100 unit, 1000 unit, 134 mg (200 unit), 180 mg (400 unit), 200 unit, 268 mg (400 unit), 400 unit, 45 mg (100 unit), 450 mg (1000 ut), 670 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin e water soluble oral capsule 180 mg (400 unit), 450 mg (1000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin e/d-alpha natural oral capsule 268 mg (400 unit)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin e/d-alpha oral capsule 134 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin k (phytonadione) oral tablet 100 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin k1 injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vita-min oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin-b complex oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamins acd-fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamins a-d-e/selenium oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamins for hair oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VITAROCA PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
VITASANA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitasure oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VITATHELY WITH GINGER ORAL TABLET 27-1 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
VITEYES AREDS 2 FORMULA +MULTI ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
VITEYES AREDS 2 FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
VITEYES CLASSIC ADVANCED ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
VITEYES CLASSIC MACULAR SUPPOR ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
VITEYES CLASSIC MULTIVITAMIN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
VITEYES CLASSIC+OMEGA-3 ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
VITEYES COMPLETE ORAL CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	DP
VITEYES OPTIC NERVE SUPPORT ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
VITRAMYN ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
VITRANOL FE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
VITRANOL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
VITREXATE FE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
VITREXATE ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
VITREXYL + IRON ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
VITREXYL ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-BORN VITAMIN C ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
WEEKLY-D ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>well vitamin c oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>well vitamin d3 oral capsule 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>wellfola oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>wescaps oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>westab max oral tablet 2.5-25-2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>westab one oral tablet 2.5-25-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>womens 50+ advanced oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>womens 50+ multi vitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>womens daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
WOMENS LIFE PACK ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>womens multi gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>womens multi oral capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>womens multivitamin + collagen oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>womens multivitamin gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>womens multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>xcellent a 3000 oral capsule 3000 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>xcellent a 7500 oral capsule 7.5 mg (25000 ut)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
XCELLENT E ORAL CAPSULE 33.5 MG (50 UNIT)	\$0 (Nivel 1)	DP
YELETS TEENAGE FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>yl balanced b-100 oral tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>yl folic acid oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>yl vitamin b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>yl vitamin c oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>yl vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
YOUR LIFE MULTI ADULT GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
YUM-VS COMPLETE MULTIVITAMIN ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
YUMVS MULTI ZERO ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
YUMVS VITAMIN C ZERO ORAL TABLET CHEWABLE 125 MG	\$0 (Nivel 1)	DP
YUMVS ZERO DIABETIC MULTIVITAM ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
YUMVSKIDS MULTI ZERO ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>zalvit oral tablet 13-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ziphex oral tablet 13-1 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ZOO FRIENDS MULTI GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZOO FRIENDS/EXTRA C ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 1)	DP
TÓPICOS		
Agentes Para Boca/Garganta/Dentales		
ANBESOL MAXIMUM STRENGTH MOUTH/THROAT GEL 20 %	\$0 (Nivel 1)	DP
AQUORAL MOUTH/THROAT SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
BIOTENE DRY MOUTH MOIST SPRAY MOUTH/THROAT SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 150 pastillas cada 30 días
<i>cvs dry mouth mouth/throat solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs oral anesthetic max str mouth/throat gel 20 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
DENTA 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
DENTAGEL DENTAL GEL 1.1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq1 dry mouth oral rinse mouth/throat solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FLUORIDEX DAILY RENEWAL MOUTH/THROAT CONCENTRATE 0.63 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fraiche 5000 dental dental gel 1.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense oral pain relief mouth/throat gel 20 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
HURRICAIN MOUTH/THROAT GEL 20 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>instant oral pain relief max mouth/throat gel 20 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>intense toothache pain relief mouth/throat gel 20 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
KOURZEQ MOUTH/THROAT PASTE 0.1 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
LOLLICAINE MOUTH/THROAT GEL 20 %	\$0 (Nivel 1)	DP
MOI-STIR MOUTH/THROAT SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
MOUTH KOTE MOUTH/THROAT SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
MOUTH KOTE REMINT MOUTH/THROAT SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	DP
NUMOISYN MOUTH/THROAT LIQUID	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>oral analgesic max st mouth/throat gel 20 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>oral relief spray mouth/throat solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ORASEP MOUTH/THROAT SOLUTION 2-0.5-0.1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
PERIOGARD MOUTH/THROAT SOLUTION 0.12 %	\$0 (Nivel 1)	
PERIOMED MOUTH/THROAT CONCENTRATE 0.63 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH DENTAL GEL 1.1 %	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PREVIDENT 5000 PLUS DENTAL CREAM 1.1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
PREVIDENT DENTAL GEL 1.1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc oral pain relieving mouth/throat gel 20 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra dry mouth mouth/throat solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sf 5000 plus dental cream 1.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sf dental gel 1.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sodium fluoride 5000 plus dental cream 1.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sodium fluoride 5000 ppm dental cream 1.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sodium fluoride 5000 ppm dental gel 1.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sodium fluoride dental cream 1.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sodium fluoride dental gel 1.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
ZILACTIN BABY MOUTH/THROAT GEL 10 %	\$0 (Nivel 1)	DP
Dermatología, Acné		
ACCUTANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>adapalene external gel 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>adapalene treatment external gel 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
BENZEPRO EXTERNAL FOAM 5.3 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 46,6 g cada 30 días
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>clindamycin phos (once-daily) external gel 1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 75 ml cada 30 días
<i>clindamycin phos (twice-daily) external gel 1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 g cada 30 días
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1.2-5 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 45 g cada 30 días
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 ml cada 30 días
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 ml cada 30 días
<i>cvs adapalene external gel 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
DIFFERIN EXTERNAL GEL 0.1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ery external pad 2 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 compresas cada 30 días
<i>erythromycin external gel 2 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 g cada 30 días
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 ml cada 30 días
<i>gnp adapalene external gel 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
NEUAC EXTERNAL GEL 1.2-5 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 45 g cada 30 días
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 118 ml cada 30 días
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 45 g cada 30 días
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 45 g cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZENATANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
Dermatología, Agentes Para El Cuidado De Heridas		
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 180 g cada 30 días
sodium chloride irrigation solution 0.9 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
sterile water for irrigation irrigation solution	\$0 (Nivel 2)	
Dermatología, Anestésicos Locales		
GLYDO EXTERNAL PREFILLED SYRINGE 2 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 60 ml cada 30 días
lidocaine external ointment 5 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 50 g cada 30 días
lidocaine external patch 5 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 3 parches cada 1 día
lidocaine hcl external solution 4 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 50 ml cada 30 días
lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %	\$0 (Nivel 2)	B/D; QL; 30 g cada 30 días
LIDOCAN EXTERNAL PATCH 5 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 3 parches cada 1 día
TRIDACAINE II EXTERNAL PATCH 5 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 3 parches cada 1 día
Dermatología, Antibióticos		
antibiotic external ointment 500 unit/gm	\$0 (Nivel 1)	DP
bacitracin external ointment 500 unit/gm	\$0 (Nivel 1)	DP
bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm	\$0 (Nivel 1)	DP
bacitracin zinc-aloe external ointment 500 unit/gm	\$0 (Nivel 1)	DP
BACITRAYCIN PLUS EXTERNAL OINTMENT 500 UNIT/GM	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs antibiotic external ointment 3.5-400-5000	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs antibiotic pain/scar external ointment 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs bacitracin external ointment 500 unit/gm	\$0 (Nivel 1)	DP
cvs bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm	\$0 (Nivel 1)	DP
double antibiotic external ointment 500-10000 unit/gm	\$0 (Nivel 1)	DP
eq bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm	\$0 (Nivel 1)	DP
eq triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000	\$0 (Nivel 1)	DP
eq bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm	\$0 (Nivel 1)	DP
eq first aid antibiotic external ointment 1 %, 3.5-400-5000	\$0 (Nivel 1)	DP
first aid antibiotic external ointment 3.5-500-10000	\$0 (Nivel 1)	DP
ft antibiotic external ointment 500 unit/gm	\$0 (Nivel 1)	DP
ft double antibiotic external ointment 500-10000 unit/gm	\$0 (Nivel 1)	DP
ft triple antibiotic + pain external ointment 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
ft triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000	\$0 (Nivel 1)	DP
gentamicin sulfate external cream 0.1 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 g cada 30 días
gentamicin sulfate external ointment 0.1 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 30 g cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gnp bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp triple antibiotic external ointment</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp triple antibiotic plus external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense first aid antibiotic external ointment</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
LANABIOTIC EXTERNAL OINTMENT 5-500-10000	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>medi-first triple antibiotic external ointment 5-400-5000 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>meijer triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 220 g cada 30 días
NEOSPORIN + PAIN RELIEF MAX ST EXTERNAL OINTMENT 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
NEOSPORIN + PAIN/ITCH/SCAR EXTERNAL OINTMENT 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
NEOSPORIN EXTERNAL OINTMENT 500-10000 UNIT/GM	\$0 (Nivel 1)	DP
NEOSPORIN ORIGINAL EXTERNAL OINTMENT , 3.5-400-5000	\$0 (Nivel 1)	DP
NEOSPORIN/BURN RELIEF EXTERNAL OINTMENT 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>poly bacitracin external ointment 500-10000 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
POLYSPORIN EXTERNAL OINTMENT 500-10000 UNIT/GM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc bacitracin external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc triple antibiotic max st external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc triple antibiotic multi-act external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc triple antibiotic pain rlf external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra antibiotic + pain relief external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra antibiotic/pain relief external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra bacitracin external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra bacitracin zinc first aid external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra double antibiotic external ointment 500-10000 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb bacitracin external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
SSD EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 2)	
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 453,6 g cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>triple antibiotic external ointment , 3.5-400-5000 , 3.5-400-5000 mg-unit, 5-400-5000 , 5-400-5000 mg-unit</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>triple antibiotic pain relief external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>triple antibiotic plus external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>triple antibiotic plus max st external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>wal-sporin external ointment 500-100000 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
Dermatología, Anticuerpos		
<i>ALOE VESTA ANTIFUNGAL EXTERNAL OINTMENT 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antifungal (clotrimazole) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antifungal (tolnaftate) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antifungal external cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antifungal external powder 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>athletes foot (clotrimazole) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>athletes foot (terbinafine) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>athletes foot external powder 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>athletes foot external solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>athletes foot powder spray external aerosol powder 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>AZOLEN ANTI-FUNGAL WASH EXTERNAL SOLUTION 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>AZOLEN TINCTURE EXTERNAL SOLUTION 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>baza antifungal external cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>butenafine hcl external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>castellani paint external liquid 1.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>castellani paint modified external liquid 1.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ciclopirox external shampoo 1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 ml cada 30 días
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 90 g cada 30 días
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 ml cada 30 días
<i>clotrimazole af external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>clotrimazole anti-fungal external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>clotrimazole athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>clotrimazole cream 1 % external (otc)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>clotrimazole cream 1 % external (rx)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>clotrimazole solution 1 % external (otc)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>clotrimazole solution 1 % external (rx)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 45 g cada 30 días
<i>CRITIC-AID CLEAR AF EXTERNAL OINTMENT 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cvs athletes foot (tolnaftate) external aerosol powder 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs athletes foot (tolnaftate) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs butenafine hcl external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs clotrimazole external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs clotrimazole external solution 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs foot & sneaker external aerosol powder 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs itch relief external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs jock itch external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs ringworm external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
DESENEX EXTERNAL CREAM 2 %	\$0 (Nivel 1)	DP
DESENEX EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 85 g cada 30 días
<i>eq antifungal external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq athletes foot (terbinafine) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq athletes foot (tolnaftate) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq athletes foot ultra external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq jock itch external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql athletes foot(terbinafine) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft antifungal external cream 1 %, 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft athletes foot (clotrimaz) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft athletes foot (terbinafine) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fungi-guard external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
FUNGOID TINCTURE EXTERNAL SOLUTION 2 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp miconazorb af external powder 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp terbinafine hydrochloride external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp tolnaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>jock itch external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>jock itch relief external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ketoconazole cream 2 % external</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 120 ml cada 30 días
KLAYESTA EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 g cada 30 días
LAMISIL AT ATHLETES FOOT EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LAMISIL AT JOCK ITCH EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
LOTRIMIN AF EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
LOTRIMIN AF EXTERNAL POWDER 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
LOTRIMIN AF JOCK ITCH EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
LOTRIMIN ULTRA EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
MEDPURA ANTIFUNGAL EXTERNAL CREAM 2 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>micaderm external cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>miconazole antifungal external cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>miconazole external powder 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>miconazole nitrate external cream 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>miconazole nitrate external solution 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>miconazorb af external powder 2 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MICOTRIN AC EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
MICOTRIN AP EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nivel 1)	DP
MICRO GUARD EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nivel 1)	DP
MYCOZYL AC EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
MYCOZYL AP EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nivel 1)	DP
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 g cada 30 días
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 30 g cada 30 días
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 30 g cada 30 días
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 g cada 30 días
NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 g cada 30 días
<i>odor control foot & sneaker external aerosol powder 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ODOR EATERS ANTIFUNGAL EXTERNAL POWDER 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
ODOR EATERS FOOT/SNEAKER SPRAY EXTERNAL AEROSOL POWDER 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pro-ex antifungal external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc antifungal (tolnaftate) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc clotrimazole external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc tolinaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra antifungal foot care external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra clotrimazole external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra foot care (terbinafine) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra foot care (tolnaftate) external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra jock itch external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra jock itch max st external aerosol powder 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sb anti-fungal external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb clotrimazole foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SECURA ANTIFUNGAL EXTRA THICK EXTERNAL CREAM 2 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>terbinafine hcl external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
TINACTIN EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
TINEACIDE EXTERNAL CREAM 2 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>tm-clotrimazole external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>tolnaftate antifungal external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>tolnaftate antifungal external powder 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>tolnaftate external aerosol powder 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>tolnaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>tolnaftate external powder 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>tolnaftate powder</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
TRIMAZOLE EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
TRIPLE PASTE AF EXTERNAL OINTMENT 2 %	\$0 (Nivel 1)	DP
TRITOLNACIDE C EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
ZEASORB-AF EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nivel 1)	DP
Dermatología, Antipsoriáticos		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA
<i>calcipotriene external cream 0.005 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 120 g cada 30 días
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 120 g cada 30 días
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	PA; QL; 120 ml cada 30 días
CALCITRENE EXTERNAL OINTMENT 0.005 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 120 g cada 30 días
ENSTILAR EXTERNAL FOAM 0.005-0.064 %	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 120 g cada 30 días
<i>tazarotene external cream 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	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-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 g cada 30 días
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 g cada 30 días
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 120 g cada 30 días
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 g cada 30 días
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 ml cada 30 días
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 g cada 30 días
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 g cada 30 días
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 ml cada 30 días

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 g cada 30 días
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 g cada 30 días
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 ml cada 30 días
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 g cada 30 días
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 g cada 30 días
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 g cada 30 días
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 g cada 30 días
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 g cada 30 días
<i>clobetasol propionate external shampoo 0.05 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 236 ml cada 30 días
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 100 ml cada 30 días
CLODAN EXTERNAL SHAMPOO 0.05 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 236 ml cada 30 días
<i>fluocinolone acetonide body external oil 0.01 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 118,28 ml cada 30 días
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 g cada 30 días
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 g cada 30 días
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 g cada 30 días
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 ml cada 30 días
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 118,28 ml cada 30 días
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 120 g cada 30 días
<i>fluocinonide external cream 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 120 g cada 30 días
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 g cada 30 días
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 60 g cada 30 días
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 ml cada 30 días
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 50 g cada 30 días
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 50 g cada 30 días
<i>hydrocortisone external cream 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrocortisone external cream 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>hydrocortisone external ointment 1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 30 g cada 30 días
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 g cada 30 días
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL; 454 g cada 30 días
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	
TRIDERM EXTERNAL CREAM 0.5 %	\$0 (Nivel 2)	QL; 454 g cada 30 días
Dermatología, Escabicidas Y Pediculicidas		
<i>cvs lice killing external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CVS LICE SOLUTION COMBINATION KIT	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eqi lice killing max st external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft lice killing max st external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp lice killing external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp lice treatment external liquid 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense lice killing external liquid 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense lice killing max str external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lice killing external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lice killing shampoo max str external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lice treatment external liquid 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 59 ml cada 30 días
NIX CREME RINSE EXTERNAL LIQUID 1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>permethrin external cream 5 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 60 g cada 30 días
<i>ra lice maximum strength external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra lice solution combination kit 0.5-0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra lice treatment external liquid 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
RID LICE KILLING SHAMPOO EXTERNAL SHAMPOO 0.33-4 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb lice killing max st external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb lice treatment external liquid 1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>stop lice complete treatment combination kit 0.33-4-0.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
Dermatología, Varios Para La Piel Y Membranas Mucosas		
AL12 EXTERNAL LOTION 12 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>aluminum acetate external solution</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
AMLACTIN DAILY EXTERNAL LOTION 12 %	\$0 (Nivel 1)	DP
AMLACTIN DAILY NOURISH EXTERNAL LOTION 12 %	\$0 (Nivel 1)	DP
AMLACTIN ULTRA SMOOTHING EXTERNAL CREAM 15 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ammonium lactate cream 12 % external (otc)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ammonium lactate cream 12 % external (rx)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ammonium lactate lotion 12 % external (otc)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - terapia escalonada B/D - cubierto por Medicare B o D DP - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: 10/06/2025

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ammonium lactate lotion 12 % external (rx)</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>anti-itch external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>anti-itch extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
AQUA GLYCOLIC FACE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
AQUA-CERIN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>arthritis pain relieving external cream 0.075 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ASPERCREME LIDOCAINE EXTERNAL PATCH 4 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>asperflex max st external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ASPERFLEX PAIN RELIEVING EXTERNAL PATCH 4 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>astringent external packet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
AVEENO DAILY MOISTURIZING FACE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
AVEENO INTENSE RELIEF HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
AVEENO POSITIVELY RADIANT EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
AVEENO RESTORATIVE SKIN THERAP EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
AVEENO SKIN RELF MOIST REPAIR EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
BABY ANTI MONKEY BUTT EXTERNAL POWDER 8 %	\$0 (Nivel 1)	DP
BALMBARR HAND & BODY EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
BALMBARR MOISTURIZING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
BALMBARR STRETCH MARK EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
BANOPHEN EXTERNAL CREAM 2-0.1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
BENADRYL EXTRA STRENGTH EXTERNAL CREAM 2-0.1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>benzoin external tincture</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>beta care external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
BETA XMA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
BETADINE EXTERNAL SOLUTION 10 %, 5 %	\$0 (Nivel 1)	DP
BETADINE SURGICAL SCRUB EXTERNAL SOLUTION 7.5 %	\$0 (Nivel 1)	DP
BETASEPT SURGICAL SCRUB EXTERNAL SOLUTION 4 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 g cada 30 días
BLUE-EMU PAIN RELIEF DRY EXTERNAL PATCH 4 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>boro-packs external packet 49-51 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>calamine external lotion 8-8 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>calamine-zinc oxide external lotion , 8-8 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CALMOSEPTINE EXTERNAL OINTMENT 0.44-20.6 %	\$0 (Nivel 1)	DP
CALPROTECT EXTERNAL OINTMENT 0.44-20.6 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>capsaicin external cream 0.025 %, 0.035 %, 0.05 %, 0.075 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>capsaicin hp external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>capsaicin pain relief external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>capsaid es arthritis relief external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CAPZASIN-HP EXTERNAL CREAM 0.1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
CAPZASIN-P EXTERNAL CREAM 0.035 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>capzix external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CERAVE DIABETICS DRY SKIN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
CERAVE MOISTURIZING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
CERAVE SA ROUGH & BUMPY SKIN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
CETAPHIL MOISTURIZING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
CETAPHIL THERAPEUTIC HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>chlorhexidine gluconate external solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CICAPLAST BAUME B5 SOOTH BALM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
CIRCATA EXTERNAL CREAM 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
CLORPACTIN POWDER 2 GM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cocoa butter skin external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>coconut oil beauty external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>collagen external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>collagen premium skin external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
CUTEMOL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs astringent solution external packet</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs capsaicin hp external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs dry skin therapy external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs hydrating skin treatment external lotion 12 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs itch relief extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs lidocaine pain relief external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs lidocaine pain-relieving external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs moisturizing external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs pain relief external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cvs povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs skin treatment external lotion 12 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs zinc oxide external ointment 20 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
D-CERIN EXTERNAL CREAM 33 %	\$0 (Nivel 1)	DP
DERMABASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
DERMACINRX CIRCATRIX EXTERNAL CREAM 0.05 %	\$0 (Nivel 1)	DP
DERMACINRX PENETRAL EXTERNAL CREAM 0.025 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>dermaide aloe external cream 70 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>derma-r external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
DERMELEVE ANTI-ITCH SCALP EXTERNAL SOLUTION 0.2 %	\$0 (Nivel 1)	DP
DERMEND BRUISE FORMULA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
DERMEND FRAGILE SKIN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
DIABETIDERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
DIABETIDERM FOOT REJUVENATING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>diclofenac sodium external solution 1.5 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 300 ml cada 28 días
<i>diphenhydramine-zinc acetate external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
DML FORTE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
DOMEBORO EXTERNAL PACKET	\$0 (Nivel 1)	DP
DYNA-HEX 4 EXTERNAL SOLUTION 4 %	\$0 (Nivel 1)	DP
ELON SKIN REPAIR SYSTEM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
EMOLLIA-CREME EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>endit external ointment 20 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq first aid antiseptic external solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq lidocaine pain relieving external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq therapeutic dry skin external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq therapeutic moisturizing external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eql moisturizing external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eucerin advanced repair external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
EUCERIN ADVANCED REPAIR HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
EUCERIN CALMING DAILY MOIST EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
EUCERIN DAILY HYDRATION EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
EUCERIN PLUS EXTERNAL CREAM 2.5-10 %	\$0 (Nivel 1)	DP
EUCERIN REDNESS RELIEF NIGHT EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
EUCERIN ROUGHNESS RELIEF EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
EUCERIN SKIN CALMING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT 2 %	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 120 g cada 30 días
<i>first aid antiseptic external ointment 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 40 g cada 30 días
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 10 ml cada 30 días
<i>formaldehyde external solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft ammonium lactate external lotion 12 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft anti-itch extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft calamine external lotion 8-8 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft pain relief max strength external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft phenolated calamine external lotion</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp anti-itch external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp calamine external lotion 8-8 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp calamine phenolated external lotion</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp lidocaine pain relief external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp zinc oxide external ointment 20 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
GOLD BOND CREPE CORRECTOR EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
GOLD BOND DIABETICS DRY SKIN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
GOLD BOND ESSENTIALS MENS EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
GOLD BOND HEALING HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
GOLD BOND RADIANCE RENEWAL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
GOLD BOND ULT ROUGH/BUMPY SKIN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
GOLD BOND ULTIMATE HEALING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
GOLD BOND ULTIMATE SOOTHING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
HEALTHWISE PAIN RELIEF EXTERNAL PATCH 4 %	\$0 (Nivel 1)	DP
HIBICLENS EXTERNAL SOLUTION 4 %	\$0 (Nivel 1)	DP
HYDRASYN25 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 1 %, 2.5 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 24 paquetes cada 30 días
<i>itch relief extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
J & J BURN CREAM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
KERADAN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
LAC-HYDRIN FIVE EXTERNAL LOTION 5 %	\$0 (Nivel 1)	DP
LACTINOL HX EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
LIDO KING EXTERNAL PATCH 4 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lidocaine external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lidocaine max st 24 hours external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lidocaine pain relief external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lidocaine pain relief max st external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lidocaine pain relieving external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lidocanna external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
LIDOCARE ARM/NECK/LEG EXTERNAL PATCH 4 %	\$0 (Nivel 1)	DP
LIDOCARE BACK/SHOULDER EXTERNAL PATCH 4 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lidocore external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
LIDOGUARD EXTERNAL PATCH 4 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>lidotrode external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MEDERMA AG FACE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
MEDERMA STRETCH MARKS THERAPY EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
MEDPURA HYDROSEPTINE EXTERNAL OINTMENT 0.44-20.6 %	\$0 (Nivel 1)	DP
MEDPURA ZINC OXIDE EXTERNAL OINTMENT 20 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>meijer calamine external lotion</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>meijer zinc oxide external ointment 20 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 45 g cada 30 días
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 45 g cada 30 días
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 59 ml cada 30 días
<i>moisture barrier external ointment 0.44-20.6 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>moisturizing cream external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
NEUTROGENA HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
NISEKO HYDRATING FACIAL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	QL; 30 g cada 30 días
NIVEA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
NIVEA VISAGE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
NIVEA VISAGE INNER BEAUTY EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
NUTRADERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OKEEFFES WORKING HANDS EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pain relief max str external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pain relief maximum strength external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pain relieving lidocaine external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
PALMERS COCOA BUTTER FORMULA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PALMERS INTENSIVE RELIEF HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PALMERS NIGHT CREAM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PALMERS STRETCH MARKS EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 g cada 30 días
PEN-KERA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PENTRAVAN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PENTRAVAN PLUS EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>phenol liquid , 89 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>pimecrolimus external cream 1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 100 g cada 30 días
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	QL; 7 ml cada 28 días
<i>povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
PRETTY FEET/HANDS EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
PROCTOCORT EXTERNAL CREAM 1 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
PROCTO-MED HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
PROCTOSOL HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0-\$12.65 (Nivel 3)	
<i>qc anti-itch extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc calamine external lotion</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc lidocaine pain relief external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc povidone iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc zinc oxide external ointment 20 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra allergy external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra anti-itch skin protectant external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra antiseptic external solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra lidocaine pain relieving external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra pain relieving external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra zinc oxide external ointment 20 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
RE-LIEVED MAXIMUM STRENGTH EXTERNAL PATCH 4 %	\$0 (Nivel 1)	DP
RESTA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
RISABAL-PH EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SALONPAS PAIN RELIEVING EXTERNAL PATCH 4 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sb povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
SCRUB CARE POVIDONE-IODINE EXTERNAL SOLUTION 10 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>special care external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sure result sr relief external cream 0.025 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	\$0-\$12.65 (Nivel 4)	PA; QL; 100 g cada 30 días
<i>theracare lidocaine max str external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>theracare pain relief external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>therapeutic moisturizing external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
UDDERLY SMOOTH EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
UDDERLY SMOOTH EXTRA CARE 20 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
UDDERLY SMOOTH EXTRA CARE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ultra lido external patch 4 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	\$0-\$12.65 (Nivel 5)	PA; QL; 60 g cada 30 días
VANICREAM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
VELVACHOL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>vitamin e with panthenol external cream</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
WAL-DRYL EXTERNAL CREAM 2-0.1 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>we care zinc oxide external ointment 20 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
WELMATE LIDOCAINE PAIN RELIEV EXTERNAL PATCH 4 %	\$0 (Nivel 1)	DP
XERAC AC EXTERNAL SOLUTION 6.25 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>zinc oxide external ointment 20 %, 25 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF EXTERNAL CREAM 0.033 %	\$0 (Nivel 1)	DP
Óticos		
CLEARCANAL EARWAX SOFTENER OTIC SOLUTION 6.5 %	\$0 (Nivel 1)	DP
CLINERE EARWAX REMOVAL KIT OTIC SOLUTION 6.5 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs ear drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs ear wax removal system otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>cvs earwax removal kit otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
DEBROX OTIC SOLUTION 6.5 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ear drops earwax aid otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

Nombre del medicamento	Cuánto le costará el medicamento (nivel de cobertura)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ear drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ear wax removal drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ear wax removal kit otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ear wax removal system otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>earwax removal kit otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>earwax removal otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>earwax treatment drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq ear wax removal aid otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>eq earwax removal aid otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft earwax removal kit otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ft earwax removal otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp earwax removal drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>gnp earwax removal kit otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense ear wax kit otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>goodsense ear wax removal otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
MURINE EAR OTIC SOLUTION 6.5 %	\$0 (Nivel 1)	DP
MURINE EAR WAX REMOVAL SYSTEM OTIC SOLUTION 6.5 %	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc ear wax removal otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc earwax removal kit otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>qc earwax removal otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra ear drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>ra earwax removal kit otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP
<i>sm ear drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	DP

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - terapia escalonada **B/D** - cubierto por Medicare B o D **DP** - el medicamento no pertenece a la Parte D Última actualización: **10/06/2025**

D. Índice de medicamentos cubiertos

En esta sección, puede encontrar un medicamento al buscarlo por su nombre en orden alfabético. Esto le indicará el número de página donde puede encontrar información adicional sobre la cobertura de su medicamento.

12 hour allergy-d.....	131	acetaminophen infants.....	38	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU	
12 hour decongestant.....	131	acetaminophen-codeine.....	36, 37	LARGE.....	127
12 hour nasal decongestant.....	131	acetazolamide.....	62	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU	
12 hour nasal relief spray.....	131	acetazolamide er.....	62	MEDIUM.....	127
12 hour nasal spray.....	131	acetic acid.....	64, 106, 118	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU	
12 hr mucus relief max.....	131	acetylcysteine.....	127	SMALL.....	127, 128
12hr allergy relief.....	119	acitretin.....	236	AEROCHAMBER PLUS FLOW VU	
1st base.....	64	ACTHIB.....	31	.....	128
24hr allergy relief.....	119	actical.....	187	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS...	128
3 day vaginal.....	105	actidom dmx.....	131	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	
3232a infant formula.....	163	ACTIMMUNE.....	30	CHAMBR.....	128
4-WAY FAST ACTING.....	131	ACTINEL DM.....	131	AEROCHAMBER Z-STAT	
50+ adult eye health.....	187	active fe.....	108	PLUS/LARGE.....	128
600+d3.....	179	activite.....	187	AEROCHAMBER Z-STAT	
7 day vaginal.....	105	ACTIVNUTRIENTS.....	187	PLUS/MEDIUM.....	128
8 hour arthritis pain.....	37	ACTIVNUTRIENTS		AEROCHAMBER Z-STAT	
8 hour pain reliever.....	37	PERFORMANCE.....	187	PLUS/SMALL.....	128
8 hr arthritis pain relief.....	37	ACTIVNUTRIENTS W/O IRON.....	187	AEROCHAMBER2GO ANTI-	
8hr muscle aches & pain relief.....	37	acyclovir.....	53	STATIC.....	128
a thru z advanced.....	187	acyclovir sodium.....	53	AEROVENT PLUS.....	128
a thru z advanced adult.....	187	ADACEL.....	31	AFIRMELLE.....	70
a thru z high potency.....	187	adapalene.....	230	AFLORA.....	187
a thru z select.....	187	adapalene treatment.....	230	AFRIN 12 HOUR.....	132
a thru z select 50+ advanced.....	187	ADDAPRIN.....	34	AFRIN ALLERGY SINUS.....	132
a thru z select 50+ mens.....	187	adefovir dipivoxil.....	53	AFRIN NODRIP CHILDRENS.....	132
a thru z select advanced.....	187	ADEK GUMMIES PLUS ZN.....	187	AFRIN NODRIP EXTRA	
a thru z select ultimate women.....	187	ADEMPAS.....	63	MOISTURE.....	132
a thru z ultimate mens.....	187	ADIPEX-P.....	84	AFRIN NODRIP NIGHT.....	132
a-10000.....	187	ADMELOG.....	76	AFRIN NODRIP ORIGINAL.....	132
a-25.....	187	ADMELOG SOLOSTAR.....	76	AFRIN NODRIP SEVERE	
abacavir sulfate.....	47	ADRENAL C FORMULA.....	187	CONGEST.....	132
abacavir sulfate-lamivudine.....	48	ADRENAL MANAGER.....	187	AFRIN NODRIP SINUS.....	132
abc complete adult.....	187	ADRENALIV.....	187	AFRIN ORIGINAL.....	132
abc complete mens.....	187	adrenoid.....	187	AFRIN SEVERE CONGESTION...	132
abc complete senior 50+.....	187	adult one daily gummies.....	187	AIMOVIG.....	159
abc complete senior mens 50+.....	187	ADVAIR HFA.....	127	aimsco lubricated.....	70
abc complete senior womens 50+.....	187	ADVANCED C PLUS.....	187	AIRAVITE.....	188
abc complete womens.....	187	ADVANCED		AIRBORNE.....	188
ABIGALE.....	82	CALCIUM/D/MAGNESIUM.....	179	AIRBORNE ELDERBERRY.....	188
ABIGALE LO.....	82	advanced eye health.....	187	AIRBORNE GUMMIES.....	188
ABILIFY ASIMTUFII.....	155	ADVANCED MULTI EA.....	187	AIRBORNE KIDS.....	188
ABILIFY MAINTENA.....	155	ADVANTAGE CARE		AIRSUPRA.....	127
abiraterone acetate.....	18	ELECTROLYTE PED.....	178	AKEEGA.....	18
ABIRTEGA.....	18	ADVERA.....	163	AL12.....	238
ABRYSVO.....	31	ADVIL.....	34	ala-cort.....	236
acamprosate calcium.....	161	ADVIL JUNIOR STRENGTH.....	34, 38	ALAVERT.....	119
acarbose.....	78	advin covid-19 antigen test.....	50	ALAVERT D-12 HOUR	
ACCUTANE.....	230	AEROCHAMBER HOLDING		ALLERGY/CONG.....	132
acebutolol hcl.....	60	CHAMBER.....	127	albendazole.....	50
ACERFLEX.....	163	AEROCHAMBER MINI CHAMBER.....	127	albuterol sulfate.....	126
acerola c-500.....	187	AEROCHAMBER MV.....	127	albuterol sulfate hfa.....	126
acetaminophen.....	38	AEROCHAMBER PLS FLOVU		alclometasone dipropionate.....	236
acetaminophen 8 hour.....	38	MTHPIECE.....	127	alcoholado eucaliptino.....	64
acetaminophen childrens.....	38	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU..	127	ALCON TEARS.....	114
acetaminophen er.....	38	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU		ALDURAZYME.....	80
acetaminophen extra strength.....	38	INTERM.....	127	ALECENSA.....	19

<i>alendronate sodium</i>	84	<i>allergy relief cetirizine</i>	119	<i>amoxapine</i>	153
<i>aler-cap</i>	119	<i>allergy relief childrens</i>	119	<i>amoxicillin</i>	56
<i>alertab</i>	119	<i>allergy relief childrens 24-hr</i>	119	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	56
ALFAMINO JUNIOR.....	163	<i>allergy relief d</i>	132	<i>amphetamine-dextroamphet er</i>	158
<i>alfuzosin hcl er</i>	107	<i>allergy relief d12</i>	132	<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>	158
<i>aliskiren fumarate</i>	63	<i>allergy relief d-12</i>	132	<i>amphotericin b</i>	49
ALIVE ADULT PREMIUM.....	188	<i>allergy relief d-24</i>	132	<i>amphotericin b liposome</i>	49
ALIVE CALCIUM BONE SUPPORT.....	188	<i>allergy relief indoor/outdoor</i>	119	<i>ampicillin</i>	56
<i>alive daily energy</i>	188	<i>allergy relief nasal decongest</i>	132	<i>ampicillin sodium</i>	56
ALIVE DIABETIC MULTIVITAMIN.....	188	<i>allergy relief-d</i>	132	<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>	57
ALIVE ENERGY 50+.....	188	<i>allergy/congestion relief</i>	132	<i>anagrelide hcl</i>	108
ALIVE EVERYDAY IMMUNE HEALTH.....	188	ALLI.....	84	<i>anastrozole</i>	18
ALIVE GARDEN GOODNESS.....	188	<i>allopurinol</i>	46	ANBESOL MAXIMUM STRENGTH	229
ALIVE GUMMIES FOR CHILDREN	188	ALMACONE DOUBLE STRENGTH.....	85	<i>anefrin spray</i>	133
ALIVE HAIR, SKIN & NAILS.....	188	ALOE VESTA ANTIFUNGAL.....	233	ANORO ELLIPTA.....	126
ALIVE MAX 6 POTENCY.....	188	<i>alosetron hcl</i>	92	<i>antacid</i>	86
ALIVE MENS 50+.....	188	ALPHA BETIC.....	189	<i>antacid & antigas</i>	85
ALIVE MENS 50+ MULTI GUMMY.....	188	<i>alprazolam</i>	152	<i>antacid & anti-gas max str</i>	85
ALIVE MENS 50+ ULTRA.....	188	ALTACHLORE.....	114	<i>antacid advanced</i>	85
ALIVE MENS COMPLETE MULTI.....	188	ALTADERM.....	64	<i>antacid anti-gas</i>	85
ALIVE MENS GUMMY MULTIVITAMINS.....	188	<i>altarussin</i>	132	<i>antacid anti-gas max strength</i>	85
ALIVE MENS ULTRA.....	188	<i>altarussin dm</i>	132	<i>antacid calcium</i>	86
ALIVE MULTI-VITAMIN.....	188	ALTavera.....	70	<i>antacid calcium rich</i>	86
ALIVE MULTI-VITAMIN CHILDRENS.....	188	<i>altipres</i>	132	<i>antacid extra strength</i>	86
ALIVE ONCE DAILY WOMENS....	188	<i>altipres pediatric</i>	133	<i>antacid fast relief</i>	86
ALIVE ULTRA POTENCY ADULT.....	188	<i>altituss</i>	133	<i>antacid i</i>	86
ALIVE ULTRA POTENCY WOMENS 50+.....	188	<i>altrixa</i>	189	<i>antacid iii</i>	86
ALIVE WOMENS 50+.....	188	<i>altrixa ob</i>	189	<i>antacid liquid</i>	86
ALIVE WOMENS 50+ COMPLETE MV.....	188	<i>alum & mag hydroxide-simeth</i>	85	<i>antacid m</i>	86
ALIVE WOMENS 50+ GUMMY....	188	<i>aluminum acetate</i>	238	<i>antacid maximum strength</i>	86
ALIVE WOMENS ENERGY.....	189	<i>aluminum hydroxide gel</i>	85	<i>antacid regular strength</i>	86
ALIVE WOMENS GUMMY.....	189	<i>aluminum-magnesium-simethicone</i>	85	<i>antacid/antigas</i>	86
<i>all day allergy</i>	119	ALUNBRIG.....	19	<i>antacid/simethicone ds</i>	86
<i>all day allergy childrens</i>	119	ALVAIZ.....	108	<i>anti-allergy</i>	189
<i>all day allergy d</i>	132	ALVESCO.....	131	<i>antibiotic</i>	231
ALLBEE/C.....	189	<i>alyacen 1/35</i>	70	<i>anti-diarrheal</i>	88
<i>all-day allergy childrens</i>	119	<i>alyacen 7/7/7</i>	70	<i>antifungal</i>	233
ALLEGRA ALLERGY.....	119	ALYFTREK.....	128	<i>antifungal (clotrimazole)</i>	233
ALLEGRA HIVES 24HR.....	119	ALYGLO.....	30	<i>antifungal (tolnaftate)</i>	233
<i>aller-chlor</i>	119	ALYQ.....	63	<i>anti-hist allergy</i>	119
<i>allergy</i>	119	<i>amantadine hcl</i>	151	<i>anti-itch</i>	239
<i>allergy (cetirizine)</i>	119	<i>ambrisentan</i>	63	<i>anti-itch extra strength</i>	239
<i>allergy 24hour indoor/outdoor</i>	119	AMETHYST.....	70	<i>antioxidant</i>	189
<i>allergy 24-hr</i>	119	<i>amikacin sulfate</i>	50	<i>anti-oxidant</i>	189
<i>allergy childrens</i>	119	<i>amiloride hcl</i>	62	<i>antioxidant a/c/e/selenium</i>	189
<i>allergy d-12</i>	132	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	62	<i>antioxidant formula</i>	189
<i>allergy eye</i>	112	<i>aminofen</i>	38	<i>antioxidant formula/minerals</i>	189
<i>allergy rel child (loratadine)</i>	119	<i>amiodarone hcl</i>	58	<i>antioxidant vitamins</i>	189
<i>allergy rel d12 (cetirizine)</i>	132	<i>amitriptyline hcl</i>	153	<i>antiseptic skin cleanser</i>	239
<i>allergy relief</i>	119	AMLACTIN DAILY.....	238	<i>apap childrens</i>	38
<i>allergy relief (cetirizine)</i>	119	AMLACTIN DAILY NOURISH.....	238	<i>apap extra strength</i>	38
<i>allergy relief (loratadine)</i>	119	AMLACTIN ULTRA SMOOTHING.....	238	APETIBEX.....	189
<i>allergy relief 24-hr</i>	119	AMLADEx.....	189	APHEN.....	38
		<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>	62	APPE-CURB.....	189
		<i>amlodipine besylate</i>	60	<i>apra</i>	38
		<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	61	<i>aprepitant</i>	91
		<i>amlodipine-olmesartan</i>	61	APRI.....	70
		<i>ammonium lactate</i>	238, 239	APTIOm.....	148
		AMNESTEEM.....	230	APTIVUS.....	47
		AMORYN MOOD BOOSTER.....	189		

AQUA GLYCOLIC FACE.....	239	athletes foot powder spray.....	233	b-6.....	190
AQUA-CERIN.....	239	atomoxetine hcl.....	158	b6 natural.....	190
AQUA-E.....	189	atorvastatin calcium.....	59	BABY ANTI MONKEY BUTT.....	239
aquanaz.....	133	atovaquone.....	50	BABY DDROPS.....	190
AQUASOL A.....	189	atovaquone-proguanil hcl.....	53	baby super daily d3.....	190
aqueous vitamin d.....	189	ATREVIS HYDROGEL.....	65	baby vitamin d3.....	190
AQUORAL.....	229	atropine sulfate.....	114	BABY'S BIG SUPPORT.....	163
ARALAST NP.....	128	ATROVENT HFA.....	118	bacitracin.....	113, 231
ARANELLE.....	70	AUBRA EQ.....	70	bacitracin zinc.....	231
ARBEM H-COSMETIC.....	64	AUGTYRO.....	19	bacitracin zinc-aloe.....	231
ARBEM LIOPEN.....	65	AUROVELA 1/20.....	70	bacitracin-polymyxin b.....	113
ARCALYST.....	31	AUROVELA 24 FE.....	70	bacitra-neomycin-polymyxin-hc.....	113
AREXVY.....	31	AUROVELA FE 1.5/30.....	70	BACITRAYCIN PLUS.....	231
ARGINAID EXTRA.....	163	AUROVELA FE 1/20.....	70	baclofen.....	152
ARIKAYCE.....	50	AUSTEDO.....	159	BACMIN.....	190
aripiprazole.....	155	AUSTEDO XR.....	159	BAFIERTAM.....	152
ARISTADA.....	155	AUSTEDO XR PATIENT		balance b-50.....	190
ARISTADA INITIO.....	155	TITRATION.....	159	balanced b complex.....	190
armodafinil.....	160	AUVELITY.....	153	balanced b-100.....	190
ARNUITY ELLIPTA.....	131	AUXIPRO VANISHING.....	65	balanced b-50/fa.....	190
arthritis pain relief.....	38	AVEDANA GLYCERIN (ADULT).....	95	balanced nutritional drink.....	163
arthritis pain reliever.....	38	AVEENO DAILY MOISTURIZING		balanced nutritional drink pls.....	163
arthritis pain relieving.....	239	FACE.....	239	balanced nutritional shake pls.....	163
artificial tears.....	114	AVEENO INTENSE RELIEF HAND		BALMBARR HAND & BODY.....	239
artificial tears pf.....	114	.....	239	BALMBARR MOISTURIZING.....	239
ascorbic acid.....	189	AVEENO POSITIVELY RADIANT.....	239	BALMBARR STRETCH MARK.....	239
asenapine maleate.....	155	AVEENO RESTORATIVE SKIN		balsalazide disodium.....	94
ASHLYNA.....	70	THERAP.....	239	BALVERSA.....	19, 20
ASPERCREME LIDOCAINE.....	239	AVEENO SKIN RELF MOIST		BALZIVA.....	70
asperflex max st.....	239	REPAIR.....	239	BANOPHEN.....	119, 239
ASPERFLEX PAIN RELIEVING.....	239	AVIANE.....	70	BARACLUDE.....	53
aspirin.....	39	AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK.....	19	BARIATRIC FUSION.....	190
aspirin 81.....	38	AYUNA.....	70	bariatric multivitaminliron.....	190
aspirin adult low dose.....	38	AYVAKIT.....	19	bariatric multivitamins.....	190
aspirin adult low strength.....	38	az cream.....	65	bariatric multivitaminsliron.....	190
aspirin buf(cacarb-mgcarb-mgo).....	38	azacitidine.....	25	BASE PCCA CLARIFYING.....	65
aspirin childrens.....	38	azathioprine.....	31	base w301.....	65
aspirin ec.....	39	azelastine hcl.....	112, 119	basic am.....	190
aspirin ec adult low dose.....	38	azesco.....	189	basic pm.....	190
aspirin ec adult low strength.....	39	azithromycin.....	55	BAYER ADVANCED ASPIRIN	
aspirin ec low dose.....	39	AZO URINARY TRACT DEFENSE.....	50	REG ST.....	39
aspirin ec low strength.....	39	AZOLEN ANTI-FUNGAL WASH.....	233	BAYER ASPIRIN.....	39
aspirin low dose.....	39	AZOLEN TINCTURE.....	233	BAYER ASPIRIN EC LOW DOSE.....	39
aspirin low strength.....	39	aztreonam.....	50	BAYER LOW DOSE.....	39
aspirin regimen.....	39	AZURETTE.....	70	baza antifungal.....	233
aspirin-dipyridamole er.....	112	b complex.....	189	BCAD 1.....	163
ASSURE ID INSULIN SAFETY		b complex formula 1 (w/ fa).....	189	BCAD 2.....	163
SYR.....	76	b complex vitamins.....	189	bcg vaccine.....	32
ASTAGRAF XL.....	31	b complex-b12.....	189	b-compleet-100.....	190
asthma relief.....	128	b complex-c.....	189	b-compleet-50.....	190
astringent.....	239	b complex-c-folic acid.....	189	b-complex.....	190
ATABEX.....	189	b1.....	189	b-complex (folic acid).....	190
ATABEX EC.....	189	b-1.....	189	b-complex balanced.....	190
ATABEX OB.....	189	b1 natural.....	189	b-complex plus b-12.....	190
atazanavir sulfate.....	47	b-100 b-complex.....	189	b-complex/b-12.....	190
atenolol.....	60	b-12.....	190	b-complex/electrolytes.....	190
atenolol-chlorthalidone.....	61	b-12 quick dissolve.....	190	b-complex/vitamin c.....	191
athletes foot.....	233	b-12 slow release.....	190	b-complex-c.....	191
athletes foot (clotrimazole).....	233	b-12 tr.....	190	b-complex-c (w/folic acid).....	191
athletes foot (terbinafine).....	233	b-50 complex.....	190	BENADRYL ALLERGY.....	120

BENADRYL ALLERGY		BIOLYTE	178	BPROTECTED PEDIA IRON	108
CHILDRENS	119	BION TEARS PF	115	BPROTECTED PEDIA POLY-VITE	
BENADRYL ALLERGY EXTRA		BIOTECT PLUS	191	.....	191
STR	120	BIOTENE DRY MOUTH MOIST		BPROTECTED PEDIA POLY-	
BENADRYL ALLERGY		SPRAY	229	VITE/FE	191
ULTRATABS	120	<i>biotin</i>	191	BPROTECTED PEDIA TRI-VITE	192
BENADRYL EXTRA STRENGTH	239	<i>biotin forte</i>	191	BPROTECTED VITAMIN C	192
<i>benazepril hcl</i>	64	<i>biotin maximum strength</i>	191	BRAFTOVI	20
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	62	<i>biotin super potency</i>	191	<i>brain builder kids</i>	192
<i>bendamustine hcl</i>	18	<i>bio-z-cough</i>	133	BRAINSUSTAIN FOR KIDS	164
BENDEKA	18	<i>bisacodyl</i>	95	<i>breathe comfort chamber/adult</i>	128
BENECALORIE	163	<i>bisacodyl ec</i>	95	<i>breathe comfort chamber/child</i>	128
BENLYSTA	31	<i>bisacodyl laxative</i>	95	<i>breathe ease large</i>	128
BENZEPRO	230	<i>bismuth</i>	88	<i>breathe ease medium</i>	128
<i>benzoin</i>	239	<i>bismuth subsalicylate</i>	88	<i>breathe ease small</i>	128
<i>benzonatate</i>	133	<i>bisoprolol fumarate</i>	60	BREATHERITE VALVED MDI	
<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	230	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	61	CHAMBER	128
<i>benzphetamine hcl</i>	84	BIVIGAM	30	BREO ELLIPTA	127
<i>benztropine mesylate</i>	151	BLACK-DRAUGHT LAX-SENNA	95	BREYNA	127
BERINERT	108	<i>bladder 2.2</i>	191	BREZTRI AEROSPHERE	127
BESIVANCE	113	BLISOVI 24 FE	70	<i>brIELlyn</i>	70
BESREMI	26	BLISOVI FE 1.5/30	70	BRIGHT BEGINNINGS	
<i>beta care</i>	239	<i>blood sugar manager</i>	191	PEDIATRIC	164
BETA XMA	239	BLUE-EMU PAIN RELIEF DRY	239	<i>brimonidine tartrate</i>	112
BETADINE	239	<i>body/hair/skin/nails</i>	191	<i>brinzolamide</i>	112
BETADINE SURGICAL SCRUB	239	<i>bone density builder</i>	179	BRIVIACT	148
<i>betaine</i>	80	BONEUP	191	<i>bromocriptine mesylate</i>	151
<i>betamethasone dipropionate</i>	236, 237	BONEUP 3 PER DAY	191	BRONKAID MAX	128
<i>betamethasone dipropionate aug</i>	236	BONEUP VEGETARIAN	191	BRUKINSA	20
<i>betamethasone valerate</i>	237	BONSITY	85	BUCKLEYS CHEST	
BETASEPT SURGICAL SCRUB	239	BOOST	164	CONGESTION	133
BETASERON	152	BOOST BREEZE	163	<i>budesonide</i>	94, 131
<i>betatemp childrens</i>	39	BOOST BREEZE 2-FLAVOR		<i>budesonide er</i>	94
<i>betaxolol hcl</i>	60, 112	PACK	163	<i>budesonide-formoterol fumarate</i>	127
<i>bethanechol chloride</i>	106	BOOST GLUCOSE CONTROL	164	BUFFERIN	39
<i>better b complex</i>	191	BOOST GLUCOSE CTRL MAX		BUFFERIN EXTRA STRENGTH	39
BEVESPI AEROSPHERE	126	PROTEIN	164	<i>bumetanide</i>	62
<i>bexarotene</i>	26, 239	BOOST HIGH PROTEIN	164	<i>buprenorphine</i>	36
BEXSERO	32	BOOST KID ESSENTIALS 1.0 CAL		<i>buprenorphine hcl</i>	161
<i>bicalutamide</i>	18	.....	164	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	161
BICILLIN L-A	57	BOOST KID ESSENTIALS 1.5 CAL		<i>bupropion hcl</i>	153
BIG 100	191	.....	164	<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	161
BIG 100 (BIOTIN)	191	BOOST KID ESSENTIALS		<i>bupropion hcl er (sr)</i>	153
BIKTARVY	48	1.5/FIBER	164	<i>bupropion hcl er (xl)</i>	153
<i>bilberry plus</i>	191	BOOST ORIGINAL	164	BURIED TREASURE ACTIVE 55	
BIMZELX	27	BOOST PLUS	164	PLUS	192
BINAXNOW COVID-19 AG HOME		BOOST VERY HIGH CALORIE	164	<i>buspirone hcl</i>	152
TEST	50	BOOST VHC	164	<i>butenafine hcl</i>	233
BIO-35 GLUTEN-FREE	191	BOOST WOMEN	164	<i>butorphanol tartrate</i>	37
BIO-35 IRON FREE	191	BOOSTNOW IMMUNE SUPPORT	191	<i>c 1000</i>	192
<i>biocal</i>	191	BOOSTRIX	32	<i>c 500</i>	192
<i>biocel</i>	191	<i>boro-packs</i>	239	<i>c 500/rose hips</i>	192
<i>biocof</i>	133	<i>bortezomib</i>	20	<i>c extra strength</i>	192
<i>biocotron</i>	133	<i>bosentan</i>	63	<i>c-1000</i>	192
<i>biodesp dm</i>	133	BOSULIF	20	<i>c-1000/rose hips</i>	192
BIO-D-MULSION	191	<i>bp vit 3</i>	191	<i>c-250</i>	192
BIO-D-MULSION FORTE	191	<i>b-plex</i>	191	<i>c-500</i>	192
<i>bioflex</i>	191	<i>b-plex plus</i>	191	<i>c-500/rose hips</i>	192
BIOLLE GEL TEARS	115	BPROTECTED MULTI-VITE	191	<i>cabergoline</i>	80
BIOLLE TEARS	115	BPROTECTED PEDIA D-VITE	191	CABOMETYX	20

<i>calamine</i>	240	<i>calcium soft chews</i>	181	<i>cefaclor</i>	54
<i>calamine-zinc oxide</i>	240	<i>calcium+d3</i>	181	<i>cefadroxil</i>	54
<i>CALCIDOL</i>	192	<i>calcium-magnesium-zinc</i>	181	<i>cefazolin sodium</i>	54
<i>calcipotriene</i>	236	<i>calcium-magnesium-zinc-d3</i>	181	<i>cefazolin sodium-dextrose</i>	54
<i>calcitonin (salmon)</i>	85	<i>calcium-magnesium-zinc-vit d3</i>	181	<i>cefdinir</i>	54
<i>calcitrate plus d</i>	179	<i>calcium-vitamin d</i>	181	<i>cefepime hcl</i>	54
<i>cal-citrate plus vitamin d</i>	179	<i>calcium-vitamin d3</i>	181	<i>cefixime</i>	54
<i>CALCITRENE</i>	236	<i>CAL-GEST ANTACID</i>	86	<i>cefotetan disodium</i>	54
<i>calcitriol</i>	69	<i>cal-mint</i>	181	<i>cefoxitin sodium</i>	55
<i>calcium</i>	181	<i>CALMOSEPTINE</i>	240	<i>cefpodoxime proxetil</i>	55
<i>calcium + d</i>	179	<i>CALPROTECT</i>	240	<i>cefprozil</i>	55
<i>calcium + d3</i>	179	<i>CALQUENCE</i>	20	<i>ceftazidime</i>	55
<i>calcium + vitamin d3</i>	179	<i>CALTRATE 600+D PLUS</i>		<i>ceftriaxone sodium</i>	55
<i>calcium 1000 + d</i>	179	<i>MINERALS</i>	181	<i>cefuroxime axetil</i>	55
<i>calcium 1200</i>	179	<i>CALTRATE 600+D3</i>	181	<i>cefuroxime sodium</i>	55
<i>calcium 500 + d</i>	179	<i>CALTRATE 600+D3 SOFT</i>	181	<i>CELEBRATE CALCIUM CITRATE</i>	181
<i>calcium 500 + d3</i>	179	<i>CALTRATE BONE HEALTH</i>	181	<i>CELEBRATE CALCIUM PLUS 500</i>	
<i>calcium 500/d</i>	179	<i>CALTRATE BONE HEALTH</i>		.....	181
<i>calcium 500/vitamin d</i>	179	<i>ADVANCED</i>	181	<i>CELEBRATE MULTI-COMPLETE</i>	
<i>calcium 500+d</i>	179	<i>CALTRATE MINIS PLUS</i>		<i>18</i>	192
<i>calcium 500+d high potency</i>	179	<i>MINERALS</i>	181	<i>CELEBRATE MULTI-COMPLETE</i>	
<i>calcium 500+d3</i>	179	<i>CAMILA</i>	70	<i>36</i>	192
<i>calcium 600</i>	179	<i>CAMRESE</i>	70	<i>CELEBRATE MULTI-COMPLETE</i>	
<i>calcium 600 + d</i>	179	<i>CAMRESE LO</i>	70	<i>45</i>	192
<i>calcium 600 +d high potency</i>	179	<i>candesartan cilexetil</i>	58	<i>CELEBRATE MULTI-COMPLETE</i>	
<i>calcium 600/vitamin d</i>	179, 180	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	61	<i>60</i>	192
<i>calcium 600/vitamin d3</i>	180	<i>CAPLYTA</i>	155	<i>celecoxib</i>	34
<i>calcium 600+d</i>	180	<i>CAPRELSA</i>	20	<i>centavite a-z complete-mineral</i>	192
<i>calcium 600+d high potency</i>	180	<i>capsaicin</i>	240	<i>CENTRATEx</i>	108
<i>calcium 600+d3</i>	180	<i>capsaicin hp</i>	240	<i>centravites</i>	193
<i>calcium 600+d3 plus minerals</i>	180	<i>capsaicin pain relief</i>	240	<i>centravites 50 plus</i>	192
<i>calcium antacid</i>	86	<i>capsaid es arthritis relief</i>	240	<i>centravites adults</i>	192
<i>calcium carb-cholecalciferol</i>	180	<i>captopril</i>	64	<i>CENTRUM</i>	193
<i>calcium carbonate</i>	180	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	62	<i>CENTRUM ADULT</i>	193
<i>calcium carbonate antacid</i>	86	<i>CAPZASIN-HP</i>	240	<i>CENTRUM ADULT 50+</i>	
<i>calcium carbonate extra light</i>	180	<i>CAPZASIN-P</i>	240	<i>MULTIGUMMIES</i>	193
<i>calcium carbonate light</i>	180	<i>capzix</i>	240	<i>CENTRUM ADULTS</i>	193
<i>calcium carbonate-vitamin d</i>	180	<i>carbamazepine</i>	148	<i>CENTRUM ADULTS</i>	
<i>calcium citrate</i>	180	<i>carbamazepine er</i>	148	<i>MULTIGUMMIES</i>	193
<i>calcium citrate +</i>	180	<i>carbidopa-levodopa</i>	151	<i>CENTRUM CARDIO</i>	193
<i>calcium citrate + d</i>	180	<i>carbidopa-levodopa er</i>	151	<i>CENTRUM DUAL ACT MULTI+</i>	
<i>calcium citrate + d3</i>	180	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> ...	151	<i>BEAUTY</i>	193
<i>calcium citrate + d3 maximum</i>	180	<i>carboplatin</i>	18	<i>CENTRUM DUAL ACT</i>	
<i>calcium citrate chewy bite</i>	180	<i>carboxymethylcellulose sod pf</i>	115	<i>MULTI+OMEGA-3</i>	193
<i>calcium citrate plus</i>	180	<i>carboxymethylcellulose sodium</i>	115	<i>CENTRUM FLAVOR BURST</i>	193
<i>calcium citrate plus/magnesium</i>	180	<i>cardiopress</i>	192	<i>CENTRUM FLAVOR BURST</i>	
<i>calcium citrate+d3</i>	180	<i>CARESTART COVID-19 HOME</i>		<i>ADULT</i>	193
<i>calcium citrate+d3 petites</i>	180	<i>TEST</i>	50	<i>CENTRUM FLAVOR BURST KIDS</i>	
<i>calcium citrate-mag-minerals</i>	180	<i>carglumic acid</i>	80	.....	193
<i>calcium citrate-vitamin d</i>	180	<i>carisoprodol</i>	152	<i>CENTRUM FRESH/FRUITY 50+</i> ...	193
<i>calcium citrate-vitamin d3</i>	181	<i>CARNATION BREAKFAST</i>		<i>CENTRUM FRESH/FRUITY</i>	
<i>calcium creamies</i>	181	<i>ESSENTIALS</i>	164	<i>ADULT</i>	193
<i>calcium gluconate</i>	181	<i>carteolol hcl</i>	113	<i>CENTRUM KIDS</i>	193
<i>calcium high potency</i>	181	<i>CARTIA XT</i>	60	<i>CENTRUM KIDS MULTIGUMMIES</i>	
<i>calcium high potency/vitamin d</i>	181	<i>carvedilol</i>	60	.....	193
<i>calcium lactate</i>	181	<i>casprofungin acetate</i>	49	<i>CENTRUM MEN</i>	193
<i>calcium magnesium zinc</i>	181	<i>castellani paint</i>	233	<i>CENTRUM MEN 50+</i>	
<i>calcium oyster shell</i>	181	<i>castellani paint modified</i>	233	<i>MULTIGUMMIES</i>	193
<i>calcium plus vitamin d</i>	181	<i>CAYSTON</i>	50		
<i>calcium plus vitamin d3</i>	181	<i>c-chewable</i>	192		

CENTRUM MEN MULTIGUMMIES		<i>cetirizine hcl allergy child</i>	120	CILOXAN.....	113
.....	193	<i>cetirizine hcl childrens</i>	120	CIMDUO.....	48
CENTRUM MENOPAUSE HOT		<i>cetirizine hcl childrens alrgy</i>	120	<i>cinacalcet hcl</i>	80
FLASH.....	193	<i>cetirizine-pseudoephedrine er</i>	133	<i>ciprofloxacin hcl</i>	56, 113
CENTRUM MENOPAUSE		<i>cevimeline hcl</i>	229	<i>ciprofloxacin in d5w</i>	56
MIND/MOOD.....	193	CFPREOP.....	164	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	118
CENTRUM MINIS ADULTS 50+....	193	<i>charcoal activated</i>	80	CIRCATA.....	240
CENTRUM MINIS MEN 50+.....	193	CHATEAL EQ.....	70	<i>cisplatin</i>	18
CENTRUM MINIS WOMEN 50+....	193	<i>chelated magnesium</i>	182	<i>citalopram hydrobromide</i>	153
CENTRUM MINIS WOMEN		<i>chelated zinc</i>	182	CITRACAL +D3.....	195
IMMUNE SUP.....	193	CHEMET.....	69	CITRACAL MAXIMUM.....	182
CENTRUM MULTI + OMEGA 3.....	193	CHEMSTRIP K.....	80	CITRACAL MAXIMUM PLUS.....	182
CENTRUM MULTI+ MENTAL		CHEMSTRIP UGK.....	80	CITRACAL PETITES/VITAMIN D..	182
FOCUS.....	193	<i>chest congestion relief</i>	133	<i>citrus bioflavonoids</i>	65
CENTRUM POSTNATAL		<i>chest congestion relief child</i>	133	<i>citrus calcium/vitamin d</i>	182
GUMMIES.....	194	<i>chest congestion relief dm</i>	133	CLARAVIS.....	230
CENTRUM SILVER.....	194	<i>chicken/peas/carrots</i>	164	<i>clarithromycin</i>	55
CENTRUM SILVER 50+MEN.....	194	<i>chicken/peas/carrots plus</i>	164	<i>clarithromycin er</i>	55
CENTRUM SILVER 50+WOMEN..	194	<i>chicken/peas/carrots plus pedi</i>	164	CLARITIN.....	120
CENTRUM SILVER ADULT 50+...	194	<i>childrens 24 hour allergy</i>	120	CLARITIN ALLERGY CHILDRENS	120
CENTRUM SILVER MEN 50+.....	194	CHILDRENS ADVIL.....	34	CLARITIN CHILDRENS.....	120
CENTRUM SILVER ULTRA		<i>childrens animal shapes</i>	194	CLARITIN REDITABS.....	120
WOMENS.....	194	<i>childrens apap</i>	39	CLARITIN REDITABS JUNIORS...	120
CENTRUM SILVER WOMEN 50+..	194	<i>childrens aspirin</i>	39	CLARITIN-D 12 HOUR.....	133
CENTRUM SPECIALIST HEART..	194	<i>childrens aspirin free</i>	39	CLARITIN-D 24 HOUR.....	133
CENTRUM SPECIALIST IMMUNE	194	<i>childrens chew multivitamin</i>	194	<i>classic neti pot sinus wash</i>	128
CENTRUM SPECIALIST VISION..	194	<i>childrens chewable vitamins</i>	194	<i>classic prenatal</i>	195
CENTRUM ULTRA WOMENS.....	194	<i>childrens gummies</i>	194	CLEAR EYES NATURAL TEARS..	115
CENTRUM VITAMINTS.....	194	<i>childrens ibuprofen</i>	34	CLEARCANAL EARWAX	
CENTRUM WOMEN.....	194	<i>childrens ibuprofen 100</i>	34	SOFTENER.....	245
CENTRUM WOMEN 50+		<i>childrens loratadine</i>	120	CLEARDETECT COVID-19 AG	
MULTIGUMMIES.....	194	CHILDRENS MEDI-PROFEN.....	34	HOME.....	50
CENTRUM WOMEN		CHILDRENS MEDI-TABS.....	39	CLEARLAX.....	95
MULTIGUMMIES.....	194	CHILDRENS MOTRIN.....	34	<i>clemastine fumarate</i>	120
<i>century</i>	194	<i>childrens non-aspirin</i>	39	CLEODERM.....	65
<i>century mature</i>	194	<i>childrens pain reliever</i>	39	CLEVER CHOICE HOLDING	
CENVITE.....	194	<i>chlorhexidine gluconate</i>	229, 240	CHAMBER.....	128
<i>cephalexin</i>	55	<i>chlorhist</i>	120	<i>click espresso protein drink</i>	164
CEQUR SIMPLICITY 2U.....	76	<i>chloroquine phosphate</i>	53	<i>clindamycin hcl</i>	50
CEQUR SIMPLICITY INSERTER....	76	<i>chlorphen</i>	120	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	50
CERALYTE 70.....	178	<i>chlorpheniramine maleate</i>	120	<i>clindamycin phos (once-daily)</i>	230
CERASPORT.....	178	<i>chlorpheniramine maleate er</i>	120	<i>clindamycin phos (twice-daily)</i>	230
CERASPORT EX1.....	178	<i>chlorpromazine hcl</i>	155	<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i>	230
CERAVE DIABETICS DRY SKIN..	240	<i>chlorthalidone</i>	62	<i>clindamycin phosphate</i>	50, 105, 230
CERAVE MOISTURIZING.....	240	CHLOR-TRIMETON ALLERGY.....	120	<i>clindamycin phosphate in d5w</i>	50
CERAVE SA ROUGH & BUMPY		CHOICEFUL MULTIVITAMIN.....	194	<i>clindamycin phosphate in nacl</i>	50
SKIN.....	240	<i>cholase control</i>	194	CLINERE EARWAX REMOVAL	
CERDELGA.....	80	<i>cholecalciferol</i>	194	KIT.....	245
CEREFOLIN.....	194	<i>cholestyramine</i>	59	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)...	186
CEREFOLIN BRAIN WELLNESS..	194	<i>cholestyramine light</i>	59	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)....	186
CEREZYME.....	80	CHOLEXTRA.....	164	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15).....	186
CEROVITE JR.....	194	CHROMAGEN.....	108	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20).....	186
CEROVITE SENIOR.....	194	<i>chromic chloride</i>	186	<i>clanimix/dextrose (6/5)</i>	186
CERTAVITE SENIOR.....	194	CHRYSADERM DAY.....	65	<i>clanimix/dextrose (8/10)</i>	186
CERTAVITE		CHRYSADERM NIGHT.....	65	<i>clanimix/dextrose (8/14)</i>	186
SENIOR/ANTIOXIDANT.....	194	CICAPLAST BAUME B5 SOOTH		CLINISOL SF.....	186
CERTAVITE/ANTIOXIDANTS.....	194	BALM.....	240	CLINITEST RAPID COVID-19	
CETAPHIL MOISTURIZING.....	240	<i>ciclopirox</i>	233	TEST.....	50
CETAPHIL THERAPEUTIC HAND	240	<i>ciclopirox olamine</i>	233	CLINOLIPID.....	186
<i>cetirizine hcl</i>	120	<i>cilostazol</i>	108	<i>clobazam</i>	148

<i>clobetasol propionate</i>	237	COMPACT SPACE CHAMBER.....	128	CRYSSELLE-28.....	70
<i>clobetasol propionate e</i>	237	COMPACT SPACE CHAMBER/LG		CULTURELLE KIDS COMPLETE.	195
CLODAN.....	237	MASK.....	128	CULTURELLE KIDS PROBIOTIC-	
<i>clomipramine hcl</i>	153	COMPACT SPACE		MV.....	195
<i>clonazepam</i>	148	CHAMBER/MED MASK.....	128	CULTURELLE PROBIOTIC MEN	
<i>clonidine</i>	63	COMPACT SPACE CHAMBER/SM		DAILY.....	195
<i>clonidine hcl</i>	63	MASK.....	128	CULTURELLE PROBIOTICS +	
<i>clopidogrel bisulfate</i>	112	<i>companion</i>	195	MULTIV.....	195
<i>clorazepate dipotassium</i>	148	COMPETE.....	195	<i>cupric chloride</i>	186
CLORPACTIN.....	240	COMPLEAT.....	164	<i>curanol</i>	39
<i>clotrimazole</i>	105, 229, 233	COMPLEAT ORGANIC BLENDS..	164	<i>curelief</i>	120
<i>clotrimazole 3</i>	105	COMPLEAT PEDI PEPTIDE 1.5..	164	CUTEMOL.....	240
<i>clotrimazole af</i>	233	COMPLEAT PEDI STANDARD 1.0		<i>cutis plus</i>	65
<i>clotrimazole anti-fungal</i>	233	.....	164	<i>cvs 12 hour nasal decongestant</i>	133
<i>clotrimazole athletes foot</i>	233	COMPLEAT PEDI STANDARD 1.4		<i>cvs 8hr arthritis pain relief</i>	39
<i>clotrimazole-7</i>	105	.....	164	<i>cvs 8hr muscle aches & pain</i>	39
<i>clotrimazole-betamethasone</i>	233	COMPLEAT PEDIATRIC.....	164	<i>cvs acetaminophen</i>	40
<i>clozapine</i>	155	COMPLEAT PEDIATRIC ORG		<i>cvs acetaminophen ex st</i>	40
<i>co q 10</i>	164	BLENDS.....	164	<i>cvs adapalene</i>	230
<i>co q10</i>	164	COMPLEAT PEPTIDE 1.5.....	165	<i>cvs adult 50+ eye health</i>	195
<i>co q-10</i>	164	COMPLEAT STANDARD 1.4.....	165	<i>cvs adult multivitamin</i>	195
COARTEM.....	53	<i>complete allergy medicine</i>	120	CVS AIRSHIELD.....	195
COBENFY.....	156	<i>complete allergy relief</i>	120	CVS AIRSHIELD IMMUNITY	
COBENFY STARTER PACK.....	156	<i>complete multivitamin/mineral</i>	195	SUPPORT.....	195
<i>cocoa butter skin</i>	240	COMPLEX ESSENTIAL MSD.....	165	<i>cvs allerg rel child (lorat)</i>	120
<i>coconut oil beauty</i>	240	COMPRO.....	91	<i>cvs allergy</i>	121
<i>cod liver oil</i>	195	COMTREX DEEP CHEST COLD..	133	<i>cvs allergy & hives relief</i>	121
<i>cod liver oil w/vit a & d</i>	195	CO-NATAL FA.....	195	<i>cvs allergy childrens</i>	121
<i>cod liver oil/low vitamin a</i>	195	condoms.....	70	<i>cvs allergy nasal mist no drip</i>	133
<i>cod liver oil/vitamins a & d</i>	195	<i>constulose</i>	95	<i>cvs allergy relief</i>	121
<i>coditussin ac</i>	133	COPAXONE.....	152	<i>cvs allergy relief adult</i>	121
<i>coditussin dac</i>	133	COPIKTRA.....	20	<i>cvs allergy relief childrens</i>	121
<i>coenzyme q10</i>	164	<i>coq10</i>	165	<i>cvs allergy relief d</i>	133
<i>coenzyme q-10</i>	164	<i>coq-10</i>	165	<i>cvs allergy relief neti pot</i>	128
<i>co-enzyme q10</i>	164	<i>coq10 gummies adult</i>	165	<i>cvs allergy relief(cetirizine)</i>	121
<i>co-enzyme q-10</i>	164	<i>coq10 maximum strength</i>	165	<i>cvs allergy relief-d</i>	133
COLACE.....	95	<i>coral calcium plus</i>	195	<i>cvs allergy relief-d12</i>	133
COLACE 2-IN-1.....	95	CORLANOR.....	63	<i>cvs antacid maximum strength</i>	86
COLACE CLEAR.....	95	CORTICARE B.....	195	<i>cvs antacid plus antigas</i>	86
<i>colchicine</i>	46	CORVITA.....	195	<i>cvs antacid/anti-gas</i>	86
<i>colchicine-probenecid</i>	46	CORVITA 150.....	108	<i>cvs antibiotic</i>	231
<i>cold multi-symptom severe day</i>	120	CORVITE 150.....	108	<i>cvs antibiotic pain/scar</i>	231
<i>colesevelam hcl</i>	59	<i>corvite fe</i>	108	<i>cvs anti-diarrheal</i>	88
<i>colestipol hcl</i>	59	COTELLIC.....	20	<i>cvs antiseptic skin cleanser</i>	240
<i>colistimethate sodium (cba)</i>	50	<i>cough & chest congestion dm</i>	133	<i>cvs arthritis pain relief</i>	40
<i>collagen</i>	240	<i>cough & congestion kids</i>	133	<i>cvs aspirin</i>	40
<i>collagen premium skin</i>	240	<i>cough dm</i>	133	<i>cvs aspirin adult low dose</i>	40
<i>collagen ultra</i>	195	<i>cough dm childrens</i>	133	<i>cvs aspirin adult low strength</i>	40
COMBIGAN.....	113	<i>coughtab</i>	133	<i>cvs aspirin ec</i>	40
COMBIVENT RESPIMAT.....	127	<i>covid-19 at home antigen test</i>	50	<i>cvs aspirin low dose</i>	40
COMETRIQ (100 MG DAILY		<i>covid-19 at-home test</i>	50	<i>cvs aspirin low strength</i>	40
DOSE).....	20	<i>covid-19 otc antigen 1-pack</i>	50	<i>cvs asthma relief</i>	128
COMETRIQ (140 MG DAILY		<i>covid-19 otc antigen 2-pack</i>	50	<i>cvs astringent solution</i>	240
DOSE).....	20	<i>cream base</i>	65	<i>cvs athletes foot</i>	234
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).20		<i>cream concentrate</i>	65	<i>cvs athletes foot (tolnaftate)</i>	234
COMFORT ASSIST INSULIN		CREON.....	92	<i>cvs b complex plus c</i>	195
SYRINGE.....	76	CRESEMBA.....	49	<i>cvs b-1</i>	195
<i>comfort gel</i>	86	CRITIC-AID CLEAR AF.....	233	<i>cvs b12</i>	195
<i>comfort gel antacid & anti-gas</i>	86	<i>cromolyn sodium</i>	92, 112, 128	<i>cvs b-12</i>	195
<i>comfort gel antacid anti-gas</i>	86	CRUSH VITAMIN C DROPS.....	195	<i>cvs b12 gummies</i>	195

cvs b6.....	195	cvs fiber laxative.....	95	cvs neti pot soft tip.....	128
cvs bacitracin.....	231	cvs folic acid.....	196	cvs nicotine.....	161
cvs bacitracin zinc.....	231	cvs foot & sneaker.....	234	cvs nicotine polacrilex.....	161
cvs biotin.....	195	cvs gas relief.....	92	cvs non-aspirin childrens.....	40
cvs biotin high potency.....	195	cvs gas relief extra strength.....	92	cvs non-aspirin extra strength.....	40
cvs butenafine hcl.....	234	cvs gas relief infants.....	92	cvs nutrition liquid.....	165
cvs calcium + d3.....	182	cvs gas relief ultra strength.....	92	cvs nutrition plus.....	165
cvs calcium 600 & vitamin d3.....	182	cvs gauze sterile.....	76	cvs nutrition plus chocolate.....	165
cvs calcium 600 + d/minerals.....	182	cvs gentle laxative.....	96	cvs nutrition plus vanilla.....	165
cvs calcium 600+d.....	182	cvs gentle laxative womens.....	96	cvs nutritional shake.....	165
cvs calcium carbonate.....	182	cvs genuine aspirin.....	40	cvs one daily essential.....	196
cvs calcium citrate+d3.....	182	cvs glycerin adult.....	96	cvs one daily mens 50+ adv.....	196
cvs calcium citrate+d3 petites.....	182	cvs glycerin child.....	96	cvs one daily mens formula.....	196
cvs calcium citrate+d3 w/magne....	182	cvs gummy dinos.....	196	cvs one daily womens 50+ adv.....	196
cvs calcium soft chews.....	182	cvs gummy multivitamin kids.....	196	cvs one daily womens formula.....	196
cvs calcium-magnesium-zinc.....	182	cvs hydrating skin treatment.....	240	cvs oral anesthetic max str.....	229
cvs capsaicin hp.....	240	cvs ibuprofen.....	34	cvs oyster shell calcium-vit d.....	182
cvs chewable c with rose hips.....	195	cvs ibuprofen childrens.....	34	cvs pain & fever childrens.....	40
cvs chewable childrens vitamin.....	196	cvs ibuprofen infants.....	34	cvs pain & fever infants.....	40
cvs childrens allergy.....	121	cvs immune support.....	196	cvs pain relief.....	40, 240
cvs childrens complete.....	196	cvs indoor/outdoor allergy rlf.....	121	cvs pain relief childrens.....	40
cvs childrens ibuprofen.....	34	cvs infants gas relief.....	92	cvs pain relief extra strength.....	40
cvs childs non-aspirin.....	40	cvs infants pain relief drops.....	40	cvs ped electrolyte freeze pop.....	178
cvs c-lax laxative.....	95	cvs iron.....	108	cvs pediatric electrolyte.....	178
cvs clotrimazole.....	234	cvs itch relief.....	234	cvs petroleum jelly.....	65
cvs clotrimazole 3.....	105	cvs itch relief extra strength.....	240	cvs pinworm treatment.....	50
cvs coenzyme q-10.....	165	cvs jock itch.....	234	cvs povidone-iodine.....	241
cvs coq-10.....	165	CVS KETONE CARE.....	80	cvs prenatal.....	196
cvs coq-10 ultra.....	165	cvs laxative pills max st.....	96	cvs prenatal gummy.....	196
cvs cough & chest congestion.....	134	cvs lice killing.....	238	cvs prenatal multi+dha.....	196
cvs cough dm.....	134	CVS LICE SOLUTION.....	238	cvs prenatal multivitamin.....	196
cvs cough dm childrens.....	134	cvs lidocaine pain relief.....	240	CVS PURELAX.....	96
cvs covid-19 at home test kit.....	50	cvs lidocaine pain-relieving.....	240	cvs ringworm.....	234
cvs d3.....	196	cvs lubricant drops.....	115	cvs saline sinus wash refills.....	128
cvs daily fiber.....	95	cvs lubricant drops fast act.....	115	cvs senna.....	96
cvs daily gummies.....	196	cvs lubricant eye drops.....	115	cvs senna plus.....	96
cvs daily gummies adult.....	196	cvs lubricant eye drops (pf).....	115	cvs senna-extra.....	96
cvs daily multiple for men.....	196	cvs magnesium.....	182	cvs severe cough/congest.....	134
cvs daily multiple women 50+.....	196	cvs magnesium oxide.....	182	cvs sinus nasal spray.....	134
cvs daily multiv/mineral mens.....	196	cvs melatonin.....	165	cvs sinus pe decongestant.....	134
cvs daily multivitamin mens.....	196	cvs mens daily gummies.....	196	cvs sinus wash system.....	128
cvs daily multivitamin womens.....	196	cvs menstrual relief.....	40	cvs skin treatment.....	241
cvs dm maximum adult.....	134	cvs miconazole 1 combo pack.....	105	cvs slow release dried iron.....	109
cvs dry eye relief.....	115	cvs miconazole 3 combo pack.....	105	cvs slow release iron.....	109
cvs dry mouth.....	229	cvs miconazole 3 combo-supp.....	105	cvs sod chloride hypertonicity.....	115
cvs dry skin therapy.....	240	cvs miconazole 7.....	105	cvs sodium chloride.....	115
cvs e.....	196	cvs milk of magnesia.....	96	cvs spectravite adult 50+.....	196
cvs ear drops.....	245	cvs mineral oil.....	96	cvs spectravite adults.....	196
cvs ear wax removal system.....	245	cvs mini enema.....	96	cvs spectravite advanced.....	196
cvs earwax removal kit.....	245	cvs mini enema kids.....	96	cvs spectravite men.....	196
cvs electrolyte solution.....	178	cvs moisturizing.....	240	cvs spectravite men 50+.....	196
cvs enema disposable.....	95	cvs mucus dm extended release...	134	cvs spectravite senior.....	196
cvs enema ready-to-use.....	95	cvs mucus extended release.....	134	cvs spectravite ultra men 50+.....	196
cvs epsom salt.....	95	cvs multi-symptoms cold child.....	134	cvs spectravite ultra mens.....	196
cvs ethyl alcohol.....	65	cvs nasal decongestant.....	134	cvs spectravite ultra women.....	197
cvs eye allergy relief.....	112	cvs nasal mist.....	134	cvs spectravite women.....	197
cvs eye health & lutein.....	196	cvs nasal spray.....	134	cvs spectravite women 50+.....	197
cvs eye health adult 50+.....	196	cvs natural daily fiber.....	96	cvs spectravite womens senior.....	197
cvs fever reducing childrens.....	40	cvs natural fiber supplement.....	96	cvs stomach relief.....	88
cvs fiber.....	96	cvs natural tears pf.....	115	cvs stomach relief max st.....	88

<i>cvs stool softener</i>	96	<i>daily multiple vitamins</i>	198	DERMACINRX FOLTAMIN.....	198
<i>cvs stool softener/laxative</i>	96	<i>daily multiple vitamins/min</i>	198	DERMACINRX MULTITAM.....	198
<i>cvs super b complex/c</i>	197	<i>daily multivitamin</i>	198	DERMACINRX PENETRAL.....	241
<i>cvs tussin adult chest congest</i>	134	<i>daily value multivitamin</i>	198	DERMACINRX PRETRATE.....	198
<i>cvs tussin cough</i>	134	<i>daily vitamin/iron</i>	198	DERMACINRX RIBOTIN-E.....	199
<i>cvs tussin dm</i>	134	<i>daily vitamins</i>	198	DERMACINRX ZINTREXYL-C.....	199
<i>cvs tussin dm max st</i>	134	<i>daily vite</i>	198	<i>dermaide aloe</i>	241
<i>cvs tussin maximum strength</i>	134	<i>daily vite multivitamin/iron</i>	198	<i>derma-r</i>	241
<i>cvs tussindm cough/chest adult</i>	134	<i>daily vites</i>	198	DERMAVITE.....	199
<i>cvs vision health</i>	197	<i>daily vites/iron</i>	198	DERMELEVE ANTI-ITCH SCALP.....	241
<i>cvs vitamin a</i>	197	<i>daily-vite</i>	198	DERMEND BRUISE FORMULA.....	241
<i>cvs vitamin b12</i>	197	<i>daily-vite multivitamin</i>	198	DERMEND FRAGILE SKIN.....	241
<i>cvs vitamin b-12</i>	197	<i>dalfampridine er</i>	152	DESCOVY.....	48
<i>cvs vitamin c</i>	197	<i>danazol</i>	69	DESENEX.....	234
<i>cvs vitamin c-rose hips</i>	197	<i>dantrolene sodium</i>	152	DESGEN DM.....	134
<i>cvs vitamin d3</i>	197	DANZITEN.....	20	DESGEN PEDIATRIC.....	135
<i>cvs vitamin e</i>	197	<i>dapagliflozin propanediol</i>	78	<i>desipramine hcl</i>	153
<i>cvs womens active daily</i>	197	<i>dapsone</i>	50	<i>desmopressin ace spray refig</i>	80
<i>cvs womens daily gummies</i>	197	DAPTACEL.....	32	<i>desmopressin acetate</i>	80
<i>cvs womens prenatal+dha</i>	197	<i>daptomycin</i>	51	<i>desmopressin acetate pf</i>	80
<i>cvs zinc gluconate</i>	182	<i>darunavir</i>	47	<i>desmopressin acetate spray</i>	80
<i>cvs zinc oxide</i>	241	<i>dasatinib</i>	20	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	71
<i>cyanocobalamin</i>	197	DASETTA 1/35 (28).....	70	<i>despec dm</i>	135
CYCLINEX-1.....	165	DASETTA 7/7/7.....	70	<i>despec dm-g</i>	135
CYCLINEX-2.....	165	DAURISMO.....	20	<i>despec eda</i>	135
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	152	<i>dayavite</i>	198	<i>destress-iron</i>	199
<i>cyclophosphamide</i>	18	DAYHIST ALLERGY 12 HOUR RELIEF.....	121	<i>desvenlafaxine succinate er</i>	153
<i>cycloserine</i>	48	DAYSEE.....	70	<i>dexamethasone</i>	83
<i>cyclosporine</i>	31	DAYVIGO.....	159	DEXAMETHASONE INTENSOL.....	83
<i>cyclosporine modified</i>	31	D-CERIN.....	241	<i>dexamethasone sod phos (pf)</i>	83
<i>cypheptadine hcl</i>	121	DDROPS.....	198	<i>dexamethasone sod phosphate pf</i>	83
CYRED EQ.....	70	DDROPS BOOSTER.....	198	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	83, 114
CYSTADROPS.....	115	DEBLITANE.....	70	DEXATRAN.....	199
CYSTAGON.....	80	DEBROX.....	245	DEXIFOL.....	199
CYSTARAN.....	115	DECARA.....	198	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	158
CYSTEX URINARY PAIN RELIEF..	50	DECONEX IR.....	134	<i>dextromethorphan hbr</i>	135
<i>cytarabine</i>	25	<i>decongestant</i>	134	<i>dextromethorphan polistirex er</i>	135
<i>d 1000</i>	197	<i>decongestant vapor</i>	134	<i>dextromethorphan-guaifenesin</i>	135
<i>d 10000</i>	197	DECUBI-VITE.....	198	<i>dextrose</i>	186
<i>d 5000</i>	197	<i>deferasirox</i>	69	<i>dextrose in lactated ringers</i>	176
<i>d-1000 extra strength</i>	197	<i>dekas bariatric</i>	198	<i>dextrose-sodium chloride</i>	176
<i>d2000 ultra strength</i>	197	DEKAS PLUS.....	198	<i>dhea</i>	65
<i>d3</i>	197, 198	DEKAS PLUS OCEAN.....	198	DHEA 50.....	65
<i>d3 2000</i>	197	DELSTRIGO.....	48	<i>diabetes health formula</i>	199
<i>d3 5000</i>	197	DELSYM.....	134	<i>diabetic siltussin-dm</i>	135
<i>d3 baby drops</i>	197	DELSYM CGH/CHEST CONG DM CHILD.....	134	DIABETIC TUSSIN ALLERGY.....	121
<i>d3 extra strength</i>	197	DELSYM COUGH CHILDRENS....	134	DIABETIC TUSSIN DM.....	135
<i>d3 high potency</i>	197	DELSYM COUGH/CHEST CONGEST DM.....	134	DIABETIC TUSSIN DM MAX ST... DIABETIC TUSSIN EX.....	135 135
<i>d3 max st</i>	197	<i>delta d3</i>	198	DIABETIDERM.....	241
<i>d3 maximum strength</i>	197	DENG VAXIA.....	32	DIABETIDERM FOOT REJUVENATING.....	241
<i>d3 super strength</i>	198	DENTA 5000 PLUS.....	229	DIABETISOURCE AC.....	165
<i>d3-1000</i>	198	DENTAGEL.....	229	DIACOMIT.....	148
<i>d-3-5</i>	198	DEPLIN MA.....	198	DIALYVITE.....	199
D3-50.....	198	DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	71	DIALYVITE 3000.....	199
<i>d-400</i>	198	DEPO-TESTOSTERONE.....	69	DIALYVITE 5000.....	199
<i>d-5000</i>	198	DERMABASE.....	241	DIALYVITE 800.....	199
<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	107	DERMACINRX CIRCATRIX.....	241	<i>dialyvite 800/ultra d</i>	199
<i>daily betic</i>	198				
<i>daily combo multi vitamins</i>	198				
<i>daily fiber</i>	96				

DIALYVITE 800/ZINC.....	199	<i>docetaxel</i>	27	<i>e 1000</i>	199
DIALYVITE 800-ZINC 15.....	199	DOCIVYX.....	27	E.E.S. 400.....	55
DIALYVITE SUPREME D.....	199	<i>docqlace</i>	96	<i>e200</i>	199
DIALYVITE VITAMIN D 5000.....	199	<i>docusate calcium</i>	96	<i>e-200</i>	199
DIALYVITE/ZINC.....	199	<i>docusate mini</i>	96	<i>e400</i>	199
<i>diamode</i>	88	<i>docusate sodium</i>	96	<i>e-400</i>	199
<i>diarrhea</i>	88	DOCUSOL KIDS.....	96	<i>e-400-clear</i>	199
DIASCREEN 10.....	80	<i>docuzen</i>	96	<i>ear drops</i>	246
DIASCREEN 1B.....	80	<i>dofetilide</i>	58	<i>ear drops earwax aid</i>	245
DIASCREEN 1G.....	80	DOK.....	96	<i>ear wax removal drops</i>	246
DIASCREEN 1K.....	80	DOLISHALE.....	71	<i>ear wax removal kit</i>	246
DIASCREEN 2GK.....	80	DOMBORO.....	241	<i>ear wax removal system</i>	246
DIASCREEN 2GP.....	80	<i>dometuss-dmx</i>	135	<i>earwax removal</i>	246
DIASCREEN 3.....	80	<i>donepezil hcl</i>	152, 153	<i>earwax removal kit</i>	246
DIASCREEN 4NL.....	80	DOPTLET.....	108	<i>earwax treatment drops</i>	246
DIASCREEN 4OBL.....	80	<i>dorzolamide hcl</i>	113	EASIVENT.....	128
DIASCREEN 4PH.....	80	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	113	EASIVENT MASK LARGE.....	128
DIASCREEN 5.....	80	DOTTI.....	82	EASIVENT MASK MEDIUM.....	128
DIASCREEN 6.....	80	<i>double antibiotic</i>	231	EASIVENT MASK SMALL.....	128
DIASCREEN 7.....	80	DOVATO.....	48	EASY-C.....	199
DIASCREEN 8.....	80	<i>doxazosin mesylate</i>	58	EASY-C IMMUNE HEALTH.....	199
DIASCREEN 9.....	80	<i>doxepin hcl</i>	154, 159	<i>easy-lax</i>	97
<i>diascreen liquid urine control</i>	80	<i>doxorubicin hcl</i>	26	<i>easy-lax plus</i>	97
DIATROL.....	199	<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	26	<i>econazole nitrate</i>	234
DIATRUST COVID-19 HOME		DOXY 100.....	57	ECONTRA ONE-STEP.....	84
TEST.....	51	<i>doxycycline hyclate</i>	57	ECOTRIN.....	40
<i>diazepam</i>	148, 160	<i>doxycycline monohydrate</i>	57	ECOTRIN ARTHRTIS PAIN.....	40
DIAZEPAM INTENSOL.....	148	DPP DIPEPTIDE POWER.....	165	ECOTRIN LOW STRENGTH.....	40
<i>diazoxide</i>	69	DQZATE.....	96	<i>ed chlorped jr</i>	121
<i>diclofenac potassium</i>	34	DRISDOL.....	199	<i>ed-a-hist dm</i>	135
<i>diclofenac sodium</i>	34, 114, 241	DRISTAN.....	135	<i>ed-apap</i>	40
<i>diclofenac sodium er</i>	34	DRIZALMA SPRINKLE.....	154	EDURANT.....	47
<i>dicloxacillin sodium</i>	57	<i>dronabinol</i>	91	EDURANT PED.....	47
<i>dicyclomine hcl</i>	91	<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i>	71	<i>efavirenz</i>	47
<i>diethylpropion hcl</i>	84	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	71	<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	48
<i>diethylpropion hcl er</i>	84	<i>droxidopa</i>	63	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	48
DIFFERIN.....	230	<i>drxchoice gas relief</i>	92	<i>effervescent antacid/pain rel</i>	40
DIFICID.....	55	DRY EYE FORMULA.....	199	EGG/PRO.....	165
<i>diflunisal</i>	34	<i>dry eye relief drops</i>	115	ELDERTONIC.....	199
<i>difluprednate</i>	114	<i>dss</i>	96	ELECARE.....	165
<i>digoxin</i>	63	DULCOLAX.....	96, 97	ELECARE DHA/ARA.....	165
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	159	DULCOLAX MILK OF MAGNESIA..	96	ELECARE DHA/ARA INFANT.....	165
DILANTIN.....	148	DULCOLAX PINK LAXATIVE.....	97	ELECARE JR.....	165
<i>diltiazem hcl</i>	60	DULCOLAX PINK STOOL		ELFOLATE.....	199
<i>diltiazem hcl er</i>	60	SOFTENER.....	97	ELFOLATE PLUS.....	199
<i>diltiazem hcl er beads</i>	60	DULCOLAX STOOL SOFTENER.....	97	ELIGARD.....	18
<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	60	DULERA.....	127	ELINEST.....	71
<i>dilt-xr</i>	60	<i>duloxetine hcl</i>	154	ELIQUIS.....	107
<i>diphen</i>	121	DUOCAL.....	165	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	
<i>diphenhist</i>	121	DUPIXENT.....	27	.....	107
<i>diphenhydramine hcl</i>	121	DURABASE.....	65	ELITE-OB.....	199
<i>diphenhydramine hcl childrens</i>	121	DURABASE ADVANCED.....	65	<i>ellume covid-19 home test</i>	51
<i>diphenhydramine-zinc acetate</i>	241	DUREX EXTRA SENSITIVE THIN..	71	ELON SKIN REPAIR SYSTEM.....	241
<i>diphenoxylate-atropine</i>	92	DUREX REALFEEL.....	71	ELURYNG.....	71
<i>dipyridamole</i>	112	DUREX TROPICAL.....	71	EMERGEN-C APPLE CIDER	
<i>disopyramide phosphate</i>	58	<i>dutasteride</i>	107	VINEGAR.....	199
<i>disulfiram</i>	161	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	107	EMERGEN-C ASHWAGANDHA...	199
<i>divalproex sodium</i>	148	D-VI-SOL.....	199	EMERGEN-C ELDERBERRY.....	200
<i>divalproex sodium er</i>	148	<i>d-vite pediatric</i>	199	EMERGEN-C IMMUNE PLUS/VIT	
DML FORTE.....	241	DYNA-HEX 4.....	241	D.....	200

<i>emergen-c immune+</i>	200	ENSURE COMPLETE.....	165	<i>eq arthritis pain</i>	40
EMERGEN-C IMMUNE+		ENSURE COMPLETE SHAKE.....	165	<i>eq artificial tears</i>	115
ELDERBERRY.....	200	ENSURE ENLIVE.....	165	<i>eq aspirin</i>	41
EMERGEN-C KIDZ DAILY		ENSURE HEALTHY MOM.....	166	<i>eq aspirin adult low dose</i>	40
IMMUNE.....	200	ENSURE HIGH CALCIUM.....	166	<i>eq aspirin low dose</i>	41
<i>emergen-c kidz immune+</i>	200	ENSURE HIGH PROTEIN.....	166	<i>eq athletes foot</i>	234
EMERGEN-C TURMERIC &		ENSURE IMMUNE HEALTH.....	166	<i>eq athletes foot (terbinafine)</i>	234
GINGER.....	200	ENSURE MAX PROTEIN.....	166	<i>eq athletes foot (tolnaftate)</i>	234
EMERGEN-C VITAMIN C.....	200	ENSURE MUSCLE HEALTH		<i>eq athletes foot ultra</i>	234
EMGALITY.....	160	REVIGOR.....	166	<i>eq bacitracin zinc</i>	231
EMGALITY (300 MG DOSE).....	159	ENSURE NUTRA SHAKE HI-CAL.....	166	<i>eq calcium 500+d</i>	182
EMOLIVAN.....	65	ENSURE NUTRITION SHAKE.....	166	<i>eq calcium 600+d</i>	182
EMOLLIA-CREME.....	241	ENSURE ORIG THERAPEUTIC		<i>eq calcium 600+d+minerals</i>	182
<i>emollient base</i>	65	NUTRI.....	166	<i>eq calcium citrate+d</i>	182
EMSAM.....	154	ENSURE ORIGINAL.....	166	<i>eq calcium citrate+d3</i>	182
<i>emtricitabine</i>	47	ENSURE ORIGINAL/FIBER.....	166	<i>eq calcium citrate+d3 petites</i>	182
<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	48	ENSURE PLANT-BASED		<i>eq cetirizine hcl</i>	122
<i>emtricitab-rilpivir-tenofov df</i>	48	PROTEIN.....	166	EQ CLEARLAX.....	97
EMTRIVA.....	47	ENSURE PLUS.....	166	<i>eq complete multivit adult 50+</i>	200
EMVERM.....	51	ENSURE PLUS HIGH PROTEIN.....	166	<i>eq complete multivitamin child</i>	200
EMZAHH.....	71	ENSURE PLUS HN.....	166	<i>eq complete multivitamin-adult</i>	200
<i>enalapril maleate</i>	64	ENSURE PLUS WITH FIBER.....	166	<i>eq cough & chest congestion dm</i>	135
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	62	ENSURE PRE-SURGERY.....	166	<i>eq cough childrens</i>	135
ENBREL.....	27	ENSURE SURGERY.....	166	<i>eq cough dm</i>	135
ENBREL MINI.....	27	ENSURE SURGICAL NUTRITION.....	166	<i>eq d3 drops infants/childrens</i>	200
ENBREL SURECLICK.....	27	ENSURE/FIBER.....	166	<i>eq daily fiber</i>	97
ENCALA.....	165	<i>entacapone</i>	151	<i>eq ear wax removal aid</i>	246
ENCARE.....	105	<i>entecavir</i>	53	<i>eq earwax removal aid</i>	246
<i>endit</i>	241	ENTERADE.....	166	<i>eq enema</i>	97
ENDOCET.....	37	ENTERADE IBS-D.....	166	<i>eq eye allergy relief</i>	112
ENDUR-ACIN.....	200	ENTRESTO.....	61	<i>eq fiber therapy</i>	97
ENDUR-C.....	200	ENU COMPLETE NUTRITION		<i>eq first aid antiseptic</i>	241
<i>enema</i>	97	SHAKE.....	166	<i>eq gas relief</i>	92
<i>enema disposable</i>	97	ENU NUTRITIONAL SHAKE.....	166	<i>eq gas relief extra strength</i>	92
<i>enema ready-to-use</i>	97	ENU PRO3 PLUS.....	166	<i>eq gas relief ultra strength</i>	92
ENEMEEZ KIDS.....	97	<i>enulose</i>	97	<i>eq gentle laxative</i>	97
ENEMEEZ MINI.....	97	EO28 SPLASH.....	166	<i>eq ibuprofen</i>	34
ENEMEEZ PLUS.....	97	EPCLUSA.....	53	<i>eq ibuprofen childrens</i>	34
<i>energy b12</i>	200	EPIDIOLEX.....	148	<i>eq ibuprofen junior</i>	34
ENFAMIL ENFALYTE.....	178	<i>epinephrine</i>	129	<i>eq infants gas relief</i>	92
ENFAMIL EXPECTA.....	200	<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	63	<i>eq jock itch</i>	234
ENFAMIL POLY-VI-SOL-IRON.....	200	<i>eplerenone</i>	58	<i>eq laxative</i>	97
ENGERIX-B.....	32	<i>epsom salt</i>	97	<i>eq lidocaine pain relieving</i>	241
ENILLORING.....	71	<i>eq 12 hour mucus relief</i>	135	<i>eq loperamide hcl</i>	89
ENLIVE.....	165	<i>eq 8hr arthritis pain relief</i>	40	<i>eq loratadine</i>	122
<i>enoxaparin sodium</i>	107	<i>eq acetaminophen</i>	40	<i>eq loratadine childrens</i>	122
ENSKYCE.....	71	<i>eq all day allergy relief</i>	121	<i>eq lubricant eye drops</i>	115
ENSTILAR.....	236	<i>eq allerg relief child (cetir)</i>	121	<i>eq miconazole 1</i>	105
ENSURE.....	166	<i>eq allerg relief child (lorat)</i>	121	<i>eq miconazole 3-day combo</i>	105
ENSURE ACTIVE.....	165	<i>eq allergy & congestion relief</i>	135	<i>eq miconazole 7</i>	105
ENSURE ACTIVE HEART		<i>eq allergy childrens</i>	121	<i>eq mineral oil</i>	97
HEALTH.....	165	<i>eq allergy relief</i>	121, 122, 135	EQ MUCUS ER.....	135
ENSURE ACTIVE HIGH PROTEIN		<i>eq allergy relief (cetirizine)</i>	121	<i>eq mucus relief</i>	136
.....	165	<i>eq allergy relief childrens</i>	121	<i>eq mucus relief 12 hour max st</i>	135
ENSURE ACTIVE LIGHT.....	165	EQ ALLERGY RELIEF NASAL		<i>eq mucus relief congest/cough</i>	135
ENSURE BONE HEALTH		DECONG.....	135	<i>eq mucus relief dm</i>	135, 136
REVIGOR.....	165	<i>eq antacid</i>	86	<i>eq multi-symptom cold children</i>	136
ENSURE CLEAR.....	165	<i>eq antacid maximum strength</i>	86	<i>eq multivitamin gummies</i>	200
ENSURE CLINICAL ST REVIGOR.....	165	<i>eq anti-diarrheal</i>	88, 89	<i>eq multivitamins adult gummy</i>	200
ENSURE COMPACT.....	165	<i>eq antifungal</i>	234	<i>eq multivitamins gummy child</i>	200

<i>eq nasal spray</i>	136	<i>eq calcium citrate/vitamin d3</i>	182	<i>eq vapor nasal decongestant</i>	136
<i>eq nasal spray fast acting</i>	136	<i>eq calcium/vitamin d</i>	182	<i>eq vision formula</i>	201
<i>eq natural vegetable laxative</i>	97	<i>eq calcium/vitamin d3</i>	182	<i>eq vitamin b-12</i>	201
<i>eq nicotine</i>	161	<i>eq century</i>	201	<i>eq vitamin b-12 tr</i>	201
<i>eq nicotine polacrilex</i>	161	<i>eq century mature</i>	201	<i>eq vitamin c</i>	201
<i>eq nicotine step 3</i>	161	<i>eq century mature adults 50+</i>	200	<i>eq vitamin c drops</i>	201
<i>eq nutritional shake</i>	166	<i>eq century mature men 50+</i>	200	<i>eq vitamin c gummies</i>	201
<i>eq nutritional shake plus</i>	166	<i>eq century mature women 50+</i>	201	<i>eq vitamin c/rose hips</i>	201
<i>eq one daily mens 50+</i>	200	<i>eq century mens</i>	201	<i>eq vitamin d3</i>	201
<i>eq one daily mens health</i>	200	<i>eq century womens</i>	201	<i>eq vitamin e</i>	201
<i>EQ ONE DAILY WOMENS 50+</i>	200	<i>eq child multivit/minerals</i>	201	<i>equacare jr</i>	166
<i>eq one daily womens health</i>	200	<i>eq childrens allergy</i>	122	<i>EQUALYTE</i>	178
<i>eq pain & fever childrens</i>	41	<i>eq childrens ibuprofen</i>	34	<i>EQUATE</i>	166
<i>eq pain & fever infants</i>	41	<i>EQL CLEARLAX</i>	97	<i>EQUATE PLUS</i>	166
<i>eq pain relief/rapid burst</i>	41	<i>eq coq10</i>	166	<i>ergocalciferol</i>	201
<i>eq pain reliever</i>	41	<i>eq cough dm</i>	136	<i>ergotamine-caffeine</i>	160
<i>eq pain reliever ex st</i>	41	<i>eq dry mouth oral rinse</i>	229	<i>ERIVEDGE</i>	20
<i>eq povidone-iodine</i>	241	<i>eq ethyl alcohol (rubbing)</i>	65	<i>ERLEADA</i>	18
<i>eq restore plus lubricant eye</i>	115	<i>eq fiber laxative</i>	97	<i>erlotinib hcl</i>	20
<i>eq restore tears</i>	115	<i>eq fiber therapy</i>	97	<i>ERRIN</i>	71
<i>eq senna-s</i>	97	<i>eq first aid antibiotic</i>	231	<i>ertapenem sodium</i>	51
<i>eq sinus & congestion max str</i>	136	<i>eq gas gone</i>	92	<i>ery</i>	230
<i>eq sinus 12-hour</i>	136	<i>eq gas relief</i>	92	<i>ERYTHROCIN LACTOBIONATE</i>	56
<i>eq slow-release iron</i>	109	<i>eq gentle laxative</i>	97	<i>erythromycin</i>	56, 113, 230
<i>eq space chamber anti-static</i>	129	<i>eq gummies childrens</i>	201	<i>erythromycin base</i>	56
<i>eq space chamber anti-static l</i>	129	<i>eq ibuprofen</i>	34	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	56
<i>eq space chamber anti-static m</i>	129	<i>eq ibuprofen infants</i>	34	<i>erythromycin lactobionate</i>	56
<i>eq space chamber anti-static s</i>	129	<i>eq iron supplement therapy</i>	109	<i>ERZOFRI</i>	156
<i>eq stomach relief</i>	89	<i>eq laxative</i>	97	<i>escitalopram oxalate</i>	154
<i>eq stool softener</i>	97	<i>eq laxative maximum strength</i>	97	<i>eslicarbazepine acetate</i>	149
<i>eq stool softener extra str</i>	97	<i>eq lice killing max st</i>	238	<i>esomeprazole magnesium</i>	95
<i>eq stool softener/laxative</i>	97	<i>eq menstrual relief max st</i>	41	<i>ESSENTIA</i>	201
<i>eq therapeutic dry skin</i>	241	<i>eq miconazole 3</i>	105	<i>essential balance</i>	201
<i>eq therapeutic moisturizing</i>	241	<i>eq miconazole 7</i>	105	<i>ESSENTIAL CARE JR</i>	167
<i>eq triple antibiotic</i>	231	<i>eq moisturizing</i>	241	<i>ESTARYLLA</i>	71
<i>eq tussin dm max adult</i>	136	<i>eq mucus-dm</i>	136	<i>ESTER-C</i>	201
<i>eq tussin dm max daytime</i>	136	<i>eq nasal decongestant</i>	136	<i>estradiol</i>	82
<i>eq vegetable laxative</i>	97	<i>eq nasal decongestant pe</i>	136	<i>estradiol valerate</i>	82
<i>eq vision formula 50+</i>	200	<i>eq nasal spray 12 hour</i>	136	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	82
<i>eq weight loss shake</i>	166	<i>eq nasal spray fast acting</i>	136	<i>ESTROFACTORS</i>	201
<i>eq acetaminophen</i>	41	<i>eq nasal spray no drip</i>	136	<i>eszopiclone</i>	159
<i>eq acetaminophen childrens</i>	41	<i>eq natural fiber</i>	98	<i>ethambutol hcl</i>	48
<i>eq acetaminophen ex st</i>	41	<i>eq natural zinc</i>	182	<i>ethosuximide</i>	149
<i>eq all day allergy</i>	122	<i>eq one daily adult gummies</i>	201	<i>ethyl alcohol (rubbing)</i>	65
<i>eq all day allergy childrens</i>	122	<i>eq one daily mens</i>	201	<i>etodolac</i>	34, 35
<i>eq allergy</i>	122	<i>eq one daily mens 50+ advance</i>	201	<i>etodolac er</i>	34
<i>eq allergy relief</i>	122	<i>eq one daily mens health</i>	201	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	71
<i>eq allergy/congestion relief</i>	136	<i>eq one daily womens 50+ adv</i>	201	<i>etoposide</i>	27
<i>eq antacid</i>	86	<i>eq prenatal formula</i>	201	<i>etravirine</i>	47
<i>eq anti-diarrheal</i>	89	<i>eq ready-to-use enema</i>	98	<i>eucerin advanced repair</i>	241
<i>eq aspirin ec</i>	41	<i>eq senna laxative</i>	98	<i>EUCERIN ADVANCED REPAIR</i>	
<i>eq aspirin low dose</i>	41	<i>eq senna-s</i>	98	<i>HAND</i>	241
<i>eq athletes foot</i>	234	<i>eq slow release iron</i>	109	<i>EUCERIN CALMING DAILY</i>	
<i>eq athletes foot(terbinafine)</i>	234	<i>eq smooth texture fiber</i>	98	<i>MOIST</i>	241
<i>eq b complex 50</i>	200	<i>eq stomach relief</i>	89	<i>EUCERIN DAILY HYDRATION</i>	241
<i>eq b-12</i>	200	<i>eq stomach relief max st</i>	89	<i>EUCERIN PLUS</i>	241
<i>eq b-6</i>	200	<i>eq stool softener</i>	98	<i>EUCERIN REDNESS RELIEF</i>	
<i>eq bacitracin zinc</i>	231	<i>eq super b complex/vitamin c</i>	201	<i>NIGHT</i>	241
<i>eq biotin</i>	200	<i>eq tussin cough/chest congest</i>	136	<i>EUCERIN ROUGHNESS RELIEF</i>	242
<i>eq calcium citrate/vitamin d</i>	182	<i>eq tussin cough/chest dm max</i>	136	<i>EUCERIN SKIN CALMING</i>	242

EUCRISA.....	242	FEROSUL.....	109	<i>flex base</i>	65
EULEXIN.....	18	<i>ferotinsic</i>	109	FLEXGEN.....	202
EVAC.....	98	FERRALET 90.....	109	FLEXICHAMBER.....	129
EVAC-U-GEN.....	98	<i>ferretts</i>	109	FLINTSTONES + EXTRA IRON....	202
<i>everolimus</i>	20, 31	FERREX 150.....	109	FLINTSTONES COMPLETE.....	202
EVOTAZ.....	49	<i>ferric x-150</i>	109	FLINTSTONES GUMMIES	
EXEL COMFORT POINT PEN		FERRIMIN 150.....	109	COMPLETE.....	202
NEEDLE.....	76	FERRLECIT.....	109	FLINTSTONES GUMMIES-	
<i>exemestane</i>	18	FERROCITE.....	109	IMMUNITY.....	202
EX-LAX MAXIMUM STRENGTH....	98	<i>ferrotabs</i>	109	FLINTSTONES PLUS EXTRA	
EX-LAX ULTRA.....	98	<i>ferrous fumarate</i>	109	IRON.....	202
EXPEDITE.....	167	<i>ferrous gluconate</i>	109	FLINTSTONES/MY FIRST.....	202
<i>eye allergy relief</i>	112	<i>ferrous sulfate</i>	109	FLINTSTONES-IMMUNITY	
<i>eye health</i>	201	<i>ferrous sulfate er</i>	109	SUPPORT.....	202
<i>eye health + lutein</i>	201	<i>ferumoxytol</i>	109	FLORIVA PLUS.....	202
<i>eye health areds 2</i>	201	<i>fesoterodine fumarate er</i>	104	FLORRAXYL.....	202
<i>eye multivitamin/sodium</i>	201	FETZIMA.....	154	FLOTREX.....	202
EYE VITAMINS.....	201	FETZIMA TITRATION.....	154	FLOWFLEX COVID-19 AG HOME	
EYES ALIVE.....	115	FEVERALL CHILDRENS.....	41	TEST.....	51
EYE-VITES.....	201	FEVERALL INFANTS.....	41	<i>fluconazole</i>	49
EYSUVIS.....	115	FEVERALL JUNIOR STRENGTH... 41		<i>fluconazole in sodium chloride</i>	49
<i>ezetimibe</i>	59	<i>fe-vite iron</i>	109	<i>flucytosine</i>	49
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	59	<i>fexofenadine hcl</i>	122	<i>fludrocortisone acetate</i>	83
FABRAZYME.....	80	FIASP.....	76	<i>flunisolide</i>	131
<i>fagron ls plus</i>	65	FIASP FLEXTOUCH.....	76	<i>fluocinolone acetonide</i>	118, 237
<i>fagron natural</i>	65	FIASP PENFILL.....	76	<i>fluocinolone acetonide body</i>	237
<i>fagron supreme</i>	65	FIASP PUMPCART.....	76	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	237
FALMINA.....	71	<i>fiber</i>	98	<i>fluocinonide</i>	237
<i>famciclovir</i>	53	FIBER FLOW.....	167	<i>fluocinonide emulsified base</i>	237
<i>famotidine</i>	85	<i>fiber laxative</i>	98	FLUORIDEX DAILY RENEWAL....	229
<i>famotidine (pf)</i>	85	<i>fiber laxative + calcium</i>	98	<i>fluorometholone</i>	114
<i>famotidine premixed</i>	85	FIBERCON.....	98	<i>fluorouracil</i>	25, 242
FANAPT.....	156	<i>fiber-lax</i>	98	<i>fluoxetine hcl</i>	154
FANAPT TITRATION PACK A.....	156	FIBERSOURCE HN.....	167	<i>fluphenazine decanoate</i>	156
FANAPT TITRATION PACK B.....	156	<i>fidaxomicin</i>	56	<i>fluphenazine hcl</i>	156
FANAPT TITRATION PACK C.....	156	<i>finasteride</i>	107	<i>flurbiprofen</i>	35
FANTASY LUBRICATED.....	71	FINAZOL.....	202	<i>flurbiprofen sodium</i>	114
FANTASY		FINEST NUTRITION VITAMIN B-		<i>fluticasone propionate</i>	131, 237
LUBRICATED/SPERMICIDE.....	71	12.....	202	<i>fluticasone-salmeterol</i>	127
FARXIGA.....	78	<i>finest nutrition vitamin d3</i>	202	<i>fluvoxamine maleate</i>	152
FASENRA.....	129	<i>ingolimod hcl</i>	152	<i>folagent dha</i>	202
FASENRA PEN.....	129	FINTEPLA.....	149	<i>folamax</i>	202
<i>fastep covid-19 antigen test</i>	51	FINZALA.....	71	<i>folamed dha</i>	202
<i>fa-vitamin b-6-vitamin b-12</i>	201	FIRMAGON.....	19	<i>folaprim</i>	202
FC2 FEMALE CONDOM.....	71	FIRMAGON (240 MG DOSE).....	19	<i>folate</i>	202
FEIRZA 1.5/30.....	71	<i>first aid antibiotic</i>	231	<i>folatexcel</i>	202
FEIRZA 1/20.....	71	<i>first aid antiseptic</i>	242	<i>folawise</i>	202
<i>felbamate</i>	149	FITALITE.....	65	<i>folbee</i>	202
<i>felodipine er</i>	60	FITNESS TABS FOR MEN AM/PM		<i>folbee plus</i>	202
<i>fem-cal citrate</i>	183	.....	202	FOLBIC.....	202
FEMQUIL.....	201	FITNESS TABS FOR WOMEN		FOLCYTEINE.....	202
<i>fenofibrate</i>	59	AM/PM.....	202	<i>folding paddle walker</i>	161
<i>fenofibrate micronized</i>	59	FLAC.....	118	<i>folic acid</i>	202
<i>fentanyl</i>	36	<i>flavor plus</i>	65	FOLIFLEX.....	202
FEOSOL.....	109	FLEBOGAMMA DIF.....	30	<i>folika-bc</i>	202
FERAHEME.....	109	<i>flecainide acetate</i>	58	FOLITAB 500.....	110
FERATE.....	109	FLEET ENEMA.....	98	<i>folite</i>	203
FERGON.....	109	FLEET LAXATIVE MINERAL OIL....	98	FOLITIN-Z.....	203
FER-IN-SOL.....	109	FLEET STIMULANT.....	98	FOLIVANE-F.....	110
FERIVA 21/7 (WITH DOCUSATE) 109		FLEET STOOL SOFTENER.....	98	FOLIVANE-PLUS.....	110

FOLIXAPURE.....	203	ft b-complex plus vitamin c.....	203	ft miconazole 7.....	105
FOLIXATE.....	203	ft biotin.....	203	ft milk of magnesia.....	98
folplex 2.2.....	203	ft calamine.....	242	ft mineral oil.....	98
FOLTABS 800.....	203	ft calcium.....	183	ft mucus relief 12hr.....	136
FOLTANX.....	203	ft calcium + vitamin d3.....	183	ft mucus relief 12hr max str.....	136
FOLTREXYL.....	203	ft calcium 600+vit d3/minerals.....	183	ft mucus relief dm.....	136
foltrin.....	110	ft calcium citrate +vitamin d3.....	183	ft nasal decongestant max str.....	137
fondaparinux sodium.....	107	FT CALCIUM CITRATE/VIT D3.....	183	ft nasal decongestant pe.....	137
formaldehyde.....	242	ft calcium citrate+d3 petites.....	183	ft nasal spray.....	137
FORTA DRINK.....	167	FT CALCIUM/VITAMIN D3.....	183	ft nicotine.....	161, 162
FORTA SHAKE.....	167	FT CALCIUM+D3.....	183	ft nicotine mini.....	161
fosamprenavir calcium.....	47	ft calcium-magnesium-zinc-d3.....	183	ft one daily mens.....	203
fosfomycin tromethamine.....	51	ft century 50+.....	203	ft one daily mens 50+.....	203
fosinopril sodium.....	64	ft century adults.....	203	ft one daily womens.....	203
fosinopril sodium-hctz.....	62	ft century men.....	203	ft one daily womens 50+.....	203
FOTIVDA.....	20	ft century men 50+.....	203	ft pain & fever childrens.....	41
fraiche 5000 dental.....	229	ft century women.....	203	ft pain & fever infants.....	41
freedavite.....	203	ft century women 50+.....	203	ft pain relief.....	35, 41
freedom adaptaderm.....	65	ft childrens multi.....	203	ft pain relief adult extra st.....	41
freedom derma serum.....	65	ft childrens multi plus immune.....	203	ft pain relief extra strength.....	41
FREEDOM DERMA-D.....	65	ft children's pain/fever.....	41	ft pain relief max strength.....	242
FREEDOM DERMA-N.....	65	ft clearlax.....	98	ft pain reliever adults.....	41
FRINDOVYX.....	18	ft clotrimazole.....	105	ft pain reliever children.....	41
fruit c.....	203	ft clotrimazole 3.....	105	ft pain reliever ex str adult.....	42
fruit c 500.....	203	ft co q-10.....	167	ft phenolated calamine.....	242
fruity c.....	203	ft co q-10 rapid release.....	167	ft povidone-iodine.....	242
fruity chews.....	203	ft double antibiotic.....	231	ft prenatal.....	203
fruity chews/iron.....	203	ft earwax removal.....	246	ft rapid release pain relief.....	42
FRUZAQLA.....	20	ft earwax removal kit.....	246	ft senna laxative.....	98
ft 12 hour cough relief.....	136	ft electrolyte.....	178	ft senna laxatives.....	98
ft 7 day vaginal.....	105	ft enema.....	98	ft senna-s.....	98
ft 8 hour pain relief.....	41	ft enteric coated aspirin.....	41	ft stomach relief.....	89
ft adult multi gummies.....	203	ft epsom salt.....	98	ft stool softener.....	98
ft all day allergy.....	122	ft ethyl rubbing alcohol.....	65	ft triple antibiotic.....	231
ft all day allergy 24 hour.....	122	ft eye health.....	203	ft triple antibiotic + pain.....	231
ft all day allergy childrens.....	122	ft fiber.....	98	ft tussin adult.....	137
ft all day allergy relief.....	122	ft fiber laxative.....	98	ft tussin cf adult.....	137
ft all day allergy-d.....	136	ft fiber supplement.....	98	ft tussin dm.....	137
ft allergy childrens.....	122	ft folic acid.....	203	ft tussin dm adult.....	137
ft allergy d-12 hour.....	136	ft gas relief.....	92	ft tussin dm max adult.....	137
ft allergy relief.....	122	ft gas relief extra strength.....	92	ft vapor inhaler.....	137
ft allergy relief 12 hour.....	122	ft gas relief infants.....	92	ft vitamin a.....	203
ft allergy relief 24 hour.....	122	ft gas relief ultra strength.....	92	ft vitamin b-1.....	203
ft allergy relief cetirizine.....	122	ft gentle laxative.....	98	ft vitamin b-12.....	204
ft allergy relief childrens.....	122	ft hair skin & nails extra str.....	203	ft vitamin b-12 extra strength.....	204
ft allergy relief loratadine.....	122	ft ibuprofen.....	35	ft vitamin b-12 pr.....	204
ft allergy relief-d.....	136	ft ibuprofen childrens.....	35	ft vitamin b-6.....	204
ft ammonium lactate.....	242	ft ibuprofen ib childrens.....	35	ft vitamin c.....	204
ft antacid & antigas.....	86	ft ibuprofen infants.....	35	ft vitamin c/rose hips.....	204
ft antacid regular strength.....	87	ft immune support.....	203	ft vitamin d3.....	204
ft antibiotic.....	231	ft iron.....	110	ft vitamin d3 rapid release.....	204
ft anti-diarrheal.....	89	ft iron slow release.....	110	ft vitamin e.....	204
ft antifungal.....	234	ft laxative.....	98	ft zinc chelated.....	183
ft anti-itch extra strength.....	242	ft lice killing max st.....	238	full spectrum b/vitamin c.....	204
ft antiseptic skin cleanser.....	242	ft lubricant eye drops.....	115	FULPHILA.....	108
ft arthritis pain reliever.....	41	ft magnesium.....	183	fulvestrant.....	19
ft aspirin.....	41	ft magnesium oxide.....	183	fungi-guard.....	234
ft aspirin low dose.....	41	ft melatonin.....	167	FUNGOID TINCTURE.....	234
ft athletes foot (clotrimaz).....	234	ft miconazole 3 comb pack-supp...	105	furosemide.....	62
ft athletes foot (terbinafine).....	234	ft miconazole 3 combo pack.....	105	FUSION.....	110

FUSION PLUS.....	110	<i>genuine aspirin</i>	42	GLUCERNA WEIGHT LOSS	
FYAVOLV.....	82	GENVOYA.....	49	SHAKE.....	167
FYCOMPA.....	149	<i>geri-dryl</i>	122	GLUCO TO GO 15.....	69
<i>g tussin ac</i>	137	<i>geri-freeda senior formula</i>	204	<i>glucose</i>	69
GA.....	167	<i>geri-kot</i>	99	<i>glutamine</i>	167
GA-1 ANAMIX EARLY YEARS.....	167	<i>geri-lanta</i>	87	GLUTAREX-1.....	167
<i>gabapentin</i>	149, 160	<i>geri-lanta maximum strength</i>	87	GLUTAREX-2.....	167
<i>galantamine hydrobromide</i>	153	<i>geri-mox</i>	87	GLUTOSE 15.....	69
<i>galantamine hydrobromide er</i>	153	<i>geri-mox maximum strength</i>	87	GLUTOSE 45.....	69
GALBRIELA.....	71	<i>geri-mucil</i>	99	GLUTOSE 5.....	69
GALLIFREY.....	84	GERITOL COMPLETE.....	204	<i>glycerin (adult)</i>	99
GAMASTAN.....	30	<i>geri-tussin</i>	137	<i>glycerin (child)</i>	99
GAMMAGARD.....	30	<i>geri-tussin dm</i>	137	<i>glycerin (infants & children)</i>	99
GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	30	<i>gerivite complete</i>	204	<i>glycerin (pediatric)</i>	99
GAMMAKED.....	30	GILOTRIF.....	20	<i>glycerin adult</i>	99
GAMMAPLEX.....	30	GILTUSS COUGH & CHEST.....	137	<i>glycerin childrens</i>	99
GAMUNEX-C.....	30	GILTUSS COUGH & CHEST		GLYCOLAX.....	99
<i>ganciclovir sodium</i>	53	CHILDREN.....	137	<i>glycopyrrolate</i>	91
GARDASIL 9.....	32	GILTUSS COUGH & COLD.....	137	GLYCOTROL.....	204
<i>gas relief</i>	92	GILTUSS COUGH & COLD		GLYCOTROL COMPLETE.....	204
<i>gas relief extra strength</i>	92	CHILDRENS.....	137	GLYDO.....	231
<i>gas relief infants</i>	92	GILTUSS DIABETIC COUGH &		GLYTACTIN BETTERMILK.....	167
<i>gas relief ultra strength</i>	92	COLD.....	137	GLYTACTIN RESTORE 10.....	167
GAS-X EXTRA STRENGTH.....	92	GILTUSS EX EXPECTORANT		GLYTACTIN RESTORE LITE 10...	167
GAS-X INFANT DROPS.....	93	CHILD.....	137	GLYTACTIN RTD 10.....	167
GAS-X MAXIMUM STRENGTH.....	93	GILTUSS EX MAXIMUM		GLYTACTIN RTD 15.....	167
GAS-X ULTRA STRENGTH.....	93	STRENGTH.....	137	GLYTACTIN RTD LITE 15.....	167
<i>gatifloxacin</i>	113	GILTUSS HONEY CGH/CHEST		GLYTROL PREBIO1.....	167
GATTEX.....	93	CONGES.....	137	GLYXAMBI.....	78
<i>gavilax</i>	99	GILTUSS HONEY CGH/CHST		<i>gnp 8 hour arthritis relief</i>	42
GAVILYTE-C.....	99	CHILD.....	137	<i>gnp 8 hour pain relief</i>	42
GAVILYTE-G.....	99	GILTUSS SEVERE SINUS.....	137	<i>gnp 8 hour pain reliever</i>	42
GAVILYTE-N WITH FLAVOR		GILTUSS SINUS & CONGESTION		<i>gnp acetaminophen</i>	42
PACK.....	99	.....	137	<i>gnp adapalene</i>	230
GAVRETO.....	20	<i>glatiramer acetate</i>	152	<i>gnp adult aspirin low strength</i>	42
<i>gcon dmx</i>	137	GLATOPA.....	152	<i>gnp adult mini</i>	204
<i>gcon ir</i>	137	GLEOSTINE.....	18	<i>gnp alcohol denatured</i>	65
<i>gefitinib</i>	20	<i>glimepiride</i>	78	<i>gnp all day allergy</i>	122
GELATEIN MCT.....	167	<i>glipizide</i>	78	<i>gnp all day allergy childrens</i>	122
GELUSIL.....	87	<i>glipizide er</i>	78	<i>gnp all day allergy-d</i>	138
<i>gemcitabine hcl</i>	26	<i>glipizide-metformin hcl</i>	78	<i>gnp allergy</i>	122
<i>gemfibrozil</i>	59	<i>global alcohol prep ease</i>	76	<i>gnp allergy & congestion</i>	138
GEMTESA.....	104	GLUCERNA.....	167	<i>gnp allergy relief</i>	122
GENABIO COVID-19 RAPID TEST.....	51	GLUCERNA 1.0 CAL.....	167	<i>gnp allergy relief 24 hr</i>	122
<i>genadek step 1</i>	204	GLUCERNA 1.0		<i>gnp allergy relief max st</i>	122
<i>genadek step 2</i>	204	CAL/CARBSTEADY.....	167	<i>gnp allergy/congestion relief</i>	138
<i>generlac</i>	99	GLUCERNA 1.0 CAL/FIBER.....	167	<i>gnp antacid</i>	87
GENGRAF.....	31	GLUCERNA 1.2 CAL.....	167	<i>gnp antacid & anti-gas</i>	87
GENOTROPIN.....	81	GLUCERNA 1.5 CAL.....	167	<i>gnp antacid regular strength</i>	87
GENOTROPIN MINISQUICK.....	81	GLUCERNA 1.5		<i>gnp antibacterial urinary pain</i>	51
<i>gentamicin in saline</i>	51	CAL/CARBSTEADY.....	167	<i>gnp anti-diarrheal</i>	89
<i>gentamicin sulfate</i>	51, 114, 231	GLUCERNA ADVANCE SHAKE...	167	<i>gnp anti-gas</i>	93
GENTEAL SEVERE.....	115	GLUCERNA CARBSTEADY.....	167	<i>gnp anti-itch</i>	242
GENTEAL TEARS.....	116	GLUCERNA HUNGER SMART		<i>gnp antiseptic skin cleanser</i>	242
GENTEAL TEARS MODERATE PF		SHAKE.....	167	<i>gnp artificial tears</i>	116
.....	115	GLUCERNA OS.....	167	<i>gnp aspirin</i>	42
GENTEAL TEARS PF.....	116	GLUCERNA SELECT.....	167	<i>gnp aspirin low dose</i>	42
GENTEAL TEARS SEVERE		GLUCERNA SHAKE.....	167	<i>gnp athletes foot</i>	234
DAY/NIGHT.....	116	GLUCERNA SNACK SHAKE.....	167	<i>gnp b-12</i>	204
<i>gentle laxative</i>	99			<i>gnp bacitracin zinc</i>	232

gnp biotin.....	204	gnp lice treatment.....	238	gnp triple antibiotic.....	232
gnp cal mag zinc +d3.....	183	gnp lidocaine pain relief.....	242	gnp triple antibiotic plus.....	232
gnp calamine.....	242	gnp little ones childrens.....	205	gnp tussin adult.....	138
gnp calamine phenolated.....	242	gnp loperamide hcl.....	89	gnp tussin cf cough & cold.....	138
gnp calcium.....	183	gnp loratadine.....	123	gnp tussin dm.....	138
gnp calcium 500 +d3.....	183	gnp loratadine childrens.....	123	gnp tussin dm max.....	138
gnp calcium 600 +d.....	183	gnp loratadine-d 12hr.....	138	gnp vitamin a.....	205
gnp calcium 600 +d/minerals.....	183	gnp lubricant eye drops (pf).....	116	gnp vitamin b-1.....	205
gnp calcium 600 +d3.....	183	gnp magnesium oxide.....	87, 183	gnp vitamin b-12.....	205
gnp calcium citrate +d3.....	183	gnp mega multi for men.....	205	gnp vitamin b-6.....	205
gnp calcium citrate+d3 petites.....	183	gnp mega multi for women.....	205	gnp vitamin c.....	205
gnp century adult.....	204	gnp melatonin.....	168	gnp vitamin c drops.....	205
gnp century adult formula.....	204	gnp melatonin maximum strength..	168	gnp vitamin c w/rose hips.....	205
gnp century adults men.....	204	gnp miconazole 1.....	105	gnp vitamin c/rose hips.....	205
gnp century adults women.....	204	gnp miconazole 3.....	105	gnp vitamin d.....	205
gnp century mature adults 50+.....	204	gnp miconazole 7.....	105	gnp vitamin d maximum strength...	205
gnp century mature men's 50+.....	204	gnp miconazorb af.....	234	gnp vitamin d super strength.....	205
gnp century mature women's 50+..	204	gnp milk of magnesia.....	99	gnp vitamin d3.....	206
gnp childrens allergy.....	122	gnp mineral oil.....	99	gnp vitamin d3 extra strength.....	205
gnp childrens chewables/ex c.....	204	gnp mucus dm.....	138	gnp vitamin d-400.....	206
gnp childrens chewables/iron.....	204	gnp mucus er.....	138	gnp vitamin e.....	206
gnp childrens ibuprofen.....	35	gnp multi childrens.....	205	gnp vitamin health b12.....	206
gnp children's pain & fever.....	42	gnp nasal decongestant.....	138	gnp womens gentle laxative.....	99
gnp childrens/extra c.....	204	gnp nasal decongestant pe.....	138	gnp zinc chelated.....	183
GNP CLEARLAX.....	99	gnp nasal four spray.....	138	gnp zinc oxide.....	242
gnp clotrimazole 3.....	105	gnp nasal spray.....	138	GOLD BOND CREPE	
gnp co q10.....	168	gnp nasal spray fast acting.....	138	CORRECTOR.....	242
gnp co q-10.....	167	gnp natural fiber.....	99	GOLD BOND DIABETICS DRY	
gnp cough dm er.....	138	gnp nicotine.....	162	SKIN.....	242
gnp cough relief childrens.....	138	gnp nicotine mini.....	162	GOLD BOND ESSENTIALS MENS	
gnp d 1000.....	204	gnp nicotine polacrilex.....	162	.....	242
gnp d3.....	205	gnp no drip nasal spray.....	138	GOLD BOND HEALING HAND.....	242
gnp earwax removal drops.....	246	gnp one daily maximum.....	205	GOLD BOND RADIANCE	
gnp earwax removal kit.....	246	gnp one daily mens health 50+.....	205	RENEWAL.....	242
gnp electrolyte solution.....	178	gnp one daily mens/lycopene.....	205	GOLD BOND ULT	
gnp epsom salt.....	99	gnp one daily womens.....	205	ROUGH/BUMPY SKIN.....	242
gnp essential one daily.....	205	gnp one daily womens 50+.....	205	GOLD BOND ULTIMATE	
gnp ethyl rubbing alcohol.....	65	gnp pain & fever childrens.....	42	HEALING.....	242
gnp eye drops.....	116	gnp pain & fever infants.....	42	GOLD BOND ULTIMATE	
gnp eye drops long lasting.....	116	gnp pain relief.....	42	SOOTHING.....	242
gnp fexofenadine hcl.....	123	gnp pain relief extra strength.....	42	GOMEKLI.....	20, 21
gnp fiber.....	99	gnp pain relief nighttime.....	162	goodsense advanced antacid.....	87
gnp fiber-caps.....	99	gnp petroleum jelly.....	65	goodsense all day allergy.....	123
gnp folic acid.....	205	gnp pink bismuth.....	89	goodsense all day allergy-d.....	138
gnp gas relief.....	93	gnp pink bismuth ultra str.....	89	goodsense aller-ease.....	123
gnp gas relief extra strength.....	93	gnp povidone-iodine.....	242	goodsense allergy relief.....	123
gnp gentle laxative.....	99	gnp prenatal.....	205	goodsense allergy relief child.....	123
gnp glycerin (adult).....	99	gnp prenatal/folic acid.....	205	goodsense antacid.....	87
gnp glycerin child.....	99	gnp rubbing alcohol.....	65	goodsense antacid & gas relief.....	87
gnp hair/skin/nails.....	205	gnp senna lax.....	99	goodsense anti-diarrheal.....	89
gnp healthy eyes.....	205	gnp senna plus.....	99	goodsense arthritis pain.....	42
gnp healthy eyes supervision 2.....	205	gnp sinus wash neti pot.....	129	goodsense artificial tears.....	116
gnp ibuprofen.....	35	gnp sinus wash refill.....	129	goodsense aspirin.....	42
gnp ibuprofen childrens.....	35	gnp squeeze bottle sinus relie.....	129	goodsense aspirin low dose.....	42
gnp ibuprofen infants.....	35	gnp stomach relief.....	89	goodsense athletes foot.....	234
gnp immune support.....	205	gnp stool softener.....	99	goodsense bisacodyl laxative.....	100
gnp infant gas relief.....	93	gnp stool softener/laxative.....	99	GOODSENSE CLEARLAX.....	100
gnp infants pain/fever.....	42	gnp terbinafine hydrochloride.....	234	goodsense cough dm.....	138
gnp iron.....	110	gnp therapeutic-m.....	205	goodsense cough dm childrens.....	138
gnp lice killing.....	238	gnp tolinaftate.....	234	goodsense ear wax kit.....	246

<i>goodsense ear wax removal</i>	246	<i>guaifenesin er</i>	139	HEMATOGEN.....	110
<i>goodsense electrolyte</i>	178	<i>guaifenesin-codeine</i>	139	HEMATOGEN FA.....	110
<i>goodsense electrolyte adv care</i>	178	<i>guaifenesin-dm</i>	139	HEMATOGEN FORTE.....	110
<i>goodsense enema</i>	100	<i>guanfacine hcl</i>	63	HEMOCYTE PLUS.....	110
<i>goodsense epsom salt</i>	100	<i>guanfacine hcl er</i>	158	<i>heparin (porcine) in nacl</i>	107
<i>goodsense fiber laxative</i>	100	GUMMI BEAR.....		<i>heparin sodium (porcine)</i>	107
<i>goodsense first aid antibiotic</i>	232	MULTIVITAMIN/MIN.....	206	<i>heparin sodium (porcine) pf</i>	107
<i>goodsense gas relief</i>	93	GYNAZOLE-1.....	105	HEPLISAV-B.....	32
<i>goodsense gas relief extra st</i>	93	G-ZYNCOF.....	139	HERBAL EXPEC.....	139
<i>goodsense ibuprofen</i>	35	HABITROL.....	162	HERCEPTIN.....	21
<i>goodsense ibuprofen childrens</i>	35	HADLIMA.....	28	HERCEPTIN HYLECTA.....	21
<i>goodsense ibuprofen infants</i>	35	HADLIMA PUSHTOUCH.....	28	HERNEXEOS.....	21
GOODSENSE IRON.....	110	HAEGARDA.....	108	HERZUMA.....	21
<i>goodsense laxative pills</i>	100	<i>haelan 951 fermented soy</i>	168	<i>hi c-500</i>	206
<i>goodsense lice killing</i>	238	<i>haelan htpi fermented soy</i>	168	HIBERIX.....	32
<i>goodsense lice killing max str</i>	238	HAILEY 1.5/30.....	71	HIBICLENS.....	242
<i>goodsense loratadine</i>	123	HAILEY 24 FE.....	71	HI-CAL.....	168
<i>goodsense lubricating plus pf</i>	116	<i>hair skin & nails</i>	206	<i>high absorption magnesium</i>	183
<i>goodsense menstrual relief</i>	42	<i>hair skin & nails advanced</i>	206	<i>high potency e</i>	206
<i>goodsense milk of magnesia</i>	100	<i>hair skin and nails formula</i>	206	<i>high potency iron</i>	110
<i>goodsense mineral oil</i>	100	<i>hair skin nails</i>	206	<i>high potency multivitlfa</i>	206
<i>goodsense mucus er</i>	138	<i>hair/skin/nails</i>	206	<i>high-protein nutritional shake</i>	168
<i>goodsense mucus er maximum str</i>	138	<i>halobetasol propionate</i>	237	<i>hi-kovite 2-part formula</i>	206
<i>goodsense mucus relief child</i>	138	HALOETTE.....	71	<i>hm enema</i>	100
<i>goodsense mucus/congest/cough</i>	138	<i>haloperidol</i>	156	<i>hm mucus relief er max st</i>	139
<i>goodsense nicotine</i>	162	<i>haloperidol decanoate</i>	156	<i>hm petroleum jelly</i>	66
<i>goodsense nutrisure original</i>	168	<i>haloperidol lactate</i>	156	HOM 2.....	168
<i>goodsense nutrisure plus</i>	168	HARD NAILS.....	206	HOMACTIN AA PLUS.....	168
<i>goodsense oral pain relief</i>	229	HAVRIX.....	32	HOMINEX-1.....	168
<i>goodsense pain & fever child</i>	42	HCU ANAMIX EARLY YEARS.....	168	HOMINEX-2.....	168
<i>goodsense pain & fever infants</i>	42	HCU ANAMIX NEXT.....	168	HONEY BEARS W/IRON-ZINC.....	206
<i>goodsense pain relief</i>	42	HCU COOLER.....	168	HUMIRA (2 PEN).....	28
<i>goodsense pain relief extra st</i>	42	HCU COOLER15.....	168	HUMIRA (2 SYRINGE).....	28
<i>goodsense petroleum jelly</i>	65	HCU LOPHLEX LQ.....	168	HUMIRA-CD/UC/HS STARTER.....	28
<i>goodsense psyllium fiber</i>	100	HCU MAXAMUM.....	168	HUMIRA-PSORIASIS/UEIT	
<i>goodsense senna laxative</i>	100	HCY 1.....	168	STARTER.....	28
<i>goodsense stimulant lax plus</i>	100	HCY 2.....	168	HUMULIN N.....	77
<i>goodsense stomach relief</i>	89	<i>head care proactive health</i>	206	HUMULIN R.....	77
<i>goodsense stool softener</i>	100	HEALTH SOURCE.....	168	HUMULIN R U-500	
<i>goodsense tussin cf</i>	138	HEALTHWISE PAIN RELIEF.....	242	(CONCENTRATED).....	77
<i>goodsense tussin dm</i>	139	HEALTHY ACCENTS NUTRA FIT.....	168	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	77
<i>goodsense tussin dm max</i>	138	HEALTHY ACCENTS NUTRA FIT		HURRICAINA.....	229
<i>goodsense ultra lubricant drop</i>	116	PLUS.....	168	HYCODAN.....	139
<i>goodsense vapor</i>	139	<i>healthy eyes</i>	206	<i>hydralazine hcl</i>	63
GOTOKNOW COVID-19 ANTIGEN		<i>healthy eyes supervision 2</i>	206	HYDRALYTE.....	178
RAPI.....	51	<i>healthy eyes/lutein-zeaxanthin</i>	206	HYDRALYTE FREEZER POPS.....	178
<i>granisetron hcl</i>	91	<i>healthy hair/skin/nails</i>	206	HYDRASYN25.....	242
<i>griseofulvin microsize</i>	49	HEALTHY MAMA SHAKE THAT		<i>hydrochloric acid</i>	66
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	49	ACHE.....	42	<i>hydrochlorothiazide</i>	62
<i>growing bones & muscles kids</i>	206	HEALTHY MAMA TAME THE		HYDROCIL.....	100
<i>g-supress dx pediatric</i>	139	FLAME.....	87	<i>hydrocod poli-chlorphe poli er</i>	139
G-TRON PED.....	139	HEALTHYLAX.....	100	<i>hydrocodone bitartrate er</i>	36
G-TRON PEDIATRIC DROPS.....	139	<i>heart savior</i>	206	<i>hydrocodone bit-homatrop mbr</i>	139
G-TUSICOF.....	139	<i>heartland gas relief</i>	93	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	37
<i>guaiaisorb dm</i>	139	HEATHER.....	71	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	37
<i>guaiaitussin ac</i>	139	<i>h-e-b aspirin</i>	42	<i>hydrocortisone</i>	83, 94, 237
<i>guaifed</i>	139	<i>h-e-b childrens allergy</i>	123	<i>hydrocortisone (perianal)</i>	242
<i>guaifed-dm</i>	139	<i>h-e-b oral electrolyte</i>	178	<i>hydrocortisone sod suc (pf)</i>	83
<i>guaifenesin</i>	139	HEMATAX.....	110	<i>hydrocortisone valerate</i>	237
<i>guaifenesin dm</i>	139	<i>hematinic/folic acid</i>	110	<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	118

<i>hydromet</i>	139	<i>infants gas relief</i>	93	ISOSOURCE 1.5 CAL.....	168
<i>hydromorphone hcl</i>	37	<i>infants ibuprofen</i>	35	ISOSOURCE HN.....	168
<i>hydrous emulsified base</i>	66	<i>infants pain & fever</i>	42	<i>isotretinoin</i>	230
<i>hydroxocobalamin acetate</i>	206	INFED.....	110	<i>isradipine</i>	61
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	30	INFLAMEX.....	207	IS-ZC 50.....	183
<i>hydroxyurea</i>	26	<i>infliximab</i>	28	<i>itch relief extra strength</i>	243
<i>hydroxyzine hcl</i>	123	INFUVITE ADULT.....	207	ITOVEBI.....	21
<i>hydroxyzine pamoate</i>	123	INFUVITE PEDIATRIC.....	207	<i>itraconazole</i>	49
<i>hylavite</i>	206	INJECTAFER.....	110	IVA ANAMIX EARLY YEARS.....	168
<i>hylazinc</i>	206	INLYTA.....	21	IVA ANAMIX NEXT.....	168
HYPERSAL.....	139	INNOVACIN.....	168	IVA MAXAMUM.....	168
HYVEE ADVANCED ANTACID.....	87	INQOVI.....	26	<i>ivabradine hcl</i>	63
HYVEE IBUPROFEN CHILDRENS.....	35	INREBIC.....	21	I-VALEX-1.....	168
<i>ibandronate sodium</i>	85	INSPIREASE.....	129	I-VALEX-2.....	168
IBRANCE.....	21	<i>instant oral pain relief max</i>	229	<i>ivermectin</i>	51
IBTROZI.....	21	INTEGRA.....	110	<i>i-vite</i>	207
IBU.....	35	INTEGRA F.....	110	IWILFIN.....	26
<i>ibuprofen</i>	35	INTEGRA PLUS.....	110	IXIARO.....	32
<i>ibuprofen 100 junior strength</i>	35	INTELENCE.....	47	J & J BURN CREAM.....	243
<i>ibuprofen childrens</i>	35	INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST.....	51	JAIMIESS.....	72
<i>ibuprofen infants</i>	35	<i>intense cough reliever</i>	139	JAKAFI.....	21
<i>ibuprofen junior strength</i>	35	<i>intense toothache pain relief</i>	229	JANTOVEN.....	107
ICAPS.....	206	INTRALIPID.....	186	JANUMET.....	78
ICAPS AREDS FORMULA.....	206	INTROLITE.....	168	JANUMET XR.....	78
ICAPS LUTEIN & OMEGA-3.....	206	INTROVALE.....	71	JANUVIA.....	78
ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN... ..	206	<i>inulose blood sugar support</i>	207	JARDIANCE.....	78
ICAPS MV.....	206	INVEGA HAFYERA.....	156	JASMIEL.....	72
ICAR.....	110	INVEGA SUSTENNA.....	156	JAVYGTOR.....	81
<i>icatibant acetate</i>	108	INVEGA TRINZA.....	156	JAYPIRCA.....	21
ICLEVIA.....	71	IPOL.....	32	JENTADUETO.....	78
ICLUSIG.....	21	<i>ipratropium bromide</i>	118	JENTADUETO XR.....	79
IDHIFA.....	21	<i>ipratropium-albuterol</i>	127	JEVITY 1 CAL.....	168
IFEREX 150.....	110	<i>irbesartan</i>	58	JEVITY 1 CAL/FIBER.....	168
<i>igualtuss</i>	139	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	61	JEVITY 1.2 CAL.....	169
IHEALTH COVID-19 RAPID TEST..	51	<i>irinotecan hcl</i>	26	JEVITY 1.2 CAL/FIBER.....	169
<i>imatinib mesylate</i>	21	IROFOL.....	110	JEVITY 1.5 CAL/FIBER.....	169
IMBRUVICA.....	21	<i>iron</i>	111	JINTELI.....	82
<i>imipenem-cilastatin</i>	51	<i>iron (ferrous sulfate)</i>	110	<i>jock itch</i>	234
<i>imipramine hcl</i>	154	<i>iron 27</i>	110	<i>jock itch relief</i>	234
<i>imiquimod</i>	243	<i>iron chews pediatric</i>	110	<i>joint health & bone strength</i>	207
<i>imkeldi</i>	21	<i>iron complex</i>	110	JOLESSA.....	72
IMMULIFE.....	168	<i>iron folate plus</i>	110	JUICE PLUS FIBRE.....	169
IMMUNE ESSENTIALS DAILY.....	206	<i>iron high-potency</i>	110	JULEBER.....	72
<i>immune support</i>	206	<i>iron infant & toddler</i>	110	JULUCA.....	49
IMMUNERX.....	206	<i>iron infant/toddler</i>	110	JUNEL 1.5/30.....	72
<i>immunicare</i>	207	<i>iron slow release</i>	111	JUNEL 1/20.....	72
IMODIUM A-D.....	89	<i>iron sucrose</i>	111	JUNEL FE 1.5/30.....	72
IMOVAX RABIES.....	32	<i>iron supplement</i>	111	JUNEL FE 1/20.....	72
IMPACT.....	168	IRON UP.....	111	JUNEL FE 24.....	72
IMPACT ADVANCED RECOVERY.....	168	<i>iron-vitamin c</i>	111	<i>just 4 kidz multivit/probiotic</i>	207
IMPAVIDO.....	51	IS-D 10,000.....	207	<i>just tears eye drops</i>	116
INATAL GT.....	207	ISENTRESS.....	47	JUVEN.....	169
INBRIJA.....	151	ISENTRESS HD.....	47	JYLAMVO.....	30
INCASSIA.....	71	ISIBLOOM.....	71	JYNNEOS.....	32
INCRELEX.....	81	ISOLYTE-P IN D5W.....	176	<i>k 100</i>	207
INCRUSE ELLIPTA.....	118	ISOLYTE-S PH 7.4.....	176	KADCYLA.....	21
<i>indapamide</i>	62	<i>isoniazid</i>	48	KAITLIB FE.....	72
INDICAID COVID-19 RAPID TEST..	51	<i>isosorbide dinitrate</i>	64	<i>kale/quinoa/berries</i>	169
INFANRIX.....	32	<i>isosorbide mononitrate er</i>	64	<i>kale/quinoa/berries plus</i>	169
INFANTS ADVIL.....	35			<i>kale/quinoa/berries plus pedia</i>	169

KALETRA.....	49	<i>kimono ps plus</i>	72	<i>kp fexofenadine hcl</i>	123
KALYDECO.....	129	<i>kimono sensation</i>	72	<i>kp folic acid</i>	207
KAMELEON LUBRICATED.....	72	<i>kimono sensation plus</i>	72	<i>kp mag-oxide magnesium</i>	183
KANJINTI.....	21	KIMONO SPECIAL.....	72	<i>kp melatonin</i>	169
KAOPECTATE.....	89	KINDERLYTE.....	178	<i>kp mens 50+ daily formula</i>	207
KAOPECTATE EXTRA		KINDERLYTE PREMAX.....	178	<i>kp mens daily formula</i>	207
STRENGTH.....	89	KINDERMED KIDS ALLERGY.....	123	<i>kp niacin</i>	207
KARIVA.....	72	KINDERSPROUT PLANT		<i>kp prenatal multivitamins</i>	207
KATE FARMS GLUCOSE		PROTEIN.....	169	<i>kp pseudoephedrine hcl</i>	140
SUPPORT 1.2.....	169	KINERET.....	28	<i>kp senna</i>	100
KATE FARMS KIDS NUTRITION..	169	KINRIX.....	32	KP VISION FORMULA.....	207
KATE FARMS PED PEPTIDE 1.0.	169	KIONEX.....	69	KP VISION FORMULA/LUTEIN.....	207
KATE FARMS PED PEPTIDE 1.5.	169	KISQALI (200 MG DOSE).....	21	<i>kp vitamin b-12</i>	207
KATE FARMS PED STANDARD		KISQALI (400 MG DOSE).....	21	<i>kp vitamin b-6</i>	207
1.2.....	169	KISQALI (600 MG DOSE).....	22	<i>kp vitamin d</i>	207
KATE FARMS PEPTIDE 1.0.....	169	KISQALI FEMARA (400 MG		<i>kp vitamin d3</i>	207
KATE FARMS PEPTIDE 1.5.....	169	DOSE).....	22	<i>kp vitamin e</i>	207
KATE FARMS RENAL SUPPORT		KISQALI FEMARA (600 MG		<i>kp womens 50+ daily formula</i>	207
1.8.....	169	DOSE).....	22	<i>kp womens daily formula</i>	207
KATE FARMS STANDARD 1.0.....	169	KLAYESTA.....	234	K-PAX IMMUNE PROFESSIONAL	
KATE FARMS STANDARD 1.4.....	169	KLOR-CON.....	177, 178	ST.....	207
<i>kcl (0.149%) in nacl</i>	176	KLOR-CON 10.....	177	K-PAX PROTEIN BLEND IMMUNE	
<i>kcl in dextrose-nacl</i>	176, 177	KLOR-CON M10.....	177	.....	169
KELNOR 1/35.....	72	KLOR-CON M15.....	177	<i>kpn prenatal</i>	207
KERADAN.....	243	KLOR-CON M20.....	177	KRAZATI.....	22
KERENDIA.....	58	KLOXXADO.....	162	K-TAN PLUS.....	111
KESIMPTA.....	152	<i>kls acetaminophen ex st</i>	42	KURVELO.....	72
<i>keto</i>	169	KLS ALLERCLEAR.....	123	<i>labetalol hcl</i>	60
KETOCAL 2.5:1 LQ MULTI FIBER	169	KLS ALLERCLEAR D-12HR.....	139	LAC-HYDRIN FIVE.....	243
KETOCAL 3:1.....	169	KLS ALLERCLEAR D-24HR.....	140	<i>lacosamide</i>	149, 160
KETOCAL 4:1.....	169	KLS ALLER-FEX.....	123	<i>lactated ringers</i>	177
KETOCAL 4:1 LQ MULTI FIBER...	169	<i>kls allergy medicine</i>	123	LACTINOL HX.....	243
KETOCAL 4:1 LQ MULTI-FIBER...	169	KLS ALLER-TEC.....	123	<i>lactulose</i>	100
<i>ketoconazole</i>	49, 234	KLS ALLER-TEC CHILDRENS.....	123	<i>lactulose encephalopathy</i>	100
KETO-DIASTIX.....	81	KLS ALLER-TEC D.....	140	LAMISIL AT ATHLETES FOOT.....	234
<i>ketogen</i>	169	<i>kls aspirin low dose</i>	43	LAMISIL AT JOCK ITCH.....	235
<i>ketone test</i>	81	<i>kls d3</i>	207	<i>lamivudine</i>	47, 53
KETONEX-1.....	169	<i>kls ibuprofen</i>	35	<i>lamivudine-zidovudine</i>	49
KETONEX-2.....	169	<i>kls ibuprofen ib</i>	35	<i>lamotrigine</i>	149
<i>ketorolac tromethamine</i>	114	KLS LAXACLEAR.....	100	<i>lamotrigine er</i>	149
KETOSTIX.....	81	KLS QUIT2.....	162	LANABIOTIC.....	232
KETOVIE.....	169	KLS QUIT4.....	162	LAND BEFORE TIME	
KETOVIE 3:1.....	169	<i>kls stool softener</i>	100	MULTIVITAMIN.....	207
KETOVIE 4:1.....	169	<i>kobee</i>	207	<i>lanreotide acetate</i>	81
KETOVIE PEPTIDE.....	169	KONSYL DAILY PSYLLIUM FIBER		<i>lansoprazole</i>	95
<i>kettle neti pot sinus wash</i>	129	.....	100	LANTUS.....	77
<i>keyfolic</i>	207	KOSELUGO.....	22	LANTUS SOLOSTAR.....	77
KEYLOSA.....	207	<i>kosher prenatal plus iron</i>	207	<i>lapatinib ditosylate</i>	22
KEYTRUDA.....	21	KOURZEQ.....	229	LARIN 1.5/30.....	72
KFLO.....	169	<i>kp adults 50+ daily formula</i>	207	LARIN 1/20.....	72
KIDS PLANT PROTEIN SHAKE....	169	<i>kp adults daily formula</i>	207	LARIN 24 FE.....	72
KIDS PROTEIN ORGANIC SHAKE		<i>kp aspirin</i>	43	LARIN FE 1.5/30.....	72
.....	169	<i>kp b complex-c</i>	207	LARIN FE 1/20.....	72
<i>kimono</i>	72	<i>kp bisacodyl</i>	100	<i>latanoprost</i>	113
KIMONO COLORS.....	72	<i>kp calcium 600+d</i>	183	<i>laxacin</i>	100
KIMONO MAXX-LARGE FLARE.....	72	<i>kp calcium citrate+d</i>	183	<i>laxative</i>	100
<i>kimono micro thin</i>	72	<i>kp calcium-magnesium-zinc</i>	183	<i>laxative max str</i>	100
<i>kimono micro thin plus</i>	72	<i>kp diphenhydramine hcl</i>	123	<i>laxative regular strength</i>	100
<i>kimono plus</i>	72	<i>kp ferrous gluconate</i>	111	LAZCLUZE.....	22
<i>kimono ps</i>	72	<i>kp ferrous sulfate</i>	111	<i>lecithin</i>	170

<i>leflunomide</i>	30	LINZESS.....	93	LOTEMAX.....	114
<i>lenalidomide</i>	27	LIOPEN ABSORPTION		LOTRIMIN AF.....	235
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)....	22	ENHANCING.....	66	LOTRIMIN AF JOCK ITCH.....	235
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)....	22	<i>liothyronine sodium</i>	68	LOTRIMIN ULTRA.....	235
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)....	22	LIPISTART.....	170	<i>lovastatin</i>	59
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)....	22	<i>lipo cream base</i>	66	LOW-OGESTREL.....	73
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)....	22	LIPOCREAM BASE.....	66	<i>loxapine succinate</i>	156
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)....	22	<i>lipopen ultra base</i>	66	LPS CRITICAL CARE SUGAR	
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	22	LIPOTRIAD VISION SUPPORT....	207	FREE.....	170
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	22	<i>lipotriad vision support plus</i>	208	LPS SUGAR FREE.....	170
LESSINA.....	72	LIPOTRIAD VISIONARY.....	208	<i>lubricant drops/dual-action</i>	116
<i>letrozole</i>	19	<i>liquid acetaminophen</i>	43	<i>lubricant eye drop</i>	116
<i>leucovorin calcium</i>	26	<i>liquid allergy relief</i>	123	<i>lubricant eye drops</i>	116
LEUKERAN.....	18	<i>liquid c</i>	208	<i>lubricant eye drops (pf)</i>	116
<i>leuprolide acetate</i>	19	LIQUID HOPE.....	170	<i>lubricant eye drops pf</i>	116
<i>levabuterol hcl</i>	126	LIQUID HOPE PEPTIDE.....	170	<i>lubricating tears eye drops</i>	116
<i>levabuterol tartrate</i>	126	LIQUID HOPE PEPTIDE BERRY..	170	LUMAKRAS.....	22
<i>levetiracetam</i>	149, 160	<i>liquid pain relief</i>	43	LUMIGAN.....	113
<i>levetiracetam er</i>	149	<i>lisinopril</i>	64	LUMIZYME.....	81
<i>levetiracetam in nacl</i>	160	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	62	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	19
<i>levobunolol hcl</i>	113	<i>lithium</i>	159	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	19
<i>levocarnitine</i>	81	<i>lithium carbonate</i>	159	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	81
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	123	<i>lithium carbonate er</i>	159	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	81
<i>levofloxacin</i>	56	<i>little animals</i>	208	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)	81
<i>levofloxacin in d5w</i>	56	LITTLE REMEDIES FOR FEVER....	43	<i>lurasidone hcl</i>	157
LEVONEST.....	72	LITTLE REMEDIES GAS RELIEF...	93	<i>lutein-zeaxanthin</i>	208
<i>levonorgest-eth est & eth est</i>	72	<i>liver detox</i>	208	LUTERA.....	73
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	72	LIVITA ADULTS.....	208	LYBALVI.....	157
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	72	LIVTENCITY.....	53	LYLEQ.....	73
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	73	LMD.....	170	LYLLANA.....	83
LEVORA 0.15/30 (28).....	73	<i>l-methylfolate</i>	208	LYNPARZA.....	22
LEVO-T.....	68	<i>l-methylfolate calcium</i>	208	LYSIPLEX PLUS.....	208
<i>levothyroxine sodium</i>	68	<i>l-methyl-mc</i>	208	LYSODREN.....	19
LEVOXYL.....	68	LOESTRIN 1.5/30 (21).....	73	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)....	22
<i>l-glutamine</i>	108, 170	LOESTRIN 1/20 (21).....	73	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)....	22
<i>lice killing</i>	238	LOESTRIN FE 1.5/30.....	73	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)....	22
<i>lice killing shampoo max str</i>	238	LOESTRIN FE 1/20.....	73	LYZA.....	73
<i>lice treatment</i>	238	<i>lohist-dm</i>	140	MAALOX MAX.....	87
LIDO KING.....	243	LOJAIMIESS.....	73	MAALOX MULTI SYMPTOM MAX	
<i>lidocaine</i>	231, 243	LOKELMA.....	69	ST.....	87
<i>lidocaine hcl</i>	43, 231	LOLLICAINE.....	229	MACULAR HEALTH FORMULA....	208
<i>lidocaine hcl (pf)</i>	43	LOMAIRA.....	84	MACUVITE.....	208
<i>lidocaine max st 24 hours</i>	243	<i>long acting nasal spray</i>	140	MACUVITE EYE CARE.....	208
<i>lidocaine pain relief</i>	243	<i>long lasting antacid</i>	87	MACUVITE/LUTEIN.....	208
<i>lidocaine pain relief max st</i>	243	<i>long lasting nasal spray</i>	140	MAG-200.....	183
<i>lidocaine pain relieving</i>	243	LONSURF.....	26	MAG64.....	183
<i>lidocaine viscous hcl</i>	229	<i>loperamide hcl</i>	89	<i>mag-al</i>	87
<i>lidocaine-prilocaine</i>	231	LOPHLEX LQ 20.....	170	<i>mag-al plus</i>	87
LIDOCAN.....	231	<i>lopinavir-ritonavir</i>	49	<i>mag-al plus xs</i>	87
<i>lidocanna</i>	243	<i>loradamed</i>	123	MAGDELAY.....	183
LIDOCARE ARM/NECK/LEG.....	243	<i>loratadine</i>	123	<i>mag-g</i>	184
LIDOCARE BACK/SHOULDER.....	243	<i>loratadine childrens</i>	123	MAGNEBIND 300.....	184
<i>lidocore</i>	243	<i>loratadine-d 12hr</i>	140	MAGNEBIND 400.....	184
LIDOGUARD.....	243	<i>loratadine-d 24hr</i>	140	<i>magnesium</i>	184
<i>lidotrode</i>	243	<i>lorazepam</i>	152	<i>magnesium carbonate</i>	184
LIL MIXINS-EGG.....	170	LORAZEPAM INTENSOL.....	152	<i>magnesium gluconate</i>	184
LIL MIXINS-PEANUT.....	170	LORBRENA.....	22	<i>magnesium lactate</i>	184
LILETTA (52 MG).....	73	LORYNA.....	73	<i>magnesium oxide</i>	87
<i>linezolid</i>	51	<i>losartan potassium</i>	58	<i>magnesium oxide (antacid)</i>	87
<i>linezolid in sodium chloride</i>	51	<i>losartan potassium-hctz</i>	61	<i>magnesium oxide -mg supplement</i>	184

<i>magnesium sulfate</i>	177	MEDI-PHEDRYL.....	124	<i>mesalamine</i>	95
<i>magnesium sulfate in d5w</i>	177	MEDI-PROFEN.....	35	<i>mesalamine er</i>	95
<i>magnesium-aluminum-simethicone</i>	87	MEDIQUE ASPIRIN.....	43	<i>mesalamine-cleanser</i>	95
MAGNESIUM-OXIDE.....	184	MEDI-TABS CHILDRENS.....	43	<i>mesna</i>	26
MAGOX 400.....	184	MEDI-TABS EXTRA STRENGTH.....	43	METAFOLBIC.....	209
MAG-OXIDE.....	184	MEDI-TABS JUNIOR STRENGTH.....	43	METAFOLBIC PLUS.....	209
MAG-TAB SR.....	184	<i>medi-tussin dm</i>	140	METAMUCIL 3 IN 1 DAILY FIBER.....	100
<i>malathion</i>	238	<i>medi-tussin dm double strength</i>	140	METAMUCIL 4 IN 1 FIBER.....	100
MALTOCARB.....	170	MEDPURA ANTIFUNGAL.....	235	METAMUCIL FREE & NATURAL.....	100
<i>manganese chloride</i>	184	MEDPURA HYDROSEPTINE.....	243	METAMUCIL PREMIUM BLEND.....	101
MAOX.....	87	MEDPURA ZINC OXIDE.....	243	METAMUCIL SMOOTH TEXTURE.....	101
<i>mapap</i>	43	<i>medroxyprogesterone acetate</i> ... 73, 84		<i>metformin hcl</i>	79
MAPAP ACETAMINOPHEN		<i>mefloquine hcl</i>	53	<i>metformin hcl er</i>	79
EXTRA STR.....	43	<i>mega biotin</i>	208	<i>methadone hcl</i>	36
MAPAP CHILDRENS.....	43	<i>mega coq10</i>	170	METHADONE HCL INTENSOL.....	36
<i>maraviroc</i>	47	<i>mega multi for women</i>	208	<i>methazolamide</i>	62
MAR-COF CG EXPECTORANT.....	140	MEGA MULTI MEN.....	208	<i>methenamine hippurate</i>	51
<i>marlissa</i>	73	<i>megavite fruits & veggies</i>	208	<i>methimazole</i>	68
MARPLAN.....	154	<i>megestrol acetate</i> 19, 84		METHIONAID.....	170
<i>masonatal</i>	208	<i>meijer advanced formula</i>	208	<i>methocarbamol</i>	152
MATERNACEL.....	208	<i>meijer allergy relief</i>	124	<i>methotrexate sodium</i> 26, 30	
MATULANE.....	26	<i>meijer allergy relief-d</i>	140	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	26
MAVYRET.....	53	<i>meijer antacid anti-gas</i>	87	<i>methsuximide</i>	149
MAX RELIEF JR CHILD		<i>meijer anti-diarrheal</i>	89	METHYL PROTECT.....	209
PAIN/FEVER.....	43	<i>meijer antihistamine allergy</i>	124	METHYL-GUARD.....	209
MAX RELIEF JUNIOR.....	43	<i>meijer aspirin ec</i>	43	METHYL-GUARD PLUS.....	209
MAX SLEEP JUNIOR.....	66	<i>meijer aspirin free</i>	43	<i>methylphenidate hcl</i>	158
MAX TUSSIN DM		<i>meijer c</i>	208	<i>methylphenidate hcl er</i>	158
COUGH&CHEST CONG.....	140	<i>meijer calamine</i>	243	<i>methylprednisolone</i>	83
MAX TUSSIN MUCUS & CHEST		<i>meijer ferrous sulfate</i>	111	<i>methylprednisolone acetate</i>	83
CONG.....	140	<i>meijer ibuprofen</i>	35	<i>methylprednisolone sodium succ</i>	83
MAXALLERGY KIDS.....	123	<i>meijer jr st aspirin free</i>	43	<i>metoclopramide hcl</i>	91
MAXIFED.....	140	<i>meijer loratadine</i>	124	<i>metolazone</i>	62
MAXIMUM D3.....	208	<i>meijer nasal decongestant</i>	140	<i>metoprolol succinate er</i>	60
<i>maximum daily green</i>	208	<i>meijer triple antibiotic</i>	232	<i>metoprolol tartrate</i>	60
<i>maxi-tuss ac</i>	140	<i>meijer zinc oxide</i>	243	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	61
<i>maxi-tuss cd</i>	140	MEKINIST.....	22, 23	<i>metronidazole</i> 51, 105, 243	
<i>maxi-tuss g</i>	140	MEKTOVI.....	23	<i>metyrosine</i>	63
<i>maxi-tuss gmx</i>	140	<i>melatonin</i> 66, 170		<i>mg aspartate</i>	184
<i>maxx</i>	73	<i>melatonin extra strength</i>	170	<i>mgo</i>	184
<i>maxx plus</i>	73	<i>melatonin maximum strength</i>	170	MIBELAS 24 FE.....	73
<i>m-dryl</i>	124	MELEYA.....	73	<i>micaderm</i>	235
<i>meclizine hcl</i>	91	<i>meloxicam</i>	35	<i>micafungin sodium</i>	49
MEDCAPS DPO.....	208	<i>memantine hcl</i>	153	<i>miconazole</i>	235
MEDCAPS GI.....	208	<i>memantine hcl er</i>	153	<i>miconazole 1</i>	105
MEDCAPS IS.....	208	<i>memantine hcl-donepezil hcl</i>	153	<i>miconazole 3 combo pack</i>	106
MEDCAPS T3.....	208	MEMORALL.....	208	<i>miconazole 3 combo-suppl</i>	106
MEDERMA AG FACE.....	243	MENATROL.....	208	<i>miconazole 7</i>	106
MEDERMA STRETCH MARKS		MENQUADFI.....	32	<i>miconazole antifungal</i>	235
THERAPY.....	243	<i>mens 50+ advanced</i>	208	<i>miconazole nitrate</i> 106, 235	
<i>medi tab</i>	208	<i>mens 50+ multivitamin</i>	208	<i>miconazole nitrate combo pack</i>	106
<i>medi-bismuth</i>	89	MENS LIFE PACK.....	208	<i>miconazorb af</i>	235
MEDIDERM.....	66	<i>mens multi health formula</i>	208	MICOTRIN AC.....	235
MEDI-FIRST ASPIRIN.....	43	<i>mens multivitamin</i>	209	MICOTRIN AP.....	235
MEDI-FIRST IBUPROFEN.....	35	<i>mens multivitamin gummies</i>	208	MICRO GUARD.....	235
<i>medi-first triple antibiotic</i>	232	<i>menstrual relief max strength</i>	43	MICROCHAMBER.....	129
MEDI-LAX.....	100	MENVEO.....	32	<i>microderm base</i>	66
MEDI-MUCIL.....	100	<i>mercaptapurine</i>	26	MICROGESTIN 1.5/30.....	73
<i>medi-natural</i>	100	MERIBIN.....	209	MICROGESTIN 1/20.....	73
<i>medi-natural plus</i>	100	<i>meropenem</i>	51	MICROGESTIN FE 1.5/30.....	73

MICROGESTIN FE 1/20.....	73	MONISTAT 3 COMBO PACK APP	106	<i>mucus relief er</i>	141
MICROSOME BASE.....	66	MONISTAT 7 COMBO PACK APP	106	<i>mucus relief max st</i>	141
MICROSPACER.....	129	MONISTAT 7 SIMPLY CURE.....	106	<i>mucus relief multi symptom</i>	141
<i>midodrine hcl</i>	63	MONJUVI.....	23	<i>mucus relief severe congest/cgh</i>	141
MIDOL.....	43	MONOFERRIC.....	111	<i>mucus-dm</i>	141
MIDOL COMPLETE.....	43	MONOGEN.....	170	MULTAQ.....	58
MIEBO.....	116	MONO-LINYAH.....	73	<i>multi + omega-3 adult gummies</i>	209
<i>mifepristone</i>	81	<i>montelukast sodium</i>	131	<i>multi + omega-3 gummies</i>	209
MILI.....	73	MOOD FOOD.....	209	<i>multi adult gummies</i>	209
<i>milk of magnesia</i>	101	MOOD FOOD ES.....	209	MULTI COMPLETE.....	209
MIMVEY.....	83	<i>morphine sulfate</i>	37	<i>multi complete/iron</i>	209
<i>mincora</i>	209	<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	37	<i>multi for her</i>	209
<i>mineral oil</i>	101	<i>morphine sulfate er</i>	36	<i>multi for her 50+</i>	209
<i>mineral oil heavy</i>	101	MOTRIN CHILDRENS.....	36	MULTI FOR HIM.....	209
<i>mineral oil lubricant laxative</i>	101	MOTRIN IB.....	36	<i>multi for him 50+</i>	209
<i>minocycline hcl</i>	57	MOTRIN INFANTS DROPS.....	36	MULTI MEGA MINERALS.....	184
<i>minoxidil</i>	63	MOUNJARO.....	79	<i>multi prenatal</i>	209
MINTOX.....	88	MOUTH KOTE.....	229	<i>multi vitamin</i>	209
<i>mintox maximum strength</i>	87	MOUTH KOTE REMINT.....	229	<i>multi vitamin w/d-3</i>	209
MINTOX PLUS.....	88	MOVANTIK.....	93	<i>multi vitamin/minerals</i>	209
MIRALAX.....	101	<i>moxifloxacin hcl</i>	56, 114	MULTIA.....	209
MIRALAX MIX-IN PAX.....	101	<i>moxifloxacin hcl in nacl</i>	56	MULTIGEN.....	111
<i>mirtazapine</i>	154	<i>m-pap</i>	43	MULTIGEN PLUS.....	111
<i>misoprostol</i>	93	MRESVIA.....	32	<i>multi-phasic penetrating compd</i>	66
<i>mi-vite rx</i>	209	MSUD 2.....	170	<i>multiple electro type 1 ph 7.4</i>	177
MM ACETAMINOPHEN EX STR.....	43	MSUD AID.....	170	<i>multiple vit/minerals/no iron</i>	209
MM ALLER-BEN.....	124	MSUD ANAMIX EARLY YEARS.....	170	<i>multiple vitamin-folic acid</i>	209
<i>mm allergy relief 24 hour</i>	124	MSUD COOLER.....	170	<i>multiple vitamins</i>	209
<i>mm arthritis pain</i>	43	MSUD LOPHLEX LQ.....	170	<i>multiple vitamins essential</i>	209
<i>mm aspirin</i>	43	MSUD MAXAMAID.....	170	<i>multiple vitamins/iron</i>	209
<i>mm biotin/keratin</i>	209	MSUD MAXAMUM.....	170	<i>multiple vitamins/womens</i>	210
MM CLEARLAX.....	101	MTX SUPPORT.....	209	<i>multiple vitamins-iron</i>	210
<i>mm fexofenadine hcl</i>	124	MUCINEX.....	141	<i>multiple vitamins-minerals</i>	210
<i>mm stool softener</i>	101	MUCINEX CHILDRENS.....	140	<i>multipro</i>	210
<i>mm stool softener laxative</i>	101	FREEFROM.....	140	<i>multi-symptom cold childrens</i>	141
MMA/PA ANAMIX EARLY YEARS.....	170	MUCINEX COLD CHILDRENS.....	140	<i>multi-symptom cold plus child</i>	141
MMA/PA ANAMIX NEXT.....	170	MUCINEX COUGH & CONGEST.....	140	MULTITOL-M.....	210
MMA/PA COOLER15.....	170	CHILD.....	140	<i>multi-vit/iron/fluoride</i>	210
MMA/PA MAXAMUM.....	170	MUCINEX COUGH CHILDRENS.....	140	<i>multivit/multimineral adult</i>	210
M-M-R II.....	32	MUCINEX COUGH FOR KIDS.....	140	<i>multivitamin</i>	210
<i>m-natal plus</i>	209	MUCINEX DM.....	140	<i>multi-vitamin</i>	210
<i>modafinil</i>	160	MUCINEX FAST-MAX CHEST.....	140	<i>multivitamin adult</i>	210
MODEYSO.....	26	CONG MS.....	140	<i>multivitamin adult (minerals)</i>	210
MODULEN.....	170	MUCINEX FAST-MAX CONGEST.....	141	<i>multivitamin adults</i>	210
<i>moexipril hcl</i>	64	COUGH.....	141	<i>multivitamin adults 50+</i>	210
MOI-STIR.....	229	MUCINEX FAST-MAX DM MAX.....	141	<i>multivitamin childrens</i>	210
<i>moisture barrier</i>	243	MUCINEX FAST-MAX SEVERE.....	141	<i>multivitamin childrens (w/ fa)</i>	210
<i>moisturizing cream</i>	243	CON/CG.....	141	<i>multivitamin childrens gummies</i>	210
<i>moisturizing lubricant eye</i>	116	MUCINEX MAXIMUM STRENGTH.....	141	<i>multivitamin drops/iron</i>	210
<i>molindone hcl</i>	157	MUCINEX SINUS-MAX CLEAR &.....	141	<i>multi-vitamin gummies</i>	210
<i>mometasone furoate</i>	237	COOL.....	141	<i>multivitamin gummies adult</i>	210
MOMMY'S BLISS GAS RELIEF.....	93	MUCINEX SINUS-MAX.....	141	<i>multivitamin gummies mens</i>	210
DROPS.....	93	SINUS/ALLRGY.....	141	<i>multivitamin gummies womens</i>	210
MOMMY'S BLISS VIT D ORGANIC.....	209	<i>mucus & chest congestion</i>	141	<i>multivitamin infant & toddler</i>	210
MONISTAT 1 COMBO PACK.....	106	<i>mucus congest & cough child</i>	141	<i>multivitamin iron-free</i>	210
MONISTAT 1 DAY OR NIGHT.....	106	<i>mucus dm</i>	141	<i>multivitamin men</i>	210
MONISTAT 3.....	106	<i>mucus relief</i>	141	<i>multivitamin men 50+</i>	210
MONISTAT 3 COMBINATION.....	106	<i>mucus relief chest congestion</i>	141	<i>multi-vitamin monocaps</i>	210
PACK.....	106	<i>mucus relief dm</i>	141	<i>multivitamin plus iron adult</i>	210
		<i>mucus relief dm max</i>	141	<i>multivitamin w/fluoride</i>	210

<i>multivitamin women</i>	210	<i>nasal decongestant</i>	142	NEOSPORIN + PAIN RELIEF MAX	
<i>multivitamin women 50+</i>	210	<i>nasal decongestant 12hr</i>	141	ST.....	232
<i>multivitamin womens 50+ adv</i>	210	<i>nasal decongestant d</i>	142	NEOSPORIN + PAIN/ITCH/SCAR	232
<i>multivitamin/fluoride</i>	210	<i>nasal decongestant d max str</i>	142	NEOSPORIN ORIGINAL.....	232
<i>multi-vitamin/fluoride</i>	210	<i>nasal decongestant pe</i>	142	NEOSPORIN/BURN RELIEF.....	232
<i>multi-vitamin/fluoride/iron</i>	211	<i>nasal decongestant pe max st</i>	142	NEO-SYNEPHRINE	
<i>multi-vitamin/iron</i>	211	<i>nasal decongestant spray</i>	142	COLD/ALLRGY EXT.....	142
<i>multi-vitamin/minerals</i>	211	<i>nasal four</i>	142	<i>neotuss</i>	142
<i>multivitamin/zinc stress</i>	211	<i>nasal spray</i>	142	<i>neo-vital rx</i>	212
<i>multivitamin-minerals</i>	211	<i>nasal spray 12 hour</i>	142	<i>neovite</i>	212
<i>multi-vitamins</i>	211	<i>nasal spray max strength</i>	142	NEPHPLEX RX.....	212
<i>multivitamins plus iron child</i>	211	<i>nasal spray no drip</i>	142	<i>nephro vitamins</i>	212
<i>multi-vite</i>	211	NASALCROM.....	129	NEPHROCAPS.....	212
MULTI-VIT-FLOR.....	211	NASCOBAL.....	211	NEPHRON FA.....	111
<i>multivit-min gummies childrens</i>	211	NATACYN.....	114	NEPHRO-VITE.....	212
<i>mupirocin</i>	232	<i>natal prv</i>	211	NEPRO.....	171
MURINE EAR.....	246	<i>nateglinide</i>	79	NEPRO/CARBSTEADY.....	171
MURINE EAR WAX REMOVAL		<i>nat-rul daily-vite+iron</i>	211	NERLYNX.....	23
SYSTEM.....	246	<i>nat-rul iron</i>	111	NESTABS.....	212
MURO 128.....	116	<i>natrul magnesium</i>	184	NESTABS DHA.....	212
MVW COMPLETE FORMULATION		<i>nat-rul oyster calcium+vit d</i>	184	NESTABS ONE.....	212
.....	211	<i>nat-rul theravite-m</i>	211	<i>neti pot sinus wash</i>	129
MVW COMPLETE FORMULATION		<i>nat-rul vitamin d</i>	211	NEUAC.....	230
D3000.....	211	<i>natrul-vites</i>	211	NEUTROGENA HAND.....	243
MVW COMPLETE FORMULATION		<i>natural c/rose hips</i>	212	<i>nevirapine</i>	47
D5000.....	211	<i>natural fiber</i>	101	<i>nevirapine er</i>	47
MVW COMPLETE FORMULATION		<i>natural fiber laxative</i>	101	NEXLETOL.....	59
MINIS.....	211	<i>natural psyllium seed</i>	101	NEXLIZET.....	59
<i>mvw hi-d adek gummies</i>	211	<i>natural senna laxative</i>	101	NEXPLANON.....	73
MVW MODULATOR		<i>natural vitamin a</i>	212	NF FORMULAS NAC.....	171
FORMULATION.....	211	<i>natural vitamin d-3</i>	212	<i>niacin</i>	212
MVW MODULATOR		<i>natural vitamin e</i>	212	<i>niacin er</i>	212
FORMULATION MINI.....	211	NAYZILAM.....	149	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	59
MVW ORANGE CHEWABLES.....	211	<i>nebivolol hcl</i>	60	<i>niacin flush free</i>	212
<i>myamulti</i>	211	NECON 0.5/35 (28).....	73	<i>niacinamide</i>	212
<i>mycophenolate mofetil</i>	31	<i>nefazodone hcl</i>	154	NIAVASC.....	212
<i>mycophenolate sodium</i>	31	NEOCATE INFANT DHA/ARA.....	170	NIAVASC 750.....	212
MYCOZYL AC.....	235	NEOCATE JUNIOR.....	170	NICADAN.....	212
MYCOZYL AP.....	235	NEOCATE JUNIOR PREBIOTICS.....	170	<i>nicardipine hcl</i>	61
MYLANTA MAXIMUM STRENGTH.....	88	NEOCATE NUTRA.....	171	NICAZEL.....	212
MYLICON INFANTS GAS RELIEF.....	93	NEOCATE SPLASH.....	171	NICAZEL FORTE.....	212
MYNEPHRON.....	211	NEOCATE SYNEO JUNIOR.....	171	NICODERM CQ.....	162
MYRBETRIQ.....	104	NEOFLEX CALCIUM + VITAMIN D		NICOMIDE.....	212
<i>na ferric gluc cplx in sucrose</i>	111	.....	184	NICORELIEF.....	162
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	101	<i>neomaterna</i>	212	NICORETTE.....	162
<i>nabumetone</i>	36	NEOMULTIVITE.....	212	NICORETTE MINI.....	162
<i>nac</i>	170	<i>neomycin sulfate</i>	51	NICORETTE STARTER KIT.....	162
<i>nac 600</i>	170	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	114	<i>nicotinamide</i>	212
<i>n-acetyl cysteine</i>	170	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	113	<i>nicotine</i>	163
<i>nadolol</i>	60	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	114	<i>nicotine mini</i>	162
<i>nafcillin sodium</i>	57	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	113, 118	<i>nicotine polacrilex</i>	162
NAGLAZYME.....	81	<i>neonatal complete</i>	212	<i>nicotine polacrilex mini</i>	162
<i>naloxone hcl</i>	162	NEONATAL PLUS.....	212	<i>nicotine step 1</i>	162
<i>naltrexone hcl</i>	162	<i>neonatal prenatal</i>	212	<i>nicotine step 2</i>	163
NAMZARIC.....	153	NEONATAL VITAMIN.....	212	<i>nicotine step 3</i>	163
NAPHCN-A.....	112	NEO-POLYCIN.....	114	NICOTROL NS.....	163
<i>naproxen</i>	36	NEO-POLYCIN HC.....	113	<i>nifedipine er</i>	61
<i>naproxen sodium</i>	36	NEOQ10.....	171	<i>nifedipine er osmotic release</i>	61
NARAMIN.....	124	NEOSPORIN.....	232	NIFEREX.....	111
<i>naratriptan hcl</i>	160			NIKKI.....	73

<i>nilotinib hcl</i>	23	NOVOLIN N FLEXPEN.....	77	OCELLA.....	74
<i>nilutamide</i>	19	NOVOLIN N RELION.....	77	OCTAGAM.....	30
<i>nimodipine</i>	61	NOVOLIN R.....	77	<i>octreotide acetate</i>	81
NINJACOF-XG.....	142	NOVOLIN R FLEXPEN.....	77	<i>ocular vitamins</i>	213
NINLARO.....	23	NOVOLIN R RELION.....	77	<i>ocutabs</i>	213
NISEKO HYDRATING FACIAL.....	243	NOVOLOG.....	77	<i>ocutabs-lutein</i>	213
<i>nitazoxanide</i>	51	NOVOLOG FLEXPEN.....	77	OCUVEL.....	213
<i>nitisinone</i>	81	NOVOLOG FLEXPEN RELION.....	77	OCUVITE ADULT 50+.....	213
<i>nitrvia</i>	212	NOVOLOG MIX 70/30.....	77	OCUVITE ADULT FORMULA.....	213
NITRO-BID.....	64	NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN.....	77	OCUVITE EXTRA.....	213
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	51	NOVOLOG PENFILL.....	77	OCUVITE EYE + MULTI.....	213
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	52	NOVOLOG RELION.....	78	OCUVITE EYE HEALTH	
<i>nitroglycerin</i>	64, 243	NRS NASAL RELIEF.....	142	FORMULA.....	213
NIVA-FOL.....	212	NUBEQA.....	19	OCUVITE EYE HEALTH	
NIVANEX DMX.....	142	NUDEXTA.....	159	GUMMIES.....	213
NIVA-PLUS.....	212	NUFOL.....	213	OCUVITE-LUTEIN.....	213
NIVEA.....	243	NU-IRON.....	111	ODEFSEY.....	49
NIVEA VISAGE.....	243	NULOJIX.....	31	ODOMZO.....	23
NIVEA VISAGE INNER BEAUTY..	243	NUMOISYN.....	229	<i>odor control foot & sneaker</i>	235
NIX CREME RINSE.....	238	NUPLAZID.....	157	ODOR EATERS ANTIFUNGAL.....	235
<i>nizatidine</i>	85	NURTEC.....	160	ODOR EATERS FOOT/SNEAKER	
<i>no drip nasal spray</i>	142	NUTRA/SHAKE.....	171	SPRAY.....	235
<i>no iron mult vitamin-minerals</i>	212	NUTRADERM.....	243	OFEV.....	129
<i>nohist-dm</i>	142	NUTRALYN.....	213	<i>ofloxacin</i>	114, 118
<i>non-aspirin</i>	43	NUTREN 1.0.....	171	OGIVRI.....	23
<i>non-aspirin extra strength</i>	43	NUTREN 1.0/FIBER.....	171	OGSIVEO.....	23
<i>non-aspirin jr strength</i>	43	NUTREN 1.5.....	171	<i>ohc covid-19 antigen self test</i>	52
<i>non-aspirin pain relief</i>	44	NUTREN 2.0.....	171	OJEMDA.....	23
<i>non-pseudo sinus decongestant</i>	142	NUTREN JR.....	171	OJJAARA.....	23
NORA-BE.....	73	NUTREN JR FIBER.....	171	OKEEFFES WORKING HANDS....	244
<i>norelgestromin-eth estradiol</i>	74	NUTREN JUNIOR 1.0.....	171	<i>olanzapine</i>	157
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	74	NUTREN JUNIOR/FIBER.....	171	<i>olmesartan medoxomil</i>	58
<i>norethindrone</i>	74	NUTREN PULMONARY.....	171	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	61
<i>norethindrone acetate</i>	84	NUTRIFAC ZX.....	213	<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	62
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>	74	<i>nutrifocus</i>	171	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	59
<i>norethindrone-eth estradiol</i>	83	NUTRIHEP 1.5 CAL.....	171	<i>omeprazole</i>	95
<i>norgestimate-eth estradiol</i>	74	NUTRILIPID.....	186	OMNIBASE.....	66
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	74	<i>nutritional drink</i>	171	<i>omnicap</i>	213
NORLYROC.....	74	<i>nutritional drink mix</i>	171	OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO	
NORTREL 0.5/35 (28).....	74	<i>nutritional drink plus</i>	171	GEN 5.....	78
NORTREL 1/35 (21).....	74	<i>nutritional drink shake mix</i>	171	OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS	
NORTREL 1/35 (28).....	74	<i>nutritional shake</i>	171	GEN 5.....	78
NORTREL 7/7/7.....	74	<i>nutritional shake complete</i>	171	OMNIPOD 5 LIBRE2 G6 INTRO	
<i>nortriptyline hcl</i>	154	<i>nutritional shake high protein</i>	171	G5.....	78
NORVIR.....	47	<i>nutritional shake plus</i>	171	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6	
<i>norwegian cod liver oil</i>	213	<i>nutritional shake plus protein</i>	171	PODS.....	78
NOSTRILLA.....	142	<i>nutritional supplement</i>	171	OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4)..	78
NOURILITE.....	66	<i>nutritional supplement plus</i>	171	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)...	78
NOURISH.....	171	NUZYRA.....	57	OMNITROPE.....	81
NOURISH PEPTIDE FORMULA...	171	NYAMYC.....	235	ON/GO COVID-19 ANTIGEN TEST	52
NOURIVAN ANTIOX BASE.....	66	NYLIA 1/35.....	74	ON/GO ONE COVID-19 HOME	
NOVAFERRUM.....	111	NYLIA 7/7/7.....	74	TEST.....	52
NOVAFERRUM 50.....	111	<i>nystatin</i>	49, 229, 235	<i>once daily</i>	213
NOVAFERRUM PEDIATRIC		NYSTOP.....	235	ONCOVITE.....	213
DROPS.....	111	OA 1.....	171	<i>ondansetron</i>	91
NOVASOURCE RENAL.....	171	OA 2.....	171	<i>ondansetron hcl</i>	91
NOVOLIN 70/30.....	77	OB COMPLETE.....	213	ONE A DAY MEN 50 PLUS.....	213
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	77	OB COMPLETE PREMIER.....	213	ONE A DAY MENS VITACRAVES	213
NOVOLIN 70/30 RELION.....	77	OBSTETRIX EC.....	213	ONE A DAY WOMEN 50 PLUS....	213
NOVOLIN N.....	77	OBTREX.....	213	<i>one daily</i>	214

<i>one daily 50 plus</i>	213	<i>one-daily/iron</i>	215	OSMOLITE 1.5 CAL.....	172
<i>one daily calcium/iron</i>	213	ONELAX.....	101	OSMOLITE HN.....	172
<i>one daily complete</i>	213	ONELAX DAILY FIBER.....	101	OSTEOPRIME PLUS.....	215
<i>one daily complete for men</i>	213	ONELAX FIBER THERAPY.....	101	OSTEOPRIME ULTRA.....	215
ONE DAILY ESSENTIAL.....	213	ONELAX SENNA.....	101	<i>oxacillin sodium</i>	57
<i>one daily essentials</i>	213	<i>onevite</i>	215	<i>oxaliplatin</i>	18
<i>one daily for men 50+ advanced</i>	213	ONTRUZANT.....	23	<i>oxcarbazepine</i>	149
<i>one daily for men/lycopene</i>	213	ONUREG.....	26	OXEPA.....	172
<i>one daily for women</i>	214	OPCON-A.....	112	OXEPA 1.5.....	172
<i>one daily for women 50+ adv</i>	214	OPIPZA.....	157	<i>oxybutynin chloride</i>	104
<i>one daily healthy weight</i>	214	OPSUMIT.....	63	<i>oxybutynin chloride er</i>	104
<i>one daily healthy weight adv</i>	214	OPTICHAMBER DIAMOND.....	129	<i>oxycodone hcl</i>	37
<i>one daily maximum</i>	214	OPTICHAMBER DIAMOND-LG		<i>oxycodone-acetaminophen</i>	37
<i>one daily men formula w/o iron</i>	214	MASK.....	129	<i>oxymetazoline hcl</i>	142
<i>one daily mens</i>	214	OPTICHAMBER DIAMOND-MD		OYSCO 500+D.....	184
<i>one daily mens 50+ multivit</i>	214	MASK.....	129	<i>oyster calcium/d3</i>	184
<i>one daily mens 50+/lycopene</i>	214	OPTICHAMBER DIAMOND-SM		<i>oyster shell calcium</i>	184
<i>one daily mens health</i>	214	MASK.....	129	<i>oyster shell calcium + d</i>	184
<i>one daily multivitamin/iron-free</i>	214	OPTICLEANSE GHI.....	171	<i>oyster shell calcium + d3</i>	184
<i>one daily multivitamin adult</i>	214	<i>optic-vites</i>	215	<i>oyster shell calcium plus d</i>	184
<i>one daily multivitamin men</i>	214	<i>optic-vites with lutein</i>	215	<i>oyster shell calcium w/d</i>	184
<i>one daily multivitamin women</i>	214	OPTIFAST POST BARIATRIC.....	215	<i>oyster shell calcium/d</i>	185
<i>one daily multivitamin/iron</i>	214	OPTIMAL D3.....	215	<i>oyster shell calcium/d3</i>	185
<i>one daily womens</i>	214	OPTIMAL D3 M.....	215	<i>oyster shell calcium/vit d</i>	185
<i>one daily womens 50 plus</i>	214	OPTIMENTAL.....	171	<i>oyster shell calcium/vit d3</i>	185
<i>one daily womens 50+</i>	214	<i>optimum airvites</i>	215	<i>oyster shell calcium/vitamin d</i>	185
<i>one daily/minerals</i>	214	<i>optimum pms</i>	215	OZEMPIC (0.25 OR 0.5	
ONE VITE CALCIUM + D3.....	184	OPTIONS GYNOL II		MG/DOSE).....	79
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN.....	214	CONTRACEPTIVE.....	106	OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	79
ONE VITE FERROUS SULFATE..	111	OPTISOURCE POST BARIATRIC		OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	79
<i>one vite womens</i>	214	SURG.....	215	PACERONE.....	58
<i>one vite womens plus</i>	214	OPTIVITE P.M.T.....	215	<i>paclitaxel</i>	27
ONE-A-DAY FOR HER		OPURITY.....	215	<i>paclitaxel protein-bound part</i>	27
VITACRAVES.....	214	OPURITY B12/FOLIC ACID.....	215	<i>pain & fever childrens</i>	44
ONE-A-DAY FOR HIM		OPURITY BYPASS OPTIMIZED...	215	<i>pain & fever infants</i>	44
VITACRAVES.....	214	<i>oral analgesic max st</i>	229	<i>pain & fever kids</i>	44
ONE-A-DAY MENOPAUSE		<i>oral electrolyte freezer pops</i>	178	<i>pain and fever relief kids</i>	44
FORMULA.....	214	<i>oral electrolytes</i>	178	<i>pain relief</i>	44
ONE-A-DAY MENS (MINERALS) ..	214	<i>oral relief spray</i>	229	<i>pain relief childrens</i>	44
ONE-A-DAY MENS 50+.....	214	<i>oral suspend</i>	66	<i>pain relief extra strength</i>	44
ONE-A-DAY MENS 50+		<i>oralyte</i>	178	<i>pain relief max str</i>	244
ADVANTAGE.....	214	ORAPENN SD ANHYD		<i>pain relief maximum strength</i>	244
ONE-A-DAY MENS HEALTH		SWEETENED.....	66	<i>pain relief regular strength</i>	44
FORMULA.....	214	ORAPENN SD ANHYD		<i>pain reliever</i>	44
ONE-A-DAY MENS PRO EDGE...	214	UNSWEETEN.....	66	<i>pain reliever extra strength</i>	44
ONE-A-DAY PROACTIVE 65+.....	214	ORA-PLUS.....	66	<i>pain reliever for adults</i>	44
ONE-A-DAY WOMENS.....	214	ORASEP.....	229	<i>pain reliever/fever reducer</i>	44
ONE-A-DAY WOMENS 50+.....	214	ORAZINC.....	184	<i>pain relieving lidocaine</i>	244
ONE-A-DAY WOMENS 50+		ORGANIC NUTRITION SHAKE...	171	<i>paliperidone er</i>	157
ADVANTAGE.....	214	ORGANIC PEDIA SMART.....	171	PALMERS COCOA BUTTER	
ONE-A-DAY WOMENS PETITES.	215	ORGOVYX.....	19	FORMULA.....	244
ONE-A-DAY WOMENS		ORKAMBI.....	129	PALMERS INTENSIVE RELIEF	
PRENATAL 1.....	215	<i>orlistat</i>	84	HAND.....	244
ONE-A-DAY WOMENS		ORQUIDEA.....	74	PALMERS NIGHT CREAM.....	244
VITACRAVES.....	215	ORSERDU.....	19	PALMERS STRETCH MARKS.....	244
<i>one-daily multi caps</i>	215	OS 2.....	172	<i>pamidronate disodium</i>	85
<i>one-daily multi vitamins</i>	215	<i>oseltamivir phosphate</i>	53	<i>pan-c 500/bioflavonoids</i>	215
<i>one-daily multi-vit/mineral</i>	215	OSMOLITE.....	172	PANRETIN.....	244
<i>one-daily multi-vitamin</i>	215	OSMOLITE 1 CAL.....	172	<i>pantoprazole sodium</i>	95
<i>one-daily multi-vitamin/iron</i>	215	OSMOLITE 1.2 CAL.....	172	PANZYGA.....	30

<i>paricalcitol</i>	69	PEDIASURE GROW & GAIN		PERATIVE.....	173
<i>paroxetine hcl</i>	154	ORGANIC.....	172	PERATIVE 1.3 CAL.....	173
<i>parvlex</i>	215	PEDIASURE GROW &		PERDIEM OVERNIGHT RELIEF ...	101
PAXLOVID (150/100).....	53	GAIN/FIBER.....	172	PERIDIN-C.....	215
PAXLOVID (300/100 & 150/100).....	53	PEDIASURE HARVEST 1.0 CAL..	172	PERIFLEX ADVANCE.....	173
PAXLOVID (300/100).....	53	PEDIASURE NUTRIPALS.....	172	PERIFLEX JUNIOR.....	173
<i>pazopanib hcl</i>	23	PEDIASURE PEDIATRIC.....	172	<i>perindopril erbumine</i>	64
<i>pc pediatric iron drops</i>	111	PEDIASURE PEPTIDE 1.0 CAL....	172	PERIOGARD.....	229
<i>pc pediatric poly-vital/fe drop</i>	215	PEDIASURE PEPTIDE 1.5 CAL....	172	PERIOMED.....	229
<i>pc pediatric poly-vitamin drop</i>	215	PEDIASURE REDUCED CALORIE		<i>permethrin</i>	238
<i>pc pediatric tri-vitamin drops</i>	215	.....	172	<i>perphenazine</i>	157
PCCA ALADERM BASE.....	66	PEDIASURE SHAKE MIX.....	172	<i>petrolatum</i>	67
PCCA ANHYDROUS LIPODERM		PEDIASURE SHAKE/FIBER.....	172	<i>petrolatum white</i>	67
BASE.....	66	PEDIASURE SIDEKICKS.....	172	<i>petroleum jelly</i>	67
PCCA BASE 7542.....	66	PEDIASURE SIDEKICKS CLEAR..	172	PFCB.....	67
PCCA BIOPEPTIDE BASE.....	66	PEDIASURE SIDEKICKS SHAKE..	172	PFD 2.....	173
PCCA CANNIDEX 2.0 CUSTOM		PEDIASURE/FIBER.....	172	PFD TODDLER.....	173
BASE.....	66	<i>pediatric drink</i>	172	PFIZERPEN.....	57
PCCA CANNIDEX CUSTOM BASE	66	<i>pediatric electrolyte</i>	179	<i>pharbecchlor</i>	124
PCCA COSMETIC HRT BASE.....	66	PEDVAX HIB.....	33	<i>pharbedryl</i>	124
PCCA EMOLLIENT CREAM BASE..	66	<i>peg 3350</i>	101	PHARBETOL.....	44
PCCA HYDRABASE SB CUSTOM		<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	101	PHARBETOL EXTRA STRENGTH..	44
BASE.....	66	<i>peg-3350/electrolytes</i>	101	PHARMABASE ANTIOXIDANT.....	67
PCCA LIPODERM BASE.....	66	PEGASYS.....	53, 54	PHARMABASE COSMETIC.....	67
PCCA MVC BASE.....	66	PEMAZYRE.....	23	PHARMABASE COSMETIC	
PCCA NATACREAM.....	66	<i>pemetrexed disodium</i>	26	NATURAL.....	67
PCCA PRACASIL TM-PLUS BASE..	66	PENBRAYA.....	33	PHARMABASE HEAVY.....	67
PCCA VANISHING CREAM BASE..	67	<i>penderm</i>	67	PHARMABASE LIGHT.....	67
PCCA VANISHING CREAM LIGHT..	67	<i>penicillamine</i>	69	PHARMABASE VAGINAL.....	67
PCCA VANPEN BASE.....	67	<i>penicillin g potassium</i>	57	<i>pharmacist choice d-vitamin</i>	215
PCCA WAV CUSTOM BASE.....	67	<i>penicillin g sodium</i>	57	PHAZYME.....	93
PECGEN DMX.....	142	<i>penicillin v potassium</i>	57	PHAZYME MAXIMUM STRENGTH..	93
PECGEN PSE.....	142	PEN-KERA.....	244	PHAZYME ULTRA STRENGTH.....	93
<i>ped electrolyte freeze pops</i>	178	<i>penmenvy</i>	33	<i>phendimetrazine tartrate</i>	84
<i>ped electrolyte freezer pops</i>	178	<i>pensomal</i>	67	<i>phenelzine sulfate</i>	154
PEDIA VANCE.....	178	PENTACEL.....	33	PHENEX-1.....	173
PEDIACARE CHILDREN.....	44	<i>pentamidine isethionate</i>	52	PHENEX-2.....	173
PEDIACARE CHILDRENS		<i>pentoxifylline er</i>	108	<i>phenobarbital</i>	149
ALLERGY.....	124	PENTRAVAN.....	244	<i>phenobarbital sodium</i>	160
PEDIACARE		PENTRAVAN PLUS.....	244	<i>phenol</i>	244
COUGH/CONGESTION.....	142	PEPTAMEN.....	173	<i>phentermine hcl</i>	84
PEDIACARE INFANT		PEPTAMEN 1 CAL/PREBIO1.....	172	<i>phentermine-topiramate er</i>	84
FEVER/PAIN.....	44	PEPTAMEN 1.5 CAL.....	172	PHENYLADE DRINK MIX.....	173
PEDIACARE INFANTS.....	44	PEPTAMEN 1.5 CAL/PREBIO1....	172	PHENYLADE ESSENTIAL DRINK	
PEDIACARE INFANTS GAS		PEPTAMEN AF.....	172	MIX.....	173
RELIEF.....	93	PEPTAMEN INTENSE VHP.....	172	PHENYLADE ESSENTIAL	
PEDIA-LAX.....	101	PEPTAMEN JUNIOR 1 CAL.....	172	MIX/FIBER.....	173
PEDIALYTE.....	179	PEPTAMEN JUNIOR 1		PHENYLADE GMP.....	173
PEDIALYTE ADVANCED CARE...	178	CAL/PREBIO1.....	172	PHENYLADE GMP MIX	
PEDIALYTE FREEZER POPS.....	179	PEPTAMEN JUNIOR 1.5.....	173	DHA/FIBER.....	173
PEDIALYTE IMMUNE SUPPORT..	179	PEPTAMEN JUNIOR 1.5 CAL.....	173	PHENYLADE GMP MIX-IN.....	173
PEDIALYTE SINGLES.....	179	PEPTAMEN JUNIOR FIBER.....	173	PHENYLADE GMP READY.....	173
PEDIARIX.....	32	PEPTAMEN JUNIOR HP.....	173	PHENYLADE RTD PKU 10.....	173
PEDIASmart PEA PROTEIN.....	172	PEPTAMEN JUNIOR PHGG 1.2...	173	PHENYLADE60 DRINK MIX.....	173
PEDIASURE.....	172	PEPTAMEN JUNIOR/PREBIO1....	173	<i>phenylephrine hcl</i>	142
PEDIASURE 1.0 CAL/FIBER.....	172	PEPTAMEN/PREBIO1.....	173	<i>phenylephrine-dm-gg</i>	142
PEDIASURE 1.5 CAL.....	172	PEPTO-BISMOL.....	90	PHENYL-FREE 2.....	173
PEDIASURE 1.5 CAL/FIBER.....	172	PEPTO-BISMOL MAX STRENGTH..	90	PHENYL-FREE 2HP.....	173
PEDIASURE GROW & GAIN.....	172	PEPTO-BISMOL TO-GO.....	90	PHENYTEK.....	149
		<i>perampanel</i>	149	<i>phenytoin</i>	150

<i>phenytoin sodium</i>	161	<i>polysaccharide iron complex</i>	111	<i>prenatal+dha</i>	216
<i>phenytoin sodium extended</i> ...	150, 161	<i>polysaccharide-iron complex</i>	111	PRENATE AM.....	216
PHESGO.....	23	POLYSPORIN.....	232	PRENATE ELITE.....	216
PHILITH.....	74	<i>poly-tussin ac</i>	142	PRENATOL-M.....	217
PHILLIPS MILK OF MAGNESIA....	101	POLY-VENT IR.....	142	PRENATRIX.....	217
PHYTOBASE.....	67	POLY-VI-FLOR.....	216	PRENATRYL.....	217
PHYTOMULTI.....	215	<i>polyvinyl alcohol</i>	116	<i>pres gen</i>	142
<i>phytonadione</i>	215, 216	POLY-VI-SOL.....	216	<i>pres gen pediatric</i>	142
PIFELTRO.....	47	POLY-VI-SOL/IRON.....	216	<i>prescription support multivit</i>	217
<i>pilocarpine hcl</i>	113, 229	<i>poly-vita</i>	216	PRESERVISION AREDS.....	217
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST.	52	<i>poly-vitaliron</i>	216	PRESERVISION AREDS 2.....	217
<i>pimecrolimus</i>	244	<i>poly-vite pediatric</i>	216	PRESERVISION AREDS 2+MULTI	
<i>pimozide</i>	157	<i>poly-viteliron</i>	216	VIT.....	217
PIMTREA.....	74	POMALYST.....	27	PRESERVISION/LUTEIN.....	217
<i>pin-away</i>	52	PORTAGEN.....	174	PRETTY FEET/HANDS.....	244
<i>pindolol</i>	60	PORTIA-28.....	74	PREVALITE.....	59
<i>pink bismuth</i>	90	<i>posaconazole</i>	49	<i>prevent</i>	217
<i>pink bismuth maximum strength</i>	90	<i>potassium chloride</i>	177, 178	PREVIDENT.....	230
<i>pinworm medicine</i>	52	<i>potassium chloride crys er</i>	178	PREVIDENT 5000 DRY MOUTH...	229
<i>pioglitazone hcl</i>	79	<i>potassium chloride er</i>	178	PREVIDENT 5000 PLUS.....	230
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>	79	<i>potassium chloride in nacl</i>	177	<i>prev-rx</i>	217
<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>	57	<i>potassium citrate er</i>	106	PREVYMIS.....	54
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)....	23	<i>potassium cl in dextrose 5%</i>	177	PREZCOBIX.....	49
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)....	23	<i>potassium hydroxide</i>	67	PREZISTA.....	47
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)....	23	<i>povidone-iodine</i>	244	PRIFTIN.....	48
<i>pirfenidone</i>	129	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	151	<i>primaquine phosphate</i>	53
<i>piroxicam</i>	36	<i>prasugrel hcl</i>	112	<i>primidone</i>	150
PIVOT 1.5 CAL.....	173	<i>pravastatin sodium</i>	59	PRIORIX.....	33
PKU 2.....	173	<i>praziquantel</i>	52	PRIVIGEN.....	30
PKU 3.....	173	<i>prazosin hcl</i>	58	<i>pro comfort spacer adult</i>	129
PKU AIR20 GOLD.....	173	<i>prednisolone</i>	83	<i>pro comfort spacer child</i>	130
PKU AIR20 GREEN.....	173	<i>prednisolone acetate</i>	114	<i>pro comfort spacer infant</i>	130
PKU AIR20 YELLOW.....	173	<i>prednisolone sodium phosphate</i>		<i>pro hers rx</i>	217
PKU COOLER 10.....	173	.....	83, 114	<i>pro his rx</i>	217
PKU COOLER 15.....	173	<i>prednisone</i>	83, 84	<i>pro pcos rx</i>	217
PKU COOLER 20.....	173	PREDNISONE INTENSOL.....	83	<i>probenecid</i>	46
PKU EASY SHAKE & GO.....	173	<i>preferred plus insulin syringe</i>	78	<i>probiotics + bariatric multi</i>	217
PKU LOPHLEX LQ 20.....	174	<i>pregabalin</i>	150	PRO-CAL.....	217
PKU PERIFLEX EARLY YEARS...	174	<i>pregenna</i>	216	<i>procare spacer/adult mask</i>	130
PKU PERIFLEX JUNIOR PLUS....	174	PREMASOL.....	186	<i>procare spacer/child mask</i>	130
PKU SPHERE 20.....	174	PREMESISRX.....	216	PROCERV HP.....	217
PKU SPHERE NEXT 15.....	174	<i>prenatabs fa</i>	216	<i>prochamber vhc</i>	130
PKU START.....	174	PRENATABS RX.....	216	<i>prochlorperazine</i>	91
<i>pku trio</i>	174	<i>prenatal</i>	178, 216	<i>prochlorperazine edisylate</i>	91
PLENAMINE.....	186	<i>prenatal (w/iron & fa)</i>	216	<i>prochlorperazine maleate</i>	91
PLENVU.....	101	<i>prenatal 19</i>	216	PROCRIT.....	108
<i>pnv 27-calf/fa</i>	216	<i>prenatal complete</i>	216	PROCTOCORT.....	244
<i>pnv prenatal plus multivitamin</i>	216	<i>prenatal formula</i>	216	PROCTO-MED HC.....	244
<i>pnv tabs 20-1</i>	216	<i>prenatal formula a-free</i>	216	PROCTOSOL HC.....	244
<i>pnv-select</i>	216	<i>prenatal forte</i>	216	PROCTOZONE-B.....	101
POCKET CHAMBER.....	129	<i>prenatal multi +dha</i>	216	PROCTOZONE-HC.....	244
POCKET SPACER.....	129	PRENATAL MULTIVITAMIN +		<i>pro-ex antifungal</i>	235
<i>podofilox</i>	244	DHA.....	216	<i>profola</i>	217
<i>poly bacitracin</i>	232	<i>prenatal multivitamin plus dha</i>	216	<i>progesterone</i>	84
POLYCAL.....	174	<i>prenatal one daily</i>	216	PROGRAF.....	31
POLYCIN.....	114	<i>prenatal plus</i>	216	PROLASTIN-C.....	130
<i>polyethylene glycol 3350</i>	67, 101	<i>prenatal plus vitamin/mineral</i>	216	PROLAXA.....	102
POLY-IRON 150.....	111	<i>prenatal vitamin and mineral</i>	216	PROLIA.....	85
<i>polymyxin b sulfate</i>	52	<i>prenatal vitamins</i>	216	<i>promethazine hcl</i>	91
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	114	<i>prenatal/iron</i>	216	<i>promethazine-codeine</i>	142

<i>promethazine-dm</i>	142	<i>qc all day allergy</i>	124	<i>qc lidocaine pain relief</i>	244
PROMOD.....	174	<i>qc allergy childrens</i>	124	<i>qc loratadine allergy relief</i>	124
PROMOTE.....	174	<i>qc allergy relief</i>	124	<i>qc loratadine-d</i>	143
PROMOTE 1.0.....	174	<i>qc allergy relief childrens</i>	124	<i>qc lubricant eye drops</i>	116
PROMOTE 1.0 WITH FIBER.....	174	<i>qc antacid</i>	88	<i>qc magnesium</i>	88
PROMOTE/FIBER.....	174	<i>qc antacid & pain relief</i>	44	<i>qc medifin mucus relief child</i>	143
<i>propafenone hcl</i>	58	<i>qc antacid/anti-gas</i>	88	<i>qc melatonin max st</i>	174
<i>propafenone hcl er</i>	58	<i>qc anti-diarrheal</i>	90	<i>qc mens daily multivitamin</i>	218
<i>proparacaine hcl</i>	116	<i>qc antifungal (tolnaftate)</i>	235	<i>qc menstrual complete max st</i>	45
PRO-PHREE.....	174	<i>qc anti-gas</i>	93	<i>qc miconazole 7</i>	106
PROPIMEX-1.....	174	<i>qc anti-itch extra strength</i>	244	<i>qc milk of magnesia</i>	102
PROPIMEX-2.....	174	<i>qc antiseptic skin cleanser</i>	244	<i>qc mucus & cough relief child</i>	143
<i>propranolol hcl</i>	60	<i>qc arthritis pain relief</i>	44	<i>qc mucus relief</i>	143
<i>propranolol hcl er</i>	60	<i>qc artificial tears</i>	116	<i>qc mucus relief childrens</i>	143
<i>propylthiouracil</i>	68	<i>qc aspirin</i>	45	<i>qc mucus relief dm max</i>	143
PROQUAD.....	33	<i>qc aspirin low dose</i>	45	<i>qc mucus relief er</i>	143
PRORENAL + D.....	217	<i>qc athletes foot</i>	235	<i>qc mucus relief max st</i>	143
PRORENAL + D W/ OMEGA-3.....	217	<i>qc b12</i>	217	<i>qc mucus relief severe con/cgh</i>	143
PROSIGHT.....	217	<i>qc bacitracin</i>	232	<i>qc multi-vite</i>	218
PROSOL.....	186	<i>qc bacitracin zinc</i>	232	<i>qc multi-vite 50 & over</i>	218
PROSOURCE.....	174	<i>qc biotin</i>	217	<i>qc nasal decongestant pe</i>	143
PROSOURCE PLUS.....	174	<i>qc calamine</i>	244	<i>qc nasal mist no drip</i>	143
PROSOURCE TF.....	174	<i>qc calcium 500mg-d3</i>	185	<i>qc nasal spray</i>	143
PROSOURCE XTRACAL.....	174	<i>qc calcium fast dissolution</i>	185	<i>qc natural vegetable</i>	102
PROSOURCE ZAC.....	174	<i>qc cetirizine allergy relief</i>	124	<i>qc natura-lax</i>	102
PROSTEON.....	185	<i>qc childrens aspirin</i>	45	<i>qc niacin</i>	218
PROSURE.....	174	<i>qc childrens complete</i>	217	<i>qc nicotine transdermal system</i>	163
PROTALITY.....	174	<i>qc childrens vitamins/extra c</i>	217	<i>qc no drip extra moisturizing</i>	143
PROTECT CARDIO AF.....	217	<i>qc childrens vitamins/iron</i>	217	<i>qc no drip nasal relief</i>	143
PROTECT PLUS SO.....	217	<i>qc chlor-pheniramine</i>	124	<i>qc no drip original 12 hours</i>	143
PROTEGRA.....	217	<i>qc clotrimazole</i>	106, 235	<i>qc non-aspirin 8 hour</i>	45
<i>protriptyline hcl</i>	154	<i>qc co q-10</i>	174	<i>qc non-aspirin childrens</i>	45
PROVIMIN.....	174	<i>qc cod liver oil</i>	217	<i>qc non-aspirin extra strength</i>	45
PROVIT.....	217	<i>qc complete allergy medicine</i>	124	QC OCUHEALTH VISION	
<i>pseudoeph-bromphen-dm</i>	142	<i>qc daily multivit/multimineral</i>	217	SUPPORT 2.....	218
<i>pseudoephedrine hcl</i>	142	<i>qc daily multivitamins/iron</i>	217	<i>qc oral pain relieving</i>	230
<i>pseudoephedrine hcl er</i>	142	<i>qc diarrhea relief</i>	90	<i>qc pain relief</i>	45
<i>p-siloxan ds</i>	67	<i>qc docusate calcium</i>	102	<i>qc pain relief childrens</i>	45
<i>psyldex</i>	102	<i>qc ear wax removal</i>	246	<i>qc pain relief extra strength</i>	45
<i>psyllium fiber</i>	102	<i>qc earwax removal</i>	246	<i>qc petroleum jelly</i>	67
PULMOCARE.....	174	<i>qc earwax removal kit</i>	246	<i>qc pink bismuth</i>	90
PULMOCARE 1.5.....	174	<i>qc enema</i>	102	<i>qc povidone iodine</i>	244
PULMOSAL.....	143	<i>qc enteric aspirin</i>	45	<i>qc prenatal</i>	218
PULMOZYME.....	130	<i>qc epsom salt</i>	102	<i>qc psyllium fiber</i>	102
<i>pure calcium carbonate</i>	185	<i>qc essentials</i>	217	<i>qc senna</i>	102
<i>pure comfort spacer chamber</i>	130	<i>qc ferrous sulfate</i>	111	<i>qc senna-s</i>	102
PURECARB.....	174	<i>qc fiber</i>	102	<i>qc stomach relief</i>	90
<i>purevit dualfe plus</i>	111	<i>qc fiber laxative</i>	102	<i>qc stomach relief ultra</i>	90
<i>push 20+ advanced</i>	174	<i>qc fiber therapy</i>	102	<i>qc stool softener</i>	102
<i>pyrazinamide</i>	48	<i>qc folic acid</i>	218	<i>qc stool softener pls laxative</i>	102
<i>pyridostigmine bromide</i>	159	<i>qc gas relief</i>	93	<i>qc suphedrine maximum strength</i>	143
<i>pyridoxine hcl</i>	217	<i>qc gas relief extra strength</i>	93	<i>qc therin-m</i>	218
<i>pyrimethamine</i>	52	<i>qc gas relief infants</i>	93	<i>qc tolinaftate</i>	235
PYZCHIVA.....	28	<i>qc gentle laxative</i>	102	<i>qc triple antibiotic</i>	232
<i>qc 8 hour arthritis pain</i>	44	<i>qc gentle laxative womens</i>	102	<i>qc triple antibiotic max st</i>	232
<i>qc 8 hour pain relief</i>	44	<i>qc glycerin</i>	102	<i>qc triple antibiotic multi-act</i>	232
<i>qc acetaminophen 8 hours</i>	44	<i>qc hair skin & nails</i>	218	<i>qc triple antibiotic pain rlf</i>	232
<i>qc acetaminophen 8hr arth pain</i>	44	<i>qc ibuprofen</i>	36	<i>qc tussin cf adult</i>	143
<i>qc acetaminophen 8hr musc ache</i>	44	<i>qc ibuprofen ib</i>	36	<i>qc tussin dm cough/congestion</i>	143
<i>qc acetaminophen infants</i>	44	<i>qc laxative</i>	102	<i>qc urinary pain relief</i>	52

<i>qc vapor inhaler</i>	143	<i>ra aspirin</i>	45	<i>ra laxative</i>	102
<i>qc vegetable laxative</i>	102	<i>ra aspirin adult low dose</i>	45	<i>ra lice maximum strength</i>	238
<i>qc vitamin b1</i>	218	<i>ra aspirin adult low strength</i>	45	<i>ra lice solution</i>	238
<i>qc vitamin b12</i>	218	<i>ra aspirin childrens</i>	45	<i>ra lice treatment</i>	238
<i>qc vitamin b6</i>	218	<i>ra aspirin ec</i>	45	<i>ra lidocaine pain relieving</i>	244
<i>qc vitamin c</i>	218	<i>ra aspirin ec adult low st</i>	45	<i>ra lorata-d</i>	144
<i>qc vitamin c with rose hips</i>	218	<i>ra athletes foot</i>	235	<i>ra loratadine</i>	125
<i>qc vitamin d3</i>	218	<i>ra bacitracin</i>	232	<i>ra lubricant eye</i>	116
<i>qc vitamin e</i>	218	<i>ra bacitracin zinc first aid</i>	232	<i>ra lubricant eye drops</i>	116
<i>qc womens daily multivitamin</i>	218	<i>ra balanced b-100</i>	218	<i>ra melatonin</i>	174
<i>qc zinc</i>	185	<i>ra balanced b-50</i>	218	<i>ra menstrual relief</i>	45
<i>qc zinc oxide</i>	244	<i>ra b-complex</i>	218	<i>ra menthol nasal inhaler</i>	144
QINLOCK.....	23	<i>ra b-complex with b-12</i>	218	<i>ra miconazole 3 combo pack</i>	106
QLEARQUIL.....	143	<i>ra biotin</i>	218	<i>ra miconazole 3 combo pack app</i> ..	106
Q-SORB CO Q-10.....	174	<i>ra calcium 600</i>	185	<i>ra miconazole 7</i>	106
QSYMIA.....	84	<i>ra calcium 600/vitamin d-3</i>	185	<i>ra micro-filtered sinus wash</i>	130
QUADRACEL.....	33	<i>ra calcium cit plus vit d-3</i>	185	<i>ra milk of magnesia</i>	102
<i>quetiapine fumarate</i>	157	<i>ra calcium citrate plus vit d</i>	185	<i>ra mineral oil</i>	102
<i>quetiapine fumarate er</i>	157	<i>ra calcium cit-vit d-3 petites</i>	185	<i>ra mini nicotine</i>	163
QUFLORA FE.....	218	<i>ra calcium plus vitamin d</i>	185	<i>ra mucus relief</i>	144
QUFLORA FE PEDIATRIC.....	218	<i>ra calcium plus vitamin d3</i>	185	<i>ra mucus relief dm</i>	144
QUFLORA PEDIATRIC.....	218	RA CENTRAL-VITE.....	219	<i>ra mucus relief max st</i>	144
QUICKVUE AT-HOME COVID-19		<i>ra central-vite mens mature</i>	218	<i>ra multihealth fiber</i>	102
TEST.....	52	<i>ra central-vite womens mature</i>	219	<i>ra nasal decongestant pe</i>	144
<i>quin b strong</i>	218	<i>ra cetiri-d</i>	143	<i>ra natural magnesium</i>	185
<i>quin b strong b-25</i>	218	<i>ra childrens fever/pain</i>	45	<i>ra natural vitamin e</i>	219
<i>quinapril hcl</i>	64	<i>ra chlorpheniramine maleate</i>	125	<i>ra niacin</i>	219
<i>quinidine sulfate</i>	58	<i>ra clotrimazole</i>	235	<i>ra nicotine</i>	163
<i>quinine sulfate</i>	53	<i>ra clotrimazole 7</i>	106	<i>ra nicotine gum</i>	163
<i>quintabs</i>	218	<i>ra coenzyme q-10</i>	174	<i>ra nicotine polacrilex</i>	163
<i>quintabs-m</i>	218	<i>ra col-rite</i>	102	<i>ra no flush niacin</i>	219
QULIPTA.....	160	<i>ra complete allergy</i>	125	<i>ra nose drops extra strength</i>	144
<i>ra 12 hour nasal spray</i>	143	<i>ra cough dm</i>	143	<i>ra one daily maximum</i>	219
<i>ra 2-in-1 lax/stool softener</i>	102	<i>ra decongestant inhaler</i>	143	<i>ra one daily mens 50+ w/vit d3</i>	219
<i>ra 8 hour pain relief</i>	45	RA DIPHEDRYL ALLERGY.....	125	<i>ra one daily mens multi</i>	219
<i>ra acetaminophen</i>	45	<i>ra double antibiotic</i>	232	<i>ra one daily mens/vit d-3</i>	219
<i>ra acetaminophen childrens</i>	45	<i>ra dry mouth</i>	230	<i>ra p col-rite</i>	102
<i>ra acetaminophen ex st</i>	45	<i>ra ear drops</i>	246	<i>ra pain relief acetaminophen</i>	45
<i>ra allergy</i>	124, 244	<i>ra earwax removal kit</i>	246	<i>ra pain relief aspirin</i>	45
<i>ra allergy medication</i>	124	<i>ra enema</i>	102	<i>ra pain relief ibuprofen</i>	36
<i>ra allergy relf & nasal decong</i>	143	<i>ra epsom salt</i>	102	<i>ra pain reliever ex st</i>	45
<i>ra allergy relief</i>	124	<i>ra ethyl rubbing alcohol</i>	67	<i>ra pain relieving</i>	244
<i>ra allergy relief (cetirizine)</i>	124	<i>ra eye allergy relief</i>	112	<i>ra pediatric electrolyte</i>	179
<i>ra allergy relief (loratadine)</i>	124	<i>ra fast relief laxative</i>	102	<i>ra prenatal</i>	219
<i>ra allergy relief childrens</i>	124	<i>ra fever reducer/pain reliever</i>	45	<i>ra prenatal formula</i>	219
<i>ra allergy rlf/nasal decongest</i>	143	<i>ra folic acid</i>	219	<i>ra sinus wash nasal relief</i>	130
<i>ra allergy/congestion relief</i>	143	<i>ra foot care (terbinafine)</i>	235	<i>ra sinus wash neti pot</i>	130
<i>ra allergy/congestion relief-d</i>	143	<i>ra foot care (tolnaftate)</i>	235	<i>ra sinus/congestion relief</i>	144
<i>ra antacid</i>	88	<i>ra gas relief</i>	93, 94	<i>ra sinus/congestion relief pe</i>	144
<i>ra antacid/anti-gas</i>	88	<i>ra gas relief extra strength</i>	93	<i>ra slow release iron</i>	111
<i>ra antacid/anti-gas max st</i>	88	<i>ra gas relief ultra strength</i>	94	<i>ra stomach relief</i>	90
<i>ra antacid/gas relief max st</i>	88	RA HI CAL.....	185	<i>ra stool softener</i>	102
<i>ra antibiotic + pain relief</i>	232	<i>ra high potency iron</i>	111	<i>ra suphedrine</i>	144
<i>ra antibiotic/pain relief</i>	232	<i>ra ibuprofen</i>	36	<i>ra triple antibiotic</i>	232
<i>ra anti-diarrheal</i>	90	<i>ra ibuprofen childrens</i>	36	<i>ra tussin</i>	144
<i>ra antifungal foot care</i>	235	<i>ra ibuprofen infants</i>	36	<i>ra tussin cgh & cold mucus cf</i>	144
<i>ra anti-itch skin protectant</i>	244	<i>ra ibuprofen junior strength</i>	36	<i>ra tussin cgh/chest congest dm</i>	144
<i>ra antiseptic</i>	244	<i>ra iron</i>	111	<i>ra tussin chest congestion</i>	144
<i>ra antiseptic skin cleanser</i>	244	<i>ra jock itch</i>	235	<i>ra tussin cough</i>	144
<i>ra arthritis pain relief</i>	45	<i>ra jock itch max st</i>	235	<i>ra tussin cough dm sugar free</i>	144

<i>ra tussin cough/chest dm max</i>	144	REHYDRALYTE	179	<i>ritonavir</i>	47
<i>ra tussin dm</i>	144	<i>relcare</i>	219	<i>rivaroxaban</i>	107
<i>ra vitamin a</i>	219	RELENZA DISKHALER.....	54	<i>rivastigmine</i>	153
<i>ra vitamin b-1</i>	219	RE-LIEVED MAXIMUM		<i>rivastigmine tartrate</i>	153
<i>ra vitamin b12</i>	219	STRENGTH.....	244	RIVELSA.....	74
<i>ra vitamin b-12</i>	219	RELION GLUCOSE.....	69	<i>rizatriptan benzoate</i>	160
<i>ra vitamin b-12 tr</i>	219	RELI-ON INSULIN SYRINGE.....	78	<i>robafen cf multi-symptom cold</i>	144
<i>ra vitamin b-6</i>	219	RELION KETONE TEST.....	82	ROBAFEN DM.....	144
<i>ra vitamin c</i>	219	RELISTOR.....	94	ROBAFEN DM CGH/CHEST	
<i>ra vitamin c cr</i>	219	REMEDIENT.....	219	CONGEST.....	144
<i>ra vitamin c drops</i>	219	REMICADE.....	28	ROBAFEN DM COUGH.....	144
<i>ra vitamin c/acerola</i>	219	RENAL.....	219	ROBAFEN MUCUS/CHEST	
<i>ra vitamin c/rose hips</i>	219	<i>renal vitamin</i>	219	CONGESTION.....	144
<i>ra vitamin d-3</i>	219	RENALCAL.....	175	ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH..	144
<i>ra vitamin e</i>	219	RENAPLEX.....	219	ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH	
<i>ra vitamin e natural</i>	219	RENAPLEX-D.....	220	CHILD.....	144
<i>ra vitamins complete childrens</i>	219	RENASTART.....	175	ROBITUSSIN CHILD	
<i>ra womens laxative</i>	102	RENASTEP.....	175	COUGH/COLD CF.....	145
<i>ra zinc</i>	185	<i>rena-vite</i>	220	ROBITUSSIN COUGH & CHEST	
<i>ra zinc oxide</i>	244	<i>rena-vite rx</i>	220	ADULT.....	145
RABAVERT.....	33	RENFLEXIS.....	28	ROBITUSSIN COUGH & CHEST	
<i>rabeprazole sodium</i>	95	<i>reno caps</i>	220	CHILD.....	145
RADIANCE PLATINUM VITAMIN		<i>repaglinide</i>	79	ROBITUSSIN COUGH+CHEST	
D3.....	219	REPATHA.....	59	CONG DM.....	145
RALDESY.....	154	REPATHA SURECLICK.....	59	ROBITUSSIN HONEY	
<i>raloxifene hcl</i>	81	REPLETE.....	175	CGH/CHEST DM.....	145
<i>ramelteon</i>	159	REPLETE FIBER.....	175	ROBITUSSIN LONG-ACT	
<i>ramipril</i>	64	REPLETE FIBER 1 CAL.....	175	COUGHGELS.....	145
<i>ranolazine er</i>	63	RESOURCE 2.0.....	175	ROBITUSSIN PEAK COLD MULTI-	
<i>rasagiline mesylate</i>	151	RESTA.....	244	SYM.....	145
RE/NEPH.....	174	RESTASIS.....	117	ROCKLATAN.....	113
RE/NEPH LP/HC.....	174	RESTASIS MULTIDOSE.....	117	<i>roflumilast</i>	130
RE/NEPH REDUCED SUGAR.....	174	RESTORA RX.....	90	ROMVIMZA.....	23
REALITY LATEX CONDOMS.....	74	<i>restore fusion renal support</i>	175	<i>ropinirole hcl</i>	151
REALITY LATEX/ULTRA		<i>restore renal support</i>	175	<i>rosuvastatin calcium</i>	59
TEXTURED.....	74	RETAINE CMC.....	117	ROSYRAH.....	74
REALITY LATEX/ULTRA THIN.....	74	RETAINE VISION.....	220	ROTARIX.....	33
REASON.....	175	RETEVMO.....	23	ROTATEQ.....	33
RECLIPSEN.....	74	REVCovi.....	82	ROWEEPPRA.....	150
RECOMBIVAX HB.....	33	REVUFORJ.....	23	ROZLYTREK.....	23, 24
<i>reeses pinworm medicine</i>	52	REXULTI.....	157	RUBRACA.....	24
REFRESH.....	117	REYATAZ.....	47	<i>rufinamide</i>	150
REFRESH CELLUVISC.....	116	REZDIFFRA.....	82	RUKOBIA.....	47
REFRESH DIGITAL.....	116	REZLIDHIA.....	23	RYBELSUS.....	79
REFRESH DIGITAL PF.....	117	REZUROCK.....	31	RYDAPT.....	24
REFRESH LIQUIGEL.....	117	RHOPRESSA.....	113	<i>rydex g</i>	145
REFRESH OPTIVE.....	117	<i>ribavirin</i>	54	<i>rynex pse</i>	145
REFRESH OPTIVE ADVANCED.....	117	RID LICE KILLING SHAMPOO.....	238	<i>sa3 derm</i>	67
REFRESH OPTIVE ADVANCED		<i>rifabutin</i>	48	<i>sacubitril-valsartan</i>	62
PF.....	117	<i>rifampin</i>	48	SAFETUSSIN DM COUGH/CHEST	
REFRESH OPTIVE MEGA-3.....	117	<i>right step prenatal</i>	220	CONG.....	145
REFRESH OPTIVE PF.....	117	<i>riluzole</i>	159	SAJAZIR.....	108
REFRESH PLUS.....	117	<i>rimantadine hcl</i>	54	<i>saline</i>	130
REFRESH RELIEVA.....	117	RINVOQ.....	28	SALONPAS PAIN RELIEVING.....	245
REFRESH RELIEVA PF.....	117	RINVOQ LQ.....	28	<i>salt durable cream</i>	67
REFRESH RELIEVA PF XTRA.....	117	RISABAL-PH.....	244	SALT STABLE LS ADVANCED.....	67
REFRESH TEARS.....	117	<i>risedronate sodium</i>	85	SALTSTABLE LO.....	67
REFRESH TEARS PF.....	117	<i>risperidone</i>	157	SANTYL.....	231
<i>regular nutritional shake</i>	175	<i>risperidone microspheres er</i>	157	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	82
REGULOID.....	102, 103	RITEFLO.....	130	<i>sb 12hr nasal spray</i>	145

<i>sb allergy</i>	125	SCSEMBLIX.....	24	<i>simethicone ultra strength</i>	94
<i>sb allergy medicine</i>	125	<i>scopolamine</i>	91	SIMLIYA.....	74
<i>sb allergy relief</i>	125	<i>scot-tussin expectorant</i>	145	SIMPESSE.....	74
<i>sb allergy relief/nasal decong</i>	145	SCOT-TUSSIN SENIOR.....	145	<i>simvastatin</i>	59
<i>sb antacid</i>	88	SCRUB CARE POVIDONE-		SINUCLEANSE NETI POT.....	130
<i>sb antacid anti-gas</i>	88	IODINE.....	245	SINUCLEANSE REFILL.....	130
<i>sb anti-diarrhea</i>	90	SECUADO.....	158	SINUCLEANSE SQUEEZE.....	130
<i>sb anti-fungal</i>	236	SECURA ANTIFUNGAL EXTRA		SINUGATOR NASAL WASH.....	130
<i>sb anti-gas</i>	94	THICK.....	236	<i>sinus nasal spray</i>	145
<i>sb arthritis pain relief</i>	46	<i>selegiline hcl</i>	151	<i>sinus relief</i>	145
<i>sb aspirin</i>	46	<i>selenious acid</i>	186	<i>sinus relief extra strength</i>	145
<i>sb aspirin ec</i>	46	<i>selenium sulfide</i>	236	<i>sinus relief mist</i>	145
<i>sb bacitracin</i>	232	SELZENTRY.....	47	<i>sinus wash squeeze bottle</i>	130
<i>sb bisacodyl laxative ec</i>	103	<i>se-natal 19</i>	220	<i>sirolimus</i>	31
<i>sb bismuth</i>	90	<i>senexon-s</i>	103	SIRTURO.....	48
<i>sb calcium + d</i>	185	<i>senior tabs</i>	220	<i>skin hair & nails advanced</i>	220
<i>sb cetirizine hcl childrens</i>	125	<i>senna</i>	103	SKYRIZI.....	29
<i>sb childrens aspirin</i>	46	<i>senna laxative</i>	103	SKYRIZI PEN.....	29
<i>sb chlorpheniramine</i>	125	<i>senna plus</i>	103	<i>skyy dermat</i>	67
<i>sb clotrimazole foot</i>	236	<i>senna s</i>	103	SLO-NIACIN.....	220
<i>sb complete nutrition</i>	175	SENNA SMOOTH.....	103	SLOW FE.....	111
<i>sb complete nutrition plus</i>	175	<i>senna-docusate sodium</i>	103	<i>slow iron</i>	112
<i>sb cough control</i>	145	<i>senna-lax</i>	103	<i>slow release iron</i>	112
<i>sb cough control cf</i>	145	<i>senna-plus</i>	103	SLOW-MAG.....	185
<i>sb cough tab</i>	145	<i>senna-s</i>	103	SLOWMAG MG MUSCLE/HEART	185
<i>sb docusate sodium</i>	103	<i>senna-tabs</i>	103	<i>sm allergy relief</i>	125
<i>sb docusate sodium/senna</i>	103	<i>senna-time</i>	103	<i>sm aspirin ec</i>	46
<i>sb fib lax orange</i>	103	<i>senna-time s</i>	103	<i>sm ear drops</i>	246
<i>sb fiber laxative</i>	103	<i>sennazon</i>	103	<i>sm ibuprofen ib</i>	36
<i>sb gas relief</i>	94	<i>sennosides</i>	103	<i>sm loratadine</i>	125
<i>sb gentle lax-women</i>	103	<i>sennosides-docusate sodium</i>	103	<i>sm nicotine</i>	163
<i>sb glycerin adult</i>	103	SENOKOT.....	104	<i>sm nicotine polacrilex</i>	163
<i>sb glycerin pediatric</i>	103	SENOKOT EXTRA STRENGTH.....	103	<i>sm pediatric electrolyte</i>	179
<i>sb ibuprofen</i>	36	SENOKOT KIDS GUMMIES.....	103	<i>sm petroleum jelly</i>	67
<i>sb infants ibuprofen</i>	36	SENOKOT LAXATIVE GUMMIES.....	104	<i>sm tussin cough/chest congest</i>	145
<i>sb laxative</i>	103	SENOKOT S.....	104	<i>sm vitamin d3</i>	220
<i>sb lice killing max st</i>	238	<i>sentry</i>	220	SMARTY PANTS KIDS	
<i>sb lice treatment</i>	238	<i>sentry senior</i>	220	COMPLETE.....	220
<i>sb loratadine</i>	125	<i>sentry senior mens 50+</i>	220	SMOOTH LAX.....	104
<i>sb loratadine allergy relief</i>	125	<i>sentry senior/lutein</i>	220	<i>sodium bicarbonate</i>	88
<i>sb low dose asa ec</i>	46	SERACAL.....	175	<i>sodium chloride</i>	145, 177, 231
<i>sb milk of magnesia</i>	103	SEREVENT DISKUS.....	126	<i>sodium chloride (hypertonic)</i>	117
<i>sb nasal spray no-drip</i>	145	<i>sertraline hcl</i>	154	<i>sodium fluoride</i>	178, 185, 230
<i>sb natural fiber laxative</i>	103	<i>se-tan plus</i>	111	<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	230
<i>sb non-aspirin</i>	46	SETLAKIN.....	74	<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	230
<i>sb non-aspirin extra strength</i>	46	<i>sf</i>	230	<i>sodium oxybate</i>	160
<i>sb oyster shell calcium</i>	185	<i>sf 5000 plus</i>	230	<i>sodium phenylbutyrate</i>	82
<i>sb pain reliever childrens</i>	46	SHAROBEL.....	74	<i>sodium phosphates</i>	185
<i>sb pain reliever ex st</i>	46	SHINGRIX.....	33	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	69
<i>sb pediatric electrolyte</i>	179	SIGNIFOR.....	82	<i>sol carb</i>	175
<i>sb polyethylene glycol 3350</i>	103	SIKLOS.....	108	<i>solifenacin succinate</i>	104
<i>sb povidone-iodine</i>	245	<i>sildenafil citrate</i>	63	SOLIQUA.....	78
<i>sb senna-lax</i>	103	<i>silprotex plus</i>	67	<i>solo</i>	220
<i>sb sinus relief</i>	145	<i>siltussin sa</i>	145	SOLTAMOX.....	19
<i>sb stool softener</i>	103	<i>silver sulfadiazine</i>	232	SOLU-CORTEF.....	84
<i>sb triple antibiotic</i>	232	SIMBRINZA.....	113	SOLUVITA.....	185
<i>sb vitamin c</i>	220	<i>simeped</i>	94	SOLUVITA ACD WITH FLUORIDE	220
SCANDICAL.....	175	<i>simethicone</i>	94	SOLUVITA WITH FLUORIDE.....	220
SCANDISHAKE.....	175	<i>simethicone drops infants</i>	94	SOMATULINE DEPOT.....	82
scar care.....	67	<i>simethicone extra strength</i>	94	SOMAVERT.....	82

SOOTHE.....	90	SUBVENITE.....	150	sv magnesium.....	185
SOOTHE HYDRATION.....	117	sucralfate.....	94	sv melatonin.....	175
SOOTHE MAXIMUM STRENGTH.....	90	SUDAFED.....	145	sv vitamin b-12 er.....	221
SOOTHE XP.....	117	SUDAFED 12 HOUR.....	145	sv vitamin d3.....	221
SOOTHE XP XTRA PROTECTION.....	117	SUDAFED PE SINUS.....		SWEET CHEEKS.....	69
sorafenib tosylate.....	24	CONGESTION.....	146	SYEDA.....	74
SORBUGEN NR.....	145	SUDAFED SINUS CONGESTION.....	146	SYMDEKO.....	130
sorbutuss nr.....	145	SUDAFED SINUS CONGESTION.....		SYMPAZAN.....	150
sotalol hcl.....	58	12HR.....	146	SYMTUZA.....	49
sotalol hcl (af).....	58	SUDAFED SINUS CONGESTION.....		SYNAREL.....	82
SOTYKTU.....	29	24HR.....	146	SYNDROS.....	91
span c.....	220	SUDOGEST.....	146	synertropin.....	221
SPATONE PUR-ABSORB IRON.....	112	SUDOGEST MAXIMUM.....		SYNTHROID.....	68
special care.....	245	STRENGTH.....	146	SYRSPEND SF.....	67
SPECTRAVITE.....	220	SUDOGEST PE.....	146	SYSTANE.....	118
SPEEDY SWAB COVID-19.....		sulfacetamide sodium.....	114	SYSTANE BALANCE.....	117
ANTIGEN.....	52	sulfacetamide sodium (acne).....	230	SYSTANE COMPLETE.....	117
SPIRIVA RESPIMAT.....	118	sulfacetamide-prednisolone.....	113	SYSTANE CONTACTS.....	117
spironolactone.....	58	sulfadiazine.....	52	SYSTANE HYDRATION PF.....	118
spironolactone-hctz.....	62	sulfamethoxazole-trimethoprim.....	52	SYSTANE ICAPS AREDS2.....	221
SPONGEBOB SQUAREPANTS.....		SULFAMYLON.....	232	SYSTANE NIGHT.....	118
GUMMIES.....	220	sulfasalazine.....	95	SYSTANE PRESERVATIVE FREE.....	118
SPRINTEC 28.....	74	sulindac.....	36	SYSTANE ULTRA.....	118
SPRITAM.....	150, 161	sumatriptan.....	160	SYSTANE ULTRA PF.....	118
SPS (SODIUM POLYSTYRENE.....		sumatriptan succinate.....	160	TAB-A-VITE.....	221
SULF).....	69	sumatriptan succinate refill.....	160	TAB-A-VITE/BETA CAROTENE.....	221
squeeze bottle sinus wash.....	130	sunitinib malate.....	24	TAB-A-VITE/IRON.....	221
SRONYX.....	74	SUNKIST VITAMIN C.....	220	TAB-A-VITE/IRON/BETA.....	
SSD.....	232	SUNLENCA.....	47, 48	CAROTENE.....	221
ST JOSEPH ASPIRIN.....	46	super antioxidant.....	220	TABLOID.....	26
ST JOSEPH LOW DOSE.....	46	super antioxidants protector.....	221	TABRECTA.....	24
STELARA.....	29	super aytinal.....	221	tacrolimus.....	31, 245
sterile water for irrigation.....	231	super aytinal 50 plus.....	221	tadalafil.....	107
stevia extract.....	67	super b complex/fal/vit c.....	221	tadalafil (pah).....	63
stimulant laxative.....	104	super b complex/vitamin c.....	221	TAFINLAR.....	24
STIVARGA.....	24	super b-complex.....	221	TAGRISSO.....	24
stomach relief.....	90	super b-complex + vitamin c.....	221	TALIVA.....	221
stomach relief extra strength.....	90	super b-complex/vit c/fa.....	221	TALZENNA.....	24
stomach relief plus.....	90	super biotin.....	221	tamoxifen citrate.....	19
stomach relief ultra.....	90	super calcium.....	185	tamsulosin hcl.....	107
stool softener.....	104	super daily d3.....	221	TANDEM.....	112
stool softener laxative.....	104	SUPER DEC B-100.....	221	TANDEM PLUS.....	112
stool softener plus laxative.....	104	super d-zinc-selenium-copper.....	221	TARINA 24 FE.....	74
stool softener/laxative.....	104	SUPER QUINTS B-50.....	221	TARINA FE 1/20 EQ.....	74
stop lice complete treatment.....	238	super thera vite m.....	221	tasimelteon.....	159
streptomycin sulfate.....	52	super vita-mins.....	221	TAVNEOS.....	108
stress b complex/antioxid/zinc.....	220	superior mens multi.....	221	tazarotene.....	236
stress b complex/liron.....	220	superior womens multi.....	221	TAZICEF.....	55
stress formula.....	220	suphedrine 12hour.....	146	TAZVERIK.....	24
stress formula (folic acid).....	220	SUPLENA.....	175	TECENTRIQ.....	24
stress formula/liron.....	220	SUPLENA 1.8/CARBSTEADY.....	175	TECENTRIQ HYBREZA.....	24
stress formula/zinc/energy.....	220	SUPLENA/CARB STEADY.....	175	teeny tummy gas relief drops.....	94
STRESSTABS ADVANCED.....	220	support.....	221	TEFLARO.....	55
STRESSTABS ENERGY.....	220	SUPPORT-500.....	221	telmisartan.....	58
STRIBILD.....	49	supress dm pediatric.....	146	telmisartan-amlodipine.....	62
STROVITE ONE.....	220	supress-dx pediatric.....	146	telmisartan-hctz.....	62
STUART ONE.....	220	sure result sr relief.....	245	temazepam.....	159
STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN.....	245	SURFAK.....	104	TENIVAC.....	33
STYE.....	117	sv b12.....	221	tenofovir disoproxil fumarate.....	48
		sv iron.....	112		

<i>teo-tus</i>	146	<i>thrivacin 30</i>	175	<i>triamcinolone acetonide</i>	230, 237, 238
TEPMETKO.....	24	<i>thrivacin detox</i>	175	<i>triamterene-hctz</i>	63
<i>terazosin hcl</i>	58	THRIVE.....	163	<i>tri-buffered aspirin</i>	46
<i>terbinafine hcl</i>	49, 236	THRIVE FOR LIFE WOMENS.....	222	TRICON.....	112
<i>terbutaline sulfate</i>	126	<i>thrivite rx</i>	222	TRIDACAIN II.....	231
<i>terconazole</i>	106	TIADYLT ER.....	61	TRIDERM.....	238
<i>teriparatide</i>	85	<i>tiagabine hcl</i>	150	<i>trientine hcl</i>	69
<i>teroderm</i>	67	TIBSOVO.....	24	TRI-ESTARYLLA.....	75
<i>teroderm-plus</i>	67	<i>ticagrelor</i>	112	<i>trifluoperazine hcl</i>	158
<i>testosterone</i>	70	TICOVAC.....	33	<i>trifluridine</i>	114
<i>testosterone cypionate</i>	69	<i>tigecycline</i>	58	<i>trigels-f forte</i>	112
<i>testosterone enanthate</i>	70	TILIA FE.....	74	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	151
<i>tetrabenazine</i>	159	<i>timolol maleate</i>	60, 113	TRIJARDY XR.....	79
<i>tetracycline hcl</i>	58	TINACTIN.....	236	TRIKAFTA.....	130
THALOMID.....	27	TINEACIDE.....	236	TRI-LEGEST FE.....	75
THE MAGIC BULLET.....	104	<i>tinidazole</i>	52	TRI-LINYAH.....	75
<i>theophylline</i>	130	TIVICAY.....	48	TRI-LO-ESTARYLLA.....	75
<i>theophylline er</i>	130	TIVICAY PD.....	48	TRI-LO-MARZIA.....	75
THERA.....	221	<i>tizanidine hcl</i>	152	TRI-LO-MILI.....	75
<i>thera vital m</i>	221	<i>tm-clotrimazole</i>	236	TRI-LO-SPRINTEC.....	75
<i>thera vital-m</i>	221	<i>tm-daily vite</i>	222	TRIMAZOLE.....	236
<i>therabasic-m</i>	221	<i>tm-vite rx</i>	222	<i>trimethoprim</i>	52
THERACAL D2000.....	185	TOBI PODHALER.....	52	TRI-MILI.....	75
THERACAL D4000.....	185	TOBRADEX.....	113	<i>trimipramine maleate</i>	154
THERACAL RAPID REPLETION..	185	<i>tobramycin</i>	52, 114	<i>trinatal rx 1</i>	222
<i>theracare lidocaine max str</i>	245	<i>tobramycin sulfate</i>	52	TRINATE.....	222
<i>theracare pain relief</i>	245	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	113	TRINTELLIX.....	154
THERA-D 2000.....	222	<i>toco-sorb</i>	222	<i>triphrocaps</i>	222
THERA-D 4000.....	222	<i>tolnaftate</i>	236	<i>triple antibiotic</i>	233
THERA-D RAPID REPLETION.....	222	<i>tolnaftate antifungal</i>	236	<i>triple antibiotic pain relief</i>	233
THERAGRAN-M.....	222	<i>tolterodine tartrate</i>	105	<i>triple antibiotic plus</i>	233
THERAGRAN-M ADVANCED.....	222	<i>tolterodine tartrate er</i>	105	<i>triple antibiotic plus max st</i>	233
THERAGRAN-M ADVANCED 50		<i>tolvaptan</i>	82	TRIPLE PASTE AF.....	236
PLUS.....	222	<i>topiramate</i>	150	TRISPEC PSE.....	146
THERAGRAN-M PREMIER.....	222	<i>toremifene citrate</i>	19	TRI-SPRINTEC.....	75
THERAGRAN-M PREMIER 50		TORPENZ.....	24	TRITOLNACIDE C.....	236
PLUS.....	222	<i>torsemide</i>	63	TRIUMEQ.....	49
<i>thera-m plus mv w/beta-carot</i>	222	<i>total allergy</i>	125	<i>triumeq pd</i>	49
THERAMILL FORTE.....	222	TOTAL ALLERGY MEDICINE.....	125	TRI-VI-SOL A/C/D.....	222
THERANATAL CORE NUTRITION.....	222	TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	78	<i>tri-vite pediatric</i>	222
THERANATAL LACTATION ONE.....	222	TOUJEO SOLOSTAR.....	78	<i>tri-vite/fluoride</i>	222
<i>therapeutic formula/hematinics</i>	222	TPN ELECTROLYTES.....	177	TRI-VYLIBRA.....	75
<i>therapeutic moisturizing</i>	245	TRAJENTA.....	79	TRI-VYLIBRA LO.....	75
<i>therapeutic-m</i>	222	TRALEMENT.....	186	TROGARZO.....	48
<i>thera-tabs</i>	222	<i>tramadol hcl</i>	37	TROJAN ENZ.....	75
<i>thera-tabs m</i>	222	<i>tramadol-acetaminophen</i>	37	TROJAN MAGNUM.....	75
THERATEARS.....	118	<i>trandolapril</i>	64	TROJAN ULTRA RIBBED	
THERATEARS EXTRA.....	118	<i>tranexamic acid</i>	108	LUBRICATED.....	75
THERATEARS NIGHTTIME.....	118	<i>tranylcypramine sulfate</i>	154	TROJAN ULTRA THIN.....	75
THERATRUM COMPLETE.....	222	TRAVASOL.....	186	TROJAN ULTRA	
THERATRUM COMPLETE 50		TRAZIMERA.....	24	THIN/SPERMICIDAL.....	75
PLUS.....	222	<i>trazodone hcl</i>	154	TROJAN-ENZ LUBRICATED.....	75
<i>thera-vite max-m</i>	222	TRELEGY ELLIPTA.....	127	TROJAN-ENZ/SPERMICIDAL.....	75
THEREMS.....	222	TREMFYA.....	29	<i>tronvite</i>	222
<i>thiamine hcl</i>	222	TREMFYA CROHNS INDUCTION..	29	TROPHAMINE.....	186
<i>thiamine mononitrate</i>	222	TREMFYA ONE-PRESS.....	29	<i>tropical liquid nutrition</i>	222
THICK-IT THICKENED		TREMFYA PEN.....	29	<i>trospium chloride</i>	105
CRANBERRY.....	175	<i>treprostinil</i>	63	TRUCLEAR STEVIA PLUS.....	67
<i>thioridazine hcl</i>	158	<i>tretinoin</i>	26, 230	<i>true cover</i>	75
<i>thiothixene</i>	158	TRI SUPER FLAVONS.....	222	<i>true daily vite</i>	223

<i>true ferrous sulfate</i>	112	<i>tussin mucus & chest congest</i>	146	ULTRACHOICE ADV FORMULA	
<i>true folic acid</i>	223	<i>tussin mucus+chest congest sf</i>	146	MATURE.....	223
<i>true laxative</i>	104	<i>tussin mucus+chest congestion</i>	146	ULTRACHOICE ADVANCED	
<i>true magnesium oxide</i>	186	TUSSI-PRES.....	146	FORMULA.....	223
<i>true multivitamin</i>	223	TUSSI-PRES PEDIATRIC.....	147	<i>ultramino soy protein</i>	176
<i>true oyster shell calcium</i>	186	TUSSLIN.....	147	ULTRIENT 1.5 SAFE-T FEED.....	176
<i>true vitamin a</i>	223	TUSSLIN PEDIATRIC.....	147	UNITHROID.....	69
<i>true vitamin b1</i>	223	<i>t-vites</i>	223	UPSPRING BABY VIT D.....	223
<i>true vitamin b12</i>	223	TWINRIX.....	33	UPTRAVI.....	64
<i>true vitamin b3</i>	223	TWOCAL HN.....	175	UPTRAVI TITRATION.....	64
<i>true vitamin b6</i>	223	TWOCAL HN 2.0.....	175	URO-PAIN DUAL ACTION.....	52
<i>true vitamin c</i>	223	TYBOST.....	48	<i>ursodiol</i>	94
<i>true vitamin d3</i>	223	TYENNE.....	29	<i>ustekinumab</i>	29
<i>true vitamin e</i>	223	TYLACTIN RESTORE 10.....	175	VAGISTAT-3.....	106
<i>truelyte</i>	179	TYLACTIN RTD 15.....	175	<i>valacyclovir hcl</i>	54
TRULICITY.....	79	TYLENOL.....	46	VALCHLOR.....	245
TRUMENBA.....	33	TYLENOL 8 HOUR.....	46	<i>valganciclovir hcl</i>	54
TRUQAP.....	24	TYLENOL 8 HOUR ARTHRITIS		<i>valproate sodium</i>	161
TRUSTEX COLOR CONDOMS +		PAIN.....	46	<i>valproic acid</i>	150
LUBE.....	75	TYLENOL CHILDRENS.....	46	<i>valsartan</i>	58
TRUSTEX		TYLENOL CHILDRENS		<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	62
LUB/RIBBED/STUDDED.....	75	CHEWABLES.....	46	VALTOCO 10 MG DOSE.....	150
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX		TYLENOL CHILDRENS PAIN +		VALTOCO 15 MG DOSE.....	150
ST.....	75	FEVER.....	46	VALTOCO 20 MG DOSE.....	150
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL...	75	TYLENOL EXTRA STRENGTH.....	46	VALTOCO 5 MG DOSE.....	150
TRUSTEX LUBRICATED.....	75	TYLENOL FOR CHILDREN +		VALTYA 1/50.....	76
TRUSTEX LUBRICATED EX		ADULTS.....	46	VANACOF DM.....	147
LARGE.....	75	TYLENOL INFANTS PAIN+FEVER.....	46	VANATAB DM.....	147
TRUSTEX LUBRICATED EXTRA		TYPHIM VI.....	33	<i>vancomycin hcl</i>	53
ST.....	75	TYR ANAMIX EARLY YEARS.....	175	<i>vancomycin hcl in nacl</i>	52
TRUSTEX		TYR ANAMIX NEXT.....	175	VANFLYTA.....	24
LUBRICATED/SPERMICIDE.....	75	TYR COOLER.....	175	VANIBASE.....	67
TRUSTEX NATURAL CONDOMS		TYR LOPHLEX LQ.....	175	VANICREAM.....	245
+ LUBE.....	75	TYREX-1.....	175	<i>vanishing</i>	68
TRUSTEX NON-LUBRICATED.....	75	TYREX-2.....	175	<i>vanishing cream botanical base</i>	68
TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE...	75	TYROS 1.....	175	<i>vanish-pen</i>	68
TRUSTEX RIA LUBRICATED.....	75	TYROS 2.....	175	VAQTA.....	33
TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED	75	U-BASE.....	67	<i>varenicline tartrate</i>	163
TRUSTEX-NONNOXYNOL-		UBRELVY.....	160	<i>varenicline tartrate (starter)</i>	163
9/RIB/STUD.....	76	UCD 2.....	175	VARIVAX.....	33
TRUXIMA.....	24	UCD ANAMIX JUNIOR.....	175	VASCEPA.....	59
TUKYSA.....	24	<i>ucd trio</i>	175	VASELINE.....	68
TUMS.....	88	UDAMIN SP.....	223	VASELINE PURE ULTRA WHITE...	68
TUMS LASTING EFFECTS.....	88	UDDERLY SMOOTH.....	245	VASOFLEX.....	223
TURALIO.....	24	UDDERLY SMOOTH EXTRA		<i>vasoflex hd</i>	223
TURQOZ.....	76	CARE.....	245	VAXCHORA.....	33
TUSICOF.....	146	UDDERLY SMOOTH EXTRA		<i>v-c forte</i>	223
TUSNEL.....	146	CARE 20.....	245	VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE	106
<i>tusnel diabetic</i>	146	ULTRA BONEUP.....	223	<i>vegetable lax+stool softener</i>	104
TUSNEL DM.....	146	<i>ultra calcium + vitamin d3</i>	186	VELIVET.....	76
TUSNEL DM PEDIATRIC.....	146	ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN		VELSIPITY.....	29
TUSNEL PEDIATRIC.....	146	KIDS.....	223	VELVACHOL.....	245
TUSNEL-EX.....	146	<i>ultra freeda</i>	223	VENCLEXTA.....	24
<i>tussin cf cough & cold</i>	146	<i>ultra freedaliron</i>	223	VENCLEXTA STARTING PACK.....	24
<i>tussin cough</i>	146	ULTRA FRESH.....	118	VENEXA.....	223
<i>tussin dm</i>	146	<i>ultra lido</i>	245	VENEXA FE.....	223
<i>tussin dm cough & chest</i>	146	<i>ultra lubricating eye drops</i>	118	<i>venlafaxine hcl</i>	155
<i>tussin dm cough & chest conges</i> ...	146	<i>ultra lubricating eye drops pf</i>	118	<i>venlafaxine hcl er</i>	155
<i>tussin dm cough + chest</i>	146	<i>ultra multi formulaliron</i>	223	VENOFER.....	112
<i>tussin dm max</i>	146			VENTOLIN HFA.....	126

VENTRIXYL.....	223	VITAFOL-OB.....	224	VITAMIN D3 IMMUNE HEALTH....	226
VENTRIXYL FE.....	223	VITAFUSION MULTI WOMENS....	224	<i>vitamin d3 maximum strength</i>	226
<i>verapamil hcl</i>	61	VITAJoy DAILY C GUMMIES.....	224	<i>vitamin d3 super strength</i>	226
<i>verapamil hcl er</i>	61	VITAJoy MULTI GUMMIES		<i>vitamin d3 ultra strength</i>	226
VERQUVO.....	63	ADULT.....	224	<i>vitamin e</i>	227
VERSACLOZ.....	158	VITAL 1.0 CAL.....	176	<i>vitamin e blend</i>	226
VERSAPRO.....	68	VITAL 1.5 CAL.....	176	<i>vitamin e high potency</i>	227
<i>versatile cream base</i>	68	VITAL AF 1.2 CAL.....	176	<i>vitamin e water soluble</i>	227
VERSATILE RICH BASE.....	68	VITAL AF 1.2 CAL ADV FORMULA		<i>vitamin e with panthenol</i>	245
VERSIGEL.....	68	.....	176	<i>vitamin e/d-alpha</i>	227
VERZENIO.....	25	VITAL HP 1.0 CAL.....	176	<i>vitamin e/d-alpha natural</i>	227
VESTURA.....	76	VITAL JR.....	176	<i>vitamin k (phytonadione)</i>	227
VIC-FORTE.....	223	VITAL PEPTIDE 1.5 CAL.....	176	<i>vitamin k1</i>	227
VICKS DAYQUIL MUCUS		<i>vitalaria</i>	224	<i>vitamin-b complex</i>	227
CONTROL DM.....	147	VITAL-D RX.....	224	<i>vitamins acd-fluoride</i>	227
VICKS SINEX 12 HOUR		<i>vitalee</i>	224	<i>vitamins a-d-e/selenium</i>	227
DECONGEST.....	147	VITALETS CHILDRENS.....	224	<i>vitamins for hair</i>	227
VICKS SINEX MOISTURIZING....	147	VITAMEZ.....	224	VITAROCA PLUS.....	227
VICKS SINEX SEVERE.....	147	<i>vita-min</i>	227	VITASANA.....	227
VICKS SINEX SEVERE		<i>vitamin a</i>	224	<i>vitasure</i>	227
DECONGEST.....	147	VITAMIN A FISH.....	224	VITATHELY WITH GINGER.....	227
VICKS VAPOINHALER.....	147	<i>vitamin a/c/d/ infant/toddler</i>	224	VITEYES AREDS 2 FORMULA....	227
VIENVA.....	76	<i>vitamin a-c-d infant</i>	225	VITEYES AREDS 2 FORMULA	
<i>vigabatrin</i>	150	<i>vitamin b 12</i>	225	+MULTI.....	227
VIGADRONE.....	150	<i>vitamin b complex</i>	225	VITEYES CLASSIC ADVANCED..	227
VIGAFYDE.....	150	<i>vitamin b complex w/b-12</i>	225	VITEYES CLASSIC MACULAR	
VIGPODER.....	150	<i>vitamin b1</i>	225	SUPPOR.....	227
VILACTIN AA PLUS.....	176	<i>vitamin b-1</i>	225	VITEYES CLASSIC	
<i>vilazodone hcl</i>	155	<i>vitamin b12</i>	225	MULTIVITAMIN.....	227
VIMKUNYA.....	34	<i>vitamin b-12</i>	225	VITEYES CLASSIC+OMEGA-3....	227
VINATE CARE.....	223	<i>vitamin b-12 er</i>	225	VITEYES COMPLETE.....	227
<i>vincristine sulfate</i>	27	<i>vitamin b12 tr</i>	225	VITEYES OPTIC NERVE	
<i>vinorelbine tartrate</i>	27	<i>vitamin b12-folic acid</i>	225	SUPPORT.....	227
<i>viorele</i>	76	<i>vitamin b6</i>	225	VITRAKVI.....	25
VIRACEPT.....	48	<i>vitamin b-6</i>	225	VITRAMYN.....	227
VIREAD.....	48	<i>vitamin b-6 er</i>	225	VITRANOL.....	227
VISINE.....	112	<i>vitamin c</i>	225	VITRANOL FE.....	227
<i>vision formula 2</i>	223	<i>vitamin c adult gummies</i>	225	VITREXATE.....	227
<i>vision formula/lutein</i>	224	<i>vitamin c drops</i>	225	VITREXATE FE.....	227
<i>vision health</i>	224	<i>vitamin c er</i>	225	VITREXYL.....	227
VISION OPTIMIZER.....	224	<i>vitamin c gummie</i>	225	VITREXYL + IRON.....	227
<i>vision plus</i>	224	<i>vitamin c gummies</i>	225	VITRON-C.....	112
<i>vision vitamins</i>	224	<i>vitamin c immune health</i>	225	<i>vivimusta</i>	18
VISTA ADVANCED AREDS2		<i>vitamin c plus wild rose hips</i>	225	VIVITROL.....	163
FORMULA.....	224	<i>vitamin c/bioflavonoids/rosehp</i>	225	VIVONEX PEDIATRIC.....	176
VISTA ADVANCED DRY EYE		<i>vitamin c/natural rose hips</i>	225	VIVONEX RTF.....	176
FORMULA.....	224	<i>vitamin c/rose hips</i>	225	VIVOTIF.....	34
<i>vit e-vit c-beta carotene</i>	224	<i>vitamin c/rose hips tr</i>	225	VIZIMPRO.....	25
<i>vita c/bioflavonoids/rose hips</i>	224	<i>vitamin c-acerola</i>	226	VONJO.....	25
<i>vita hair</i>	224	<i>vitamin c-rose hips</i>	226	VOQUEZNA DUAL PAK.....	94
VITA S FORTE.....	224	<i>vitamin c-rose hips er</i>	226	VOQUEZNA TRIPLE PAK.....	94
<i>vitabasic complete</i>	224	<i>vitamin c-rose hips tr</i>	226	VORANIGO.....	25
<i>vitabasic senior</i>	224	<i>vitamin d</i>	226	<i>voriconazole</i>	49, 50
<i>vitabex</i>	224	<i>vitamin d (cholecalciferol)</i>	226	VORTEX VALVE CHAMBER-PEDI	
<i>vitabex plus</i>	224	<i>vitamin d (ergocalciferol)</i>	226	MASK.....	130
VITACEL.....	224	<i>vitamin d high potency</i>	226	VORTEX VALVED HOLDING	
<i>vitachew adult multi vitamin</i>	224	<i>vitamin d infant</i>	226	CHAMBER.....	130
<i>vitachew multiple vitamin</i>	224	VITAMIN D-1000 MAX ST.....	226	VOSEVI.....	54
<i>vitachew vit c citrus burst</i>	224	<i>vitamin d3</i>	226	VOWST.....	94
VITACORE.....	224	<i>vitamin d-3</i>	226	<i>vp dermabase</i>	68

VRAYLAR.....	158	<i>white petrolatum</i>	68	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ..	25
VYFEMLA.....	76	<i>white petroleum jelly</i>	68	XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ..	25
VYLIBRA.....	76	WINREVAIR.....	64	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ..	25
VYZULTA.....	113	WIXELA INHUB.....	127	XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ..	25
WAL-BORN VITAMIN C.....	227	WND 1.....	176	XTANDI.....	19
WAL-DRYL.....	245	WND 2.....	176	XTRACAL PLUS.....	176
WAL-DRYL ALLERGY.....	125	<i>womans laxative</i>	104	XULANE.....	76
WAL-DRYL ALLERGY		<i>womens 50+ advanced</i>	228	XULTOPHY.....	78
CHILDRENS.....	125	<i>womens 50+ multi vitamin</i>	228	XYZAL ALLERGY 24HR.....	126
WAL-FEX.....	125	<i>womens daily formula</i>	228	YELETS TEENAGE FORMULA....	228
WAL-FEX ALLERGY.....	94, 125	<i>womens laxative</i>	104	YESINTEK.....	29, 30
WAL-FINATE.....	125	WOMENS LIFE PACK.....	228	YF-VAX.....	34
WAL-ITIN.....	125	<i>womens multi</i>	228	<i>yl balanced b-100</i>	228
WAL-ITIN ALLERGY CHILDRENS	125	<i>womens multi gummies</i>	228	<i>yl coenzyme q10</i>	176
WAL-ITIN ALLERGY REDITABS...	125	<i>womens multivitamin</i>	228	<i>yl folic acid</i>	228
WAL-ITIN ALLER-MELTS.....	125	<i>womens multivitamin + collagen</i>	228	<i>yl vitamin b-6</i>	228
WAL-ITIN CHILDRENS.....	125	<i>womens multivitamin gummies</i>	228	<i>yl vitamin c</i>	228
WAL-ITIN D.....	147	<i>wound care</i>	68	<i>yl vitamin c-rose hips</i>	228
WAL-ITIN D 24 HOUR.....	147	WYMZYA FE.....	76	YONSA.....	19
WAL-MUCIL.....	104	WYOST.....	85	YOUR LIFE MULTI ADULT	
WAL-PHED 12 HOUR.....	147	XALKORI.....	25	GUMMIES.....	228
WAL-PHED D.....	147	XARAH FE.....	76	YUM-VS COMPLETE	
WAL-PHED PE.....	147	XARELTO.....	107	MULTIVITAMIN.....	228
WAL-PROFEN.....	36	XARELTO STARTER PACK.....	107	YUMVS MULTI ZERO.....	228
<i>wal-sporin</i>	233	XATMEP.....	30	YUMVS VITAMIN C ZERO.....	228
WAL-TAP CHILDRENS.....	36	XCEL 100.....	68	YUMVS ZERO DIABETIC	
<i>wal-tap cold/allergy</i>	147	<i>xcellent a 3000</i>	228	MULTIVITAM.....	228
<i>wal-tussin</i>	147	<i>xcellent a 7500</i>	228	YUMVSKIDS MULTI ZERO.....	228
WAL-TUSSIN CF MAX.....	147	XCELLENT E.....	228	YUTREPIA.....	64
WAL-TUSSIN CHEST		XCOPRI.....	151	YUVAFEM.....	83
CONGESTION.....	147	XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ..	151	ZAFEMY.....	76
WAL-TUSSIN COUGH.....	147	XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ..	151	<i>zafirlukast</i>	131
WAL-TUSSIN COUGH LONG		XDEMVY.....	114	<i>zaleplon</i>	159
ACTING.....	147	XELJANZ.....	29	<i>zalvit</i>	228
WAL-TUSSIN DM CGH/CHEST		XELJANZ XR.....	29	ZARBEES SLEEP	
CONG.....	147	XELRIA FE.....	76	CHILD/MELATONIN.....	68
WAL-VERT.....	125	XEMATOP BASE.....	68	ZARXIO.....	108
WAL-ZYR.....	126	XENICAL.....	84	ZEASORB-AF.....	236
WAL-ZYR ALL DAY ALLERGY		XERAC AC.....	245	ZEGALOGUE.....	69
CHILD.....	126	XERMELO.....	94	ZEJULA.....	25
WAL-ZYR ALLERGY CHILDRENS	126	XHANCE.....	131	ZELBORAF.....	25
WAL-ZYR CHILDRENS.....	126	XIFAXAN.....	94	ZEMAIRA.....	131
WAL-ZYR D.....	147	XIGDUO XR.....	79	ZENATANE.....	231
<i>warfarin sodium</i>	107	XIIDRA.....	118	ZENPEP.....	94
WE CARE ENEMA.....	104	XLEU MAXAMAID.....	176	ZEPBOUND.....	68
<i>we care zinc oxide</i>	245	XLYS-XTRP MAXAMAID.....	176	ZEPHREX-D.....	147
<i>wee care</i>	112	XLYS-XTRP MAXAMUM.....	176	ZERVIAE.....	112
WEEKLY-D.....	228	XMET MAXAMAID.....	176	<i>zidovudine</i>	48
WEGOVI.....	68	XMET XCYS MAXAMAID.....	176	ZILACTIN BABY.....	230
WELIREG.....	26	XMTVI MAXAMAID.....	176	<i>zinc</i>	186
<i>well magnesium oxide</i>	186	XOFLUZA (40 MG DOSE).....	54	ZINC 15.....	186
<i>well vitamin c</i>	228	XOFLUZA (80 MG DOSE).....	54	<i>zinc chelated</i>	186
<i>well vitamin d3</i>	228	XOLAIR.....	130, 131	<i>zinc chloride</i>	186
<i>wellfola</i>	228	XOSPATA.....	25	<i>zinc gluconate</i>	186
WELMATE LIDOCAINE PAIN		XPHE MAXAMAID.....	176	<i>zinc oxide</i>	245
RELIEV.....	245	XPHE-XTYR MAXAMAID.....	176	<i>zinc sulfate</i>	186
WERA.....	76	XPOVIO (100 MG ONCE		<i>ziphex</i>	228
<i>wescaps</i>	228	WEEKLY).....	25	<i>ziprasidone hcl</i>	158
<i>westab max</i>	228	XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ..	25	<i>ziprasidone mesylate</i>	158
<i>westab one</i>	228	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ..	25	ZIRABEV.....	25

ZIRGAN	114
<i>zoledronic acid</i>	85
ZOLINZA	25
<i>zolpidem tartrate</i>	159
ZONISADE	151
<i>zonisamide</i>	151
ZOO FRIENDS MULTI GUMMIES	228
ZOO FRIENDS/EXTRA C	229
ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF	
.....	245
ZOVIA 1/35 (28)	76
ZTALMY	151
ZUMANDIMINE	76
ZURZUVAE	155
ZYDELIG	25
ZYKADIA	25
ZYLET	113
ZYNCOF	147
ZYPREXA RELPREVV	158
ZYRTEC	126
ZYRTEC ALLERGY	126
ZYRTEC CHILDRENS ALLERGY .	126
ZYRTEC-D ALLERGY &	
CONGESTION	147
ZYRTEC-D ALLERGY & SINUS	148

Neighborhood INTEGRITY for Duals (HMO D-SNP)

Lista de medicamentos cubiertos de 2026 (Lista de medicamentos o Formulario)

POR FAVOR, LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN

Esta *Lista de medicamentos* se actualizó el **10/06/2025**. Para obtener información más nueva o si tiene otras preguntas, contáctenos al 1-844-812-6896 (usuarios de TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales) o visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.

Si tiene alguna pregunta, llame a Neighborhood INTEGRITY for Duals al 1-844-812-6896 (usuarios de TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (puede dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días festivos federales). La llamada es gratuita. **Si desea más información**, visite www.nhpri.org/INTEGRITYDuals.



Última actualización: **10/06/2025**



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

សេវាជំនួយភាសាភតិកត្តាមានផ្តល់ជូនដល់អ្នក។ ក៏មានការផ្តល់ការគាំទ្រ

និងសេវាកម្មជំនួយសមស្របដោយភតិកត្តាក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានជាទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបានផងដែរ។ 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.